

ANDRÉIA CRISTINA DOS SANTOS KLEINHANS

**STRESS E RAIVA EM MULHERES COM
ALOPECIA ANDROGENÉTICA**

PUC- CAMPINAS

2012

ANDRÉIA CRISTINA DOS SANTOS KLEINHANS

**STRESS E RAIVA EM MULHERES COM
ALOPECIA ANDROGENÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida - PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientador: Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp.

PUC- CAMPINAS

2012

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t152.43 Kleinhans, Andréia Cristina dos Santos.

K64s Stress e raiva em mulheres com alopecia androgenética / Andréia

Cristina dos Santos Kleinhans. - Campinas: PUC - Campinas, 2012.

79p.

Orientadora: Marilda Emmanuel Novaes Lipp.

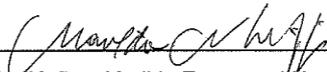
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade
Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-
Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

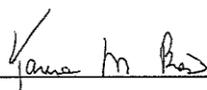
ANDRÉIA CRISTINA DOS SANTOS KLEINHANS

**STRESS E RAIVA EM MULHERES COM
ALOPECIA ANDROGENÉTICA**

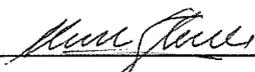
BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof.^a Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp



Prof.^a Dra. Karina Magalhães Brasio.



Prof.^a Dra. Denise Steiner.

PUC- CAMPINAS

2012

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu esposo,
que com todo o seu amor e a sua luz,
esteve sempre ao meu lado.

*“Quatro nobres verdades:
O sofrimento existe.
O sofrimento tem suas causas.
É possível eliminar estas causas.
Existe um caminho para eliminá-las”.*
Buddha

AGRADECIMENTOS

Deus, agradeço a Ti por sua bondade infinita e por ter permitido que eu chegasse até aqui, sob a luz do Seu amparo e do Seu amor incondicional.

Agradeço a Cláudio Roberto Kleinhans, de quem recebi amor, força, paciência e dedicação para que pudesse trilhar esse caminho. Sem sua ajuda em todos os momentos, de alegria ou de dor, eu jamais teria tido condições de me aperfeiçoar e realizar meus sonhos. Minha gratidão por você é eterna, meu amor, e perpassa o plano físico.

Pai querido, sua fé, sua alegria e seu amor sempre estarão comigo. Esse ano o senhor retornou para o plano espiritual e para junto de minha mãe, mas tenho certeza de que vocês receberão o meu amor e minha gratidão. Sua fé e sabedoria serão como estrelas-guias em minha vida. Meus irmãos queridos: Ana, André, Cleusa, Celso, Neusa, Pati, Paulinho, Rô, Wilson e Zezinho, todos vocês contribuem com minha alegria e gratidão pela vida. Obrigada meus sobrinhos amados, luzes lindas que brilham como faróis. Obrigada à Marly, que me criou como filha, seu amparo e amor fizeram toda a diferença em meu aprendizado. Aos meus sogros, cunhados e cunhadas, obrigada pelo carinho com que sempre me trataram.

Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, agradeço pelo profissionalismo, sabedoria e liderança com os quais me orientou. Ficarão guardados em meu coração o seu apoio durante o percurso do Mestrado e, principalmente, sua bondade, compreensão e respeito à minha perda nesse ano. Muito obrigada, Dra. Marilda.

Dra. Caroline Guisantes Salvo de Tonni, agradeço de todo o meu coração pela forma como tem me auxiliado, orientado e conduzido magnificamente bem durante o processo terapêutico. Posso dizer, Dra. Caroline, que com sua ajuda superei barreiras emocionais e comportamentais. Seu carinho, habilidade, inteligência e dedicação foram essenciais para meu amadurecimento.

Dra. Christine Graf Guimarães e toda a equipe da Clínica de Dermatologia Graf Guimarães, agradeço profundamente pela oportunidade. Obrigada, Dra. Christine, principalmente pela confiança que depositou neste estudo e pela forma carinhosa como sempre me recebeu.

À equipe do Laboratório Psicofisiológico do *Stress*, Maristela, Tamy e alunos da Iniciação Científica, muito obrigada pelos momentos de aprendizagem e tudo o que passamos juntos.

Queridos amigos do Mestrado e Doutorado: Andrea, Claudiane, Greici, Joseana, Luiz, Vivian e Ana Paula, que ingressou esse ano, a todos vocês dedico meu respeito, admiração e agradecimento. Com vocês entendi que verdadeiras amizades não necessitam de condições especiais, elas brotam espontaneamente quando existe sinceridade, respeito, empatia. A força que vocês me deram e o carinho que vocês tiveram comigo me tocam o coração. As palavras de apoio, as nossas longas conversas terapêuticas fizeram-me conseguir enfrentar momentos de muita dor. Vocês estarão sempre comigo, muito obrigada!

Obrigada a todos os professores e secretárias da pós-graduação pelo acolhimento e dedicação com que me receberam.

Obrigada a você, Sayuri, amiga querida, por seu apoio e por acolher-me tão bem em Campinas e ajudar-me em tudo o que eu precisei.

Às participantes da pesquisa, muito obrigada pela disponibilidade em compartilhar seus sentimentos.

Obrigada ao CNPQ pela bolsa de estudos concedida que possibilitou a realização desta pesquisa.

A todos que de alguma maneira colaboraram com este estudo, muito obrigada.

SUMÁRIO

Índice de Tabelas	VII
Índice de Figuras	VIII
Índice de Anexos	X
Resumo	XI
Abstract	XIII
Apresentação	XIV
Introdução	01
Ciclo Fisiológico do cabelo	02
Epidemiologia	03
Classificação	04
Patogênese da alopecia androgenética	12
Aspectos psicológicos na mulher com alopecia androgenética	14
<i>Stress</i> como um processo fásico	17
Fases do <i>stress</i> e mecanismos neuropsicofisiológicos correspondentes	19
<i>Stress</i> e queda de cabelo	23
Raiva: interpretação e vulnerabilidade	24

OBJETIVOS	27
Objetivo geral	27
Objetivos específicos	27
MÉTODO	
Participantes	28
Critérios de inclusão da amostra	28
Critérios de exclusão da amostra	28
Material	28
Local	32
Pessoal	32
Procedimentos	32
Benefícios para as participantes	33
RESULTADOS	34
ANÁLISE DE CONTEÚDO	51
DISCUSSÃO	58
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição das participantes, quanto estado civil	35
Tabela 2- Distribuição das participantes, quanto nível de escolaridade	36
Tabela 3- Distribuição das participantes, quanto à profissão	37
Tabela 4- Sintomas físicos mais frequentes	39
Tabela 5- Sintomas psicológicos mais frequentes	40
Tabela 6- Estatística descritiva para o escore total das mulheres no ISSL	42
Tabela 7- Tabela de contingência para fases do <i>stress</i> e predomínio de sintomas (ISSL) em mulheres com alopecia androgenética	43
Tabela 8- Descrição das categorias e suas respectivas porcentagens das respostas à questão: “Você poderia explicar, com poucas palavras, como se sente neste momento, por apresentar o quadro de queda de cabelos?”	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Classificação segundo Ludwig (1977)	06
Figura 2- Grau 1 – Classificação segundo Basto Junior (2006)	07
Figura 3- Grau 1a – Classificação segundo Basto Junior (2006)	08
Figura 4- Grau 1b – Classificação segundo Basto Junior (2006)	08
Figura 5- Grau 2 – Classificação segundo Basto Junior (2006)	09
Figura 6- Grau 3 – Classificação segundo Basto Junior (2006)	09
Figura 7- Grau 4 – Classificação segundo Basto Junior (2006)	10
Figura 8- Grau 4a – Classificação segundo Basto Junior (2006)	10
Figura 9- Grau 5 – Classificação segundo Basto Junior (2006)	11
Figura 10- Grau 6 – Classificação segundo Basto Junior (2006)	11
Figura 11- Fases do <i>stress</i> em mulheres com alopecia androgenética	38
Figura 12- Porcentagem dos sintomas físicos e psicológicos do <i>stress</i>	38
Figura 13- Boxplot do escore total de sintomas	41
Figura 14- Histograma para os escores totais do ISSL	42
Figura 15- Média dos fatores de Raiva para Dentro e Raiva para Fora do STAXI para as mulheres participantes da pesquisa (com intervalos de confiança de 95%)	44

Figura 16- Médias dos fatores de Raiva para Dentro e Raiva para Fora do STAXI para cada participante da pesquisa	45
Figura 17- Escores da raiva para dentro em função da fase de <i>stress</i>	46
Figura 18- Escores da Raiva para Fora em função da fase de <i>stress</i>	47
Figura 19- Escores brutos de <i>stress</i> em função do estado civil	48
Figura 20- Escores brutos dos fatores do STAXI em função do estado civil	49
Figura 21- Medida da Escala Analógica de Desconforto em função da fase de <i>stress</i>	50

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Participantes	74
Anexo B- Aprovação do Comitê de Ética	75
Anexo C- Questionário de identificação	77
Anexo D- Escala Analógica Visual	78
Anexo E- Categorização	79

RESUMO

Kleinhans, Andréia Cristina dos Santos. *Stress e raiva em mulheres com alopecia androgenética*. 2012. 79p. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Campinas, 2012.

A Alopecia Androgenética (AA) é caracterizada pela perda e afinamento progressivo dos cabelos e, pode surgir em qualquer idade. É identificada como um quadro geneticamente determinado com a participação dos hormônios esteróides andrógenos. O objetivo desse estudo foi verificar a existência de possíveis associações entre o *stress* e o sentimento de raiva, de uma amostra de 20 mulheres com diagnóstico médico para (AA), pacientes de uma clínica de Dermatologia em Curitiba. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: ficha de identificação; Escala Analógica Visual (EVA), cuja função, foi verificar o nível de desconforto frente ao problema; Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL); Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI). A análise dos dados foi quantitativa e qualitativa. Para respostas obtidas a partir do ISSL e do STAXI utilizaram-se as tabelas e normas dos respectivos manuais. A análise das respostas obtidas a partir da pergunta foi realizada de acordo com Bardin. Os resultados apontaram que 85% do total da amostra, (n=17), apresentaram *stress*. A maioria das mulheres com *stress* estavam na fase de resistência 55% (n=11) enquanto, 15% (n= 3) encontravam-se em quase exaustão, 10% (n=2) na fase de exaustão e apenas 5% (n=1) apresentou-se na fase de alerta segundo o ISSL. De acordo com o STAXI observou-se um escore superior para o fator de raiva para dentro com percentil médio de 56 para o fator (desvio-padrão de 18), ao passo que para o fator raiva para fora, o percentil médio foi 18 (desvio-padrão 21). Uma importante associação entre a expressão da raiva para fora e a presença de *stress* foi encontrada (p= 0.03). Não houve associação entre a escala analógica visual e *stress*. Levando-se em consideração o número de participantes com *stress* e tendência em direcionar a raiva para fora, além do alto percentil de raiva para dentro das participantes dessa pesquisa, atenta-se para a necessidade de outros estudos que envolvam o tratamento psicológico para o *stress* e o adequado manejo da raiva.

Palavras-chave: alopecia androgenética; *stress*; raiva.

ABSTRACT

Kleinhans, Andréia Cristina dos Santos. *Stress and anger in women with androgenic alopecia*. 2012. 79p. Dissertation (Master's Degree on Psychology as Career and Science) - Pontificia Universidade Católica de Campinas, Life Sciences Center, Psychology Post Graduate Program, Campinas, 2012.

A Androgenic Alopecia (AA) is characterized by progressive hair loss and thinning and it may start at any age. It is identified as a genetically determined case, in which androgenic steroid hormones play a role. The objective of this study was to verify the existence of its possible association between stress and feelings of anger, in a sample of 20 diagnosed with AA, patients at a dermatology clinic in Curitiba. The instruments utilized for data collections were: identification sheet; Visual Analogue Scale (VAS), which had the function of verifying the level of discomfort to the problem; Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults (LSSI); and State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Data analysis was both quantitative and qualitative. For responses obtained from LSSI and STAXI, the tables and norms from their respective manuals were utilized. The analysis of the answers obtained from the question was performed according to Bardin. The results show that 85% of individuals in the sample, (n=17), presented stress. Most women with stress were in the resistance phase 55% (n=11) whereas, 15% (n= 3) were at the almost exhaustion stage, 10% (n=2) were at the exhaustion phase and only 5% (n=1) was at the alert phase, in accordance with the LSSI. In agreement with STAXI, a higher score was observed for the internal anger factor, with an average percentage of 56 (standard deviation of 18), whereas for the external anger factor, such percentage was 18 (standard deviation of 21). An important association between anger expression and the presence of stress was found (p= 0.03). There was no association between the analogue visual scale and stress. Considering the number of participants with stress and the tendency of directing anger outwardly, in addition to a high percentage for internal anger in participants of this research, there is a necessity of further studies involving psychological treatment for stress and an adequate anger management.

Keywords: androgenic alopecia; stress; anger.

APRESENTAÇÃO

Este estudo é fruto de uma longa caminhada no campo das Ciências da Saúde. Minha primeira formação foi em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Desde então, as disciplinas relacionadas à fisiologia do corpo humano passaram a fascinar-me.

Igualmente, estudar e aprender sobre neurofisiologia, ação dos fármacos no Sistema Nervoso Central e patologia causava-me grande curiosidade. Mais tarde, meu interesse em entender o funcionamento do corpo estendeu-se para o comportamento humano e, intuitivamente, decidi cursar Psicologia.

Agora, no campo das Humanas era fascinante compreender as relações biopsicossociais do homem e por quais razões algumas doenças crônicas geravam tanto sofrimento. Dentro da Neuropsicologia, pude compreender melhor o mecanismo do *stress* e como o organismo funciona sob o comando do cérebro estressado. Enquanto isso, meu interesse só aumentava e o curso respondia à maioria das minhas indagações. No decorrer da graduação, por uma série de razões, comecei a apresentar forte queda de cabelos. Com isso experimentei diversos sentimentos negativos, debatendo-me fortemente com a impotência e o medo.

O diagnóstico médico confirmou o quadro de alopecia androgenética provavelmente deflagrada por *stress*. Meu interesse agora era focado e eu buscava avidamente artigos que explicassem o círculo entre o *stress* e a queda de cabelos.

Percebi que embora houvesse um vasto acervo sobre alopecia androgenética na área médica (diagnóstico, fisiopatologia, tratamento), havia poucos estudos publicados em português sobre a relação emocional e psicológica na mulher com queda de cabelos, de origem genética. Além disso, pouco ou nenhum estudo abordava o tema sofrimento emocional causado pela

possibilidade de ficar sem cabelos, já que o distúrbio é progressivo se não tratado e tende a piorar em situações de *stress* elevado.

O problema de pesquisa “Qual a relação do *stress* na alopecia androgenética?” foi sendo delineado à medida da minha preocupação, e, como o interesse em solucioná-lo só aumentava, ingressei para o curso de especialização em Terapias Cognitivas pelo Instituto de Terapias Cognitivas do Paraná.

Nesse curso, tive o privilégio e a honra de estudar um módulo sobre *stress* com a Professora Doutora Marilda Emmanuel Novaes Lipp e minha curiosidade e desejo de responder àquela indagação aumentou sobremaneira.

O passo seguinte na busca da realização do meu grande sonho foi a aprovação no processo seletivo de Mestrado em Psicologia como Ciência e Profissão da PUC-Campinas. Com a orientação da doutora Lipp pude desenvolver o projeto de pesquisa “*Stress* e raiva em mulheres com alopecia androgenética” e receber todo apoio e acolhimento para que ele se concretizasse.

Sendo assim, a presente dissertação inicia-se com uma revisão bibliográfica sobre os seguintes temas: ciclo fisiológico do cabelo, epidemiologia; classificação, patogênese da alopecia androgenética; aspectos psicológicos na mulher calva; *stress* como um processo fásico; fases do *stress* e mecanismos neuropsicofisiológicos correspondentes; raiva: interpretação e vulnerabilidade. Na sequência estão descritos os objetivos e o método da pesquisa seguidos dos resultados, discussão e conclusão do estudo.

Dessa forma, esta pesquisa objetivou responder às aquelas indagações que surgiram através de uma demanda pessoal, mas também apresenta o modesto intuito de contribuir como um ponto de partida para novos estudos e, futuramente, com a possibilidade do desenvolvimento de tratamento multidisciplinar que possa melhorar, além das condições físicas, a qualidade de vida e redução do sofrimento das mulheres com alopecia androgenética.

INTRODUÇÃO

De acordo com o dicionário médico (Coutinho, 1977) o termo *alopecia* se originou do grego *alopekía*, que significa “pelada” e, por sua vez, tem como raiz a palavra *alópex*, que significa “raposa” – ou seja, “raposa com pouco pelo”. A alopecia é descrita como ausência, rarefação ou queda dos cabelos e pelos, de caráter transitório ou definitivo, que pode atingir uma parte delimitada, uma região ou todo o corpo.

Usualmente, várias denominações são encontradas na literatura para o termo *alopecia androgenética*, entre elas, calvície comum, calvície de padrão feminino, calvície clássica, alopecia de padrão feminino (Coutinho, 1977; Filippo, 2004; Rumor, 2000; Sampaio, 2008; Sampaio & Rivitti, 2000). Habif, Campbel, Quitadamo e Zug. (2002) afirmam que, na clínica médica, para o tratamento das pacientes, os termos *afinamento hereditário dos cabelos* ou *padrão feminino de perda de cabelos* são preferidos a *calvície*. E verifica-se que a denominação técnica mais encontrada na literatura é a adotada neste estudo: *alopecia androgenética* (AA).

A (AA) pode surgir em qualquer época da vida da mulher, caracteriza-se por perda e afinamento progressivo dos cabelos e é identificada como quadro geneticamente determinado com a participação dos hormônios esteroides andrógenos (Callan & Montalto, 1995; Filippo, 2004; Guyton & Hall, 2006; Junqueira & Carneiro, 2004; Sampaio, 2008).

Segundo Junqueira e Carneiro (2004), os hormônios são estruturas que funcionam no organismo como sinais químicos. Conforme esses autores, os tecidos em que os hormônios atuam são chamados de tecidos-alvo ou órgãos-alvo e apresentam inúmeros receptores para cada tipo de hormônio, o que explica o fato de essas substâncias atuarem especificamente onde se encontram os receptores compatíveis com sua molécula química, como, por exemplo, o couro cabeludo, que apresenta receptores androgênicos e, de acordo com um processo enzimático, o produto da metabolização da testosterona na região do couro cabeludo pode implicar alopecia em mulheres geneticamente suscetíveis.

Guyton e Hall (2006) explicam que os hormônios androgênicos são fabricados a partir da molécula do colesterol e, por isso, recebem a

denominação *esteroide*. No homem, a testosterona é formada pelas células intersticiais de Leydig, que constituem 20% da massa dos testículos de um adulto, sendo secretada em grandes quantidades após a puberdade, além de ser fabricada no córtex das glândulas suprarrenais.

Outros hormônios sexuais masculinos secretados são a diidrotestosterona e androstenediona. Na mulher, a testosterona origina-se tanto nos ovários como nas glândulas suprarrenais e seus precursores são o sulfato de deidroepiandrosterona e a androstenediona, que é considerada a forma biologicamente ativa da testosterona, além de ser o principal andrógeno que precede a formação da testosterona.

Quando a mulher entra em menopausa, diz-se que, em seu organismo, inicia-se a fase androgênica, pois ocorre uma diminuição drástica dos hormônios sexuais femininos, com maior probabilidade de perda de cabelos, principalmente se houver o componente genético favorável para (AA).

CICLO FISIOLÓGICO DO CABELO

Os pelos se apresentam como estruturas delgadas e queratinizadas cuja cor, tamanho e disposição variam de acordo com a raça do indivíduo e a região do corpo. Cada pelo se origina a partir de uma invaginação da epiderme denominada *folículo piloso*, que, por sua vez, apresenta uma dilatação terminal chamada de *bulbo piloso*, em cujo centro existem papilas dérmicas ricamente vascularizadas. As células que recobrem a papila dérmica formam a raiz do pelo, da qual emerge o eixo deste.

Diferentes conjuntos celulares dão origem à medula, ao córtex e à cutícula do pelo, e as células mais periféricas formam as bainhas interna e externa que envolvem o eixo do pelo e se posicionam de forma oblíqua à pele (Junqueira & Carneiro, 2004). Ligados ao folículo piloso estão o músculo do pelo eretor na porção inferior e, na porção superior, a glândula sebácea.

O folículo piloso desenvolve-se em fases cíclicas alternadas de repouso e crescimento, em um processo denominado *ciclo capilar*. Estas, por sua vez, são conhecidas como anágena, catágena e telógena e representam, respectivamente, o crescimento, a regressão e o repouso.

Na fase anágena, ocorre o crescimento da estrutura capilar, por isso, ela se caracteriza por constantes divisões mitóticas na matriz do folículo. Acredita-se que aproximadamente 90% dos cabelos estão nessa fase de desenvolvimento. Ao longo dessa fase, as células crescem na matriz ao mesmo tempo em que células queratinizadas acumulam-se na base do folículo, determinando o crescimento ascendente no canal folicular.

A fase seguinte de desenvolvimento ou de regressão é a catágena, em que acontece o processo de encurtamento epitelial na sua base, o qual promove a regressão no sentido derme do couro cabeludo. Uma pequena porcentagem dos folículos se encontra nessa fase.

O repouso do fio ocorre na fase telógena, que dura aproximadamente três meses. Nela, são perdidos em torno de 50 a 100 fios por dia por causa de um enfraquecimento dos fios na base do folículo, e a menor tração faz com que eles caiam. Essa fase é seguida ciclicamente por uma nova fase anágena.

EPIDEMIOLOGIA

A (AA) é a causa mais comum de perda de cabelos em mulheres. No entanto, 45% delas nunca apresentarão o problema (El-Samahy, Shaheen, Saddik, Fattah, El-Sawi, Mahran & Shehab, 2009; Quan & Sinclair, 2007; Tosti, Piraccini, Iorizzo & Voudouris, 2005). O padrão de perda de cabelos em mulheres difere do padrão masculino em alguns importantes aspectos: a idade em que se inicia a perda de cabelos, a suscetibilidade genética e a rarefação dos fios na cabeça. Em torno de 12% das mulheres poderão apresentar calvície a partir dos 29 anos; 25%, a partir dos 49 anos; 41%, com idade superior a 69 anos; e cerca de 50% apresentarão características da alopecia em algum grau após os 79 anos (Quan & Sinclair, 2007). Em homens, a calvície pode começar logo após a puberdade, estendendo-se ao longo da vida.

Um estudo retrospectivo realizado no departamento de dermatologia de um hospital-escola africano objetivou descrever as características epidemiológicas e clínicas e os aspectos etiológicos da alopecia em procura por consultas dermatológicas. Os dados revelaram que apenas 53 pacientes, 32 do gênero masculino e 11 do gênero feminino, buscaram um especialista

em um período de dois anos, e a prevalência de procura foi de 1,02%. A queixa de alopecia por outras causas predominou entre os pacientes, e apenas 7,5% buscaram os serviços médicos com a queixa de (AA). Tais dados demonstram que a prevalência de procura por atendimento ainda é baixa, muitos pacientes raramente consultam um especialista e boa parte daqueles que buscaram atendimento relataram não cuidar do cabelo (Traore, Sawadogo, Barro & Niamba, 2007).

Conforme Habif, Campbel, Quitadamo e Zug (2002, p. 452), verifica-se na literatura que a alopecia masculina começa “com um afinamento nas têmporas que progride para uma recessão em forma de M”. Esse autor a diferencia do padrão feminino. No homem, a perda de cabelos é focal na coroa do couro cabeludo, enquanto a mulher “sofre uma perda gradual de cabelos na área central do couro cabeludo com retenção da linha normal dos cabelos sem recessão fronto-temporal, e o couro cabeludo torna-se mais visível” (Habif, 2002, p. 453).

CLASSIFICAÇÃO

Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo e Jameson (2006) classificam as alopecias em cicatrical e não cicatrical. As causas da alopecia cicatrical incluem distúrbios cutâneos primários e algumas doenças sistêmicas, como o lúpus eritematoso, a sarcoidose e metástases cutâneas. As causas da alopecia não cicatrical subdividem-se em distúrbios cutâneos primários – o eflúvio telógeno, a própria (AA) e as alopecias areata e traumática – e doenças provocadas por fungos, como a tinea do couro cabeludo. Determinados tipos de fármacos e diversas doenças sistêmicas – como o lúpus eritematoso, a sífilis secundária, as alterações da tireoide e as deficiências de proteínas, ferro, biotina e zinco – são citados pelos autores como causadores da alopecia.

Na alopecia cicatrical, ocorre um processo inflamatório, fibrose e perda do folículo piloso. Nesse tipo de alopecia, o couro cabeludo pode apresentar-se liso ao exame clínico e, em muitos casos, é necessária uma biópsia para a identificação do quadro. Já na alopecia não cicatrical, os folículos pilosos permanecem preservados, mas as hastes pilosas são perdidas.

A (AA) é um tipo de alopecia não cicatricial (Bakos, Marchiori Bakos & Azulay, 2006; Kasper et al. 2006). Nesse processo, ocorre a miniaturização dos cabelos de forma difusa ao longo da linha média do couro cabeludo pelo aumento da sensibilidade destes aos efeitos periféricos da testosterona e, torna-se imprescindível a investigação dos níveis androgênicos circulantes para o diagnóstico diferencial de outras entidades clínicas, como tumores nas glândulas suprarrenais ou disfunções hormonais.

Durante alterações hormonais pós-parto, por exemplo, *stress* prolongado ou febre alta decorrente de processos infecciosos, a mulher pode apresentar um tipo de calvície que pode ser reversível sem tratamento, apenas se retirando o estímulo estressor. Isso não ocorre com a (AA) por causa da suscetibilidade genética (Kasper et al. 2006).

Para o diagnóstico clínico, encontram-se alguns tipos de classificação da (AA) na literatura científica. As mais utilizadas são as de Hamilton (1951), Erich Ludwig (1977) e Savin (1987). Hamilton classificou pela primeira vez a (AA) em 1951, em um estudo que realizou com 526 participantes, sendo 214 mulheres e 312 homens. A classificação segundo Hamilton está descrita em oito graus, é pouco utilizada para mulheres e frequentemente empregada no diagnóstico da (AA) masculina (Hamilton, 1951).

Ludwig (1977) diferenciou o processo de perda de cabelos em três estágios, identificados como graus de alopecia (Figura 1). No primeiro, ocorre rarefação perceptível, com a linha frontal de aproximadamente três centímetros com preservação dos cabelos; no segundo, é visível a rarefação acentuada dos cabelos na coroa; e, no terceiro, observa-se a rarefação total dos cabelos.

Padrão Ludwig I



Padrão Ludwig II



Padrão Ludwig III



Figura 1– Classificação segundo Ludwig (1977).

Fonte: Adaptado de <http://jcpereira.com.br/>. Acesso em: jul. 2010.

Basto Junior (2006) tomou como base as classificações de Hamilton (1951) e Ludwig (1977) para propor outra em seis níveis, a saber:

- **Grau 1** – Caracterizado pelo autor como discreta rarefação na região superior da cabeça, é descrito como a forma mais comum encontrada (Figura 2).
 - **1a** – Forma moderada de rarefação na região superior da cabeça ainda sem mostrar a pele do couro cabeludo. Cabelos na porção occipital estão preservados (Figura 3).
 - **1b** – Perda difusa de cabelos em boa parte da extensão do couro cabeludo (Figura 4).

- **Grau 2** – É definido como alopecia mista, pois associa a perda de cabelos na região frontal e porção superior da cabeça com apresentação da pele (Figura 5).
- **Grau 3** – Forma de (AA) que se assemelha à calvície masculina, com perda de cabelos na região temporal (Figura 6).
- **Grau 4** – Perda de cabelos na região frontal (Figura 7).
 - **4a** – A queda de cabelos atinge toda a área frontal e parte da região temporal (Figura 8).
- **Grau 5** – Cabelos preservados na região frontal, mas alopecia acentuada na região parietal e aparecimento da pele (Figura 9).
- **Grau 6** – Caracterizado por queda de cabelos nas regiões frontal e parietal, atinge todo o topo da cabeça (Figura 10).



Figura 2 – Grau 1 – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.



Figura 3 – Grau 1a – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.



Figura 4 – Grau 1b – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.



Figura 5 – Grau 2 – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.



Figura 6 – Grau 3 – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.



Figura 7 – Grau 4 – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.

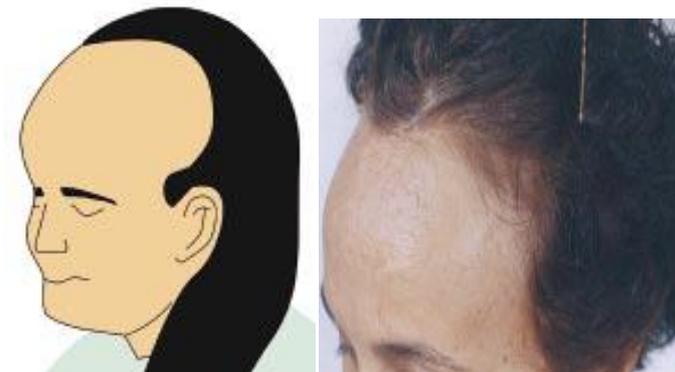


Figura 8 – Grau 4a – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.

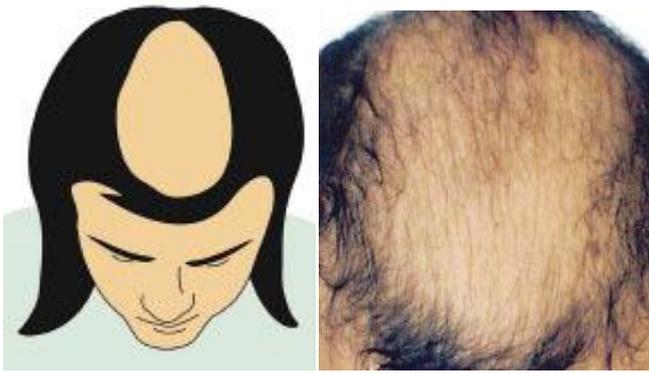


Figura 9 – Grau 5 – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.

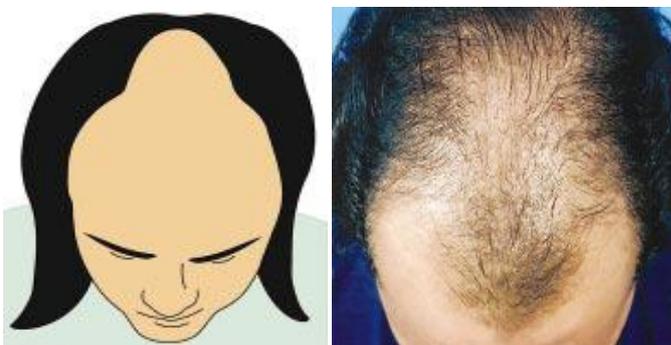


Figura 10 – Grau 6 – Classificação segundo Basto Junior (2006).

Fonte: Adaptado de Basto Junior, F. T. (2006). Calvície feminina: classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.

PATOGÊNESE DA ALOPECIA ANDROGENÉTICA

Ainda não estão bem definidos os mecanismos pelos quais ocorre a herança genética para a (AA) feminina. Em revisão bibliográfica, Mulinari-Brenner e Soares (2009) verificaram que os primeiros estudos realizados apontavam para um único gene capaz de transmitir geneticamente a alopecia. No entanto, essas autoras encontraram outros estudos mais atualizados em que se acredita existir um padrão poligênico para a manifestação fisiológica característica da (AA). O risco de desenvolver calvície aumenta em proporção ao número de pessoas da família com o problema e acredita-se que exista uma predisposição mais significativa para herança materna (Callan & Montalto, 1995).

Segundo El-Samahy et al. (2009), a perda de cabelos causada pela (AA) em mulheres parece estar associada a uma combinação de predisposições genética e hormonal, e o mecanismo fisiopatológico dessa afecção envolve claramente a presença de andrógenos circulantes e de seus receptores no couro cabeludo. Esses autores explicam que já estão descritos alguns receptores nos tecidos-alvo envolvidos na alteração dos folículos, entre eles os androgênicos (RA), a 5-alfa-redutase, receptores para fatores de crescimento, hormônios estrógenos e a insulina.

Diversos fatores contribuem para a atuação em cada receptor de formas diferentes entre os gêneros. Na mulher com histórico familiar de (AA), ocorre uma transformação do folículo piloso, que passa a produzir um pelo fino e curto em vez do normal em regiões específicas do couro cabeludo, formando a miniaturização dos cabelos.

A patogênese dá-se basicamente pelo processo conhecido como miniaturização do fio de cabelo, pois ocorre um tempo menor dos folículos na fase anágena e aumento da fase de repouso ou telógena, havendo em cada ciclo um encurtamento da fase de crescimento acompanhado de um prolongamento da fase de repouso. Isso faz com que o fio passe gradualmente do estado normal a um estado delgado e mais curto, processo que envolve toda a estrutura do folículo piloso. Esse mecanismo parece estar associado à presença dos hormônios andrógenos, principalmente a testosterona.

A testosterona é metabolizada na maioria dos tecidos humanos pela enzima 5-alfa-redutase e transforma-se em diidrotestosterona (DHT). A patogênese da

(AA) ocorre pela ação da 5-alfa-redutase e posterior formação da diidrotestosterona.

A enzima 5-alfa-redutase é dividida em duas frações, tipo I e tipo II. As frações do tipo I são encontradas nas glândulas sebáceas da pele, nos rins e no fígado. Já as do tipo II localizam-se na próstata, na vesícula seminal e nas bainhas e papilas dérmicas dos folículos pilosos. Em termos de afinidade pelos receptores androgênicos, o metabólito diidrotestosterona é considerado em torno de cinco vezes mais potente que a própria testosterona (Kaufman, 2002).

A molécula de DHT, quando adentra o núcleo por meio de receptores específicos androgênicos situados na membrana nuclear das células na unidade folicular, produz alterações no DNA e consequente modificação da síntese proteica nas células da matriz capilar, provocando a miniaturização do fio de cabelo, que é a redução do diâmetro deste, além de rarefação difusa no couro cabeludo da mulher geneticamente predisponente (Hiort, Holterhus & Nitsche, 1998).

Thiedke (2003) explica que mulheres com (AA), na maioria dos casos, apresentam taxas normais de andrógenos circulantes, mas níveis elevados de 5-alfa-redutase, maior número de receptores andrógenos e níveis mais baixos de aromatase, a enzima que é um mecanismo protetor contra a calvície, pois transforma a diidrotestosterona (DHT) em estrógenos. A maioria delas tem ciclos menstruais normais, assim como as funções endócrinas – seus exames laboratoriais não demonstram aumento da concentração androgênica, por isso, o desenvolvimento da (AA) está interligado pela ação da DHT em mulheres com predisposição genética.

Sampaio (2008) demonstra que o mecanismo de ação androgênico ainda não está completamente elucidado. Sabe-se que a testosterona é convertida pela enzima que se liga à proteína receptora, formando um complexo que tem capacidade estimuladora em áreas dependentes de hormônios andrógenos. No entanto, no couro cabeludo, isso não ocorre, visto que, neste, em mulheres, a DHT promove o afinamento do fio de cabelo, principalmente nas regiões fronto-temporais, levando à sua miniaturização.

Tosti, Piraccini, Iorizzo e Voudouris (2005) declaram, em recente investigação, que o processo da alopecia pode ser ainda mais grave, pois a miniaturização do fio de cabelo pode ocorrer de maneira bem mais rápida do que

a maioria dos estudos afirma. Para esses autores, os folículos podem responder aos hormônios andrógenos de maneira bastante heterogênea, e fatores como metabolismo androgênico, presença de micro-organismos no couro cabeludo, exposições a raio ultravioleta e inflamações podem reduzir o diâmetro do pelo em apenas um ciclo, agravando o quadro clínico em menor tempo.

Clinicamente, observa-se a rarefação difusa discreta dos cabelos da parte central da cabeça e das regiões parietal e frontal, com a manutenção da implantação frontal dos fios, possivelmente pela presença de uma enzima denominada aromatase, cuja função seria a metabolização da testosterona para os hormônios estradiol e esterona e diminuição das taxas de DHT, prevenindo a calvície nessas regiões (Bakos, Marchiori Bakos & Azulay, 2006; Filippo, 2004).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA MULHER COM ALOPECIA ANDROGENÉTICA

A beleza feminina tem sido associada às condições da pele e cabelo desde a Antiguidade. Achados literários revelam que a preocupação com a aparência do corpo sempre marcaram época. Em um artigo de revisão, Haas, Toppe e Henz (2005) falam sobre a relevância dos estilos de cabelo e observam que, a partir das coleções de arte da Antiguidade Greco-Romana, é possível avaliar o significado deste para aquela cultura. A beleza do cabelo e as formas de penteado foram descritos como símbolos de juventude e poder influenciados por inúmeras culturas, religiões, estilos de vida, desejos e sentimentos. O cabelo foi enfatizado em representações de deuses e imperadores em obras de arte talhadas em mármore e em moedas. Segundo esses autores, os egípcios raspavam a cabeça e usavam perucas e os gregos, assírios e persas apreciavam cabelo longo.

Atualmente, a mídia reforça a imagem da mulher perfeita: corpo magro, pele sem manchas ou linhas de expressão e cabelo longo e abundante. A valorização estética exagerada pode causar impactos negativos em mulheres que não se enquadram nesses padrões.

Em recente pesquisa, com amostra de 130 homens e 112 mulheres, Swami, Furnham e Joshi (2008) investigaram a importância do tom de pele e da cor e do comprimento do cabelo na percepção da atratividade física, saúde e fertilidade da mulher. Embora esses autores afirmem que os resultados foram

incongruentes e necessitam de mais estudos a respeito, chegaram à conclusão de que os participantes consideraram o tom de pele, a cor e o comprimento do cabelo como um conjunto, ou seja, as características isoladas apresentam pouco efeito no grau de percepção dos avaliados. Entretanto, a cor do cabelo foi bastante valorizada nos julgamentos interpessoais, um dado já estudado por Bull e Hawkes em 1982, que concluíram que a cor dos cabelos é um marcador individual no Ocidente.

Estudos dessa natureza demonstram uma preocupação da comunidade científica com aspectos ligados à aparência física, assim como é vasta a literatura sobre os mecanismos fisiopatológicos, a clínica e o diagnóstico da calvície feminina (Price, 2003; Springer, Brown & Stulberg, 2003; Tosti, Piraccini, Iorizzo & Voudouris, 2005). Outros trabalhos abordam, com frequência, o tratamento farmacológico e procedimentos cirúrgicos para a melhora do quadro clínico. No entanto, são raras as pesquisas dedicadas à compreensão dos impactos biopsicossociais sobre a vida de mulheres que apresentam perda de cabelos, principalmente nas bases de dados nacionais.

Van Der Donk et al. (1991) relataram a mesma dificuldade em um artigo: a escassez de estudos abordando aspectos psicológicos em mulheres calvas. A pesquisa desses autores objetivou comparar três diferentes grupos: um de 58 mulheres com (AA), um grupo masculino também diagnosticado com alopecia padrão masculino e um grupo-controle de mulheres apenas com problemas de ordem dermatológica. As variáveis investigadas foram inadequação, inadequação social, rigidez, injúria, autossuficiência, domínio, autoavaliação, desconfortos social e global, frequência social, desajuste psicológico, depressão, ansiedade, autoestima e grau de satisfação com cada parte do corpo. Os resultados dos escores percentuais e absolutos dos diferentes grupos demonstram que a maioria das mulheres com (AA) preocupam-se mais com a perda de cabelos quando comparadas aos grupos-controle e mais de um terço delas relatou sentir vergonha do problema e se considerar menos atraente. De acordo com esses dados, mulheres com (AA) obtiveram pontuação percentual substancialmente mais elevada para cada variável pesquisada.

Poucos estudos avaliam a percepção feminina frente à perda de cabelos (Girman, Hartmaur, Roberts, Bergfeld & Waldstreicher, 1999); no entanto, a percepção feminina pôde ser indiretamente verificada em um trabalho com 252

participantes masculinos sobre como eles percebiam a (AA). A maioria (63%) considerava o quadro clínico apresentado como natural. O mesmo estudo mostrou que homens com a calvície já considerada grave procuravam tratamento quando suas esposas ou parceiras lhes pediam que o fizessem, e quando os participantes eram questionados sobre a interferência da calvície no relacionamento afetivo, 37% relataram influências psicológicas negativas, demonstrando de forma indireta o quanto esta é vista pelas mulheres (Karaman, Dereboy & Carman, 2006).

De fato, Girman et al. (1999) já haviam constatado que as mulheres relatam muito desconforto quando enfrentam o problema. Essas autoras entrevistaram 120 mulheres com idade entre 22 e 66 anos sobre quais aspectos em sua vida eram mais afetados pela (AA). Com base nos itens assinalados, as pesquisadoras criaram uma lista de importância, e o item mais citado foi a maneira negativa como a queda afeta o estilo do cabelo. Em seguida, vinham a insatisfação pessoal e com a aparência – foram assinalados itens como frustração, medo da queda de cabelos continuar e ciúmes de outras mulheres com muito cabelo.

Peter, Arck e Paus (2006), em um artigo de revisão, buscaram evidências da ligação entre o *stress* e a queda de cabelos e constataram que reações emocionais do *stress* estão fortemente associadas a um efeito inibitório do desenvolvimento do cabelo, pois provocam aumento da atividade inflamatória da pele e seus anexos, o que acarreta diversos problemas dermatológicos e queda dos cabelos. E mulheres com (AA) relatam dificuldades de enfrentamento do problema por sentirem vergonha da redução dos cabelos, aumento do *stress* no trabalho e na vida familiar, diminuição da autoestima e qualidade de vida prejudicada, como observado por MacDonald (2007) em diversos relatos de pessoas do sexo feminino que enfrentavam esse problema.

A queda de cabelos tem efeitos negativos sobre a vida de homens e mulheres, tendo sido associada à baixa autoestima e a maior índice de ansiedade, depressão e *stress* (Grimalt, 2005; Kontos, 2008). Arck, Foitzik, Hadshiew e Paus (2004) esquematizaram um círculo vicioso envolvendo avaliação pessoal, *stress* e queda de cabelos. Esses autores explicam que os aspectos relacionados à autopercepção sobre a queda de cabelo e a forma como o problema é visto pela sociedade podem ocasionar depressão, *stress* e ansiedade, o que favorece a

queda, enquanto o adequado manejo do *stress* e os tratamentos farmacológico e psicoterapêutico corretos tendem a diminuí-la.

Shimidt (2002) analisou o modo como a mulher enfrenta a perda de cabelos. Em um estudo realizado com 74 mulheres com (AA), esse autor relacionou níveis de apego às estratégias de enfrentamento do problema, e aquelas que apresentavam apego seguro mostraram melhores escores no teste de qualidade de vida.

Observa-se a necessidade de novos estudos que demonstrem a relação entre os efeitos emocionais e psicológicos envolvidos na (AA). Embora existam relatos frequentes das dificuldades biopsicossociais enfrentadas pelas mulheres calvas, nenhum estudo verificou de que maneira o *stress* e a interpretação do dano causado pela perda de cabelos estão associados e se existe ligação entre a (AA) e a forma como mulheres expressam a raiva.

STRESS COMO UM PROCESSO FÁSICO

Em 2007, Hans Selye, que é considerado o pai do conceito de *stress*, completaria 100 anos de idade. E Classen (2007) publicou um artigo na revista alemã *Arzneimittel-Forschung/Drug Research* para homenageá-lo, dada a importância desse médico e pesquisador, que escreveu mais de 160 artigos e 50 livros sobre o *stress*.

Classen (2007) comenta que Selye já demonstrava interesse pelo tema quando cursava o segundo ano de Medicina em 1926. Ele ficava impressionado com as palestras de seus professores que tratavam pacientes acometidos por diversas patologias.

Selye queria entender melhor o que era estar doente, mas não recebeu muito apoio. Mais tarde, na universidade de McGill, foi convidado pelo bioquímico J. B. Collip para estudar hormônios a partir de extratos ovarianos e placenta injetados em ratos. Então, o jovem médico percebeu que, após 24 horas, esses extratos produziam notáveis efeitos nos animais: sangramento gastrointestinal, aumento do córtex da glândula adrenal e atrofia do timo. Entretanto, quando os mesmos extratos eram purificados e reaplicados, esses drásticos efeitos desapareciam, voltando a aparecer quando qualquer outro tipo de dano era provocado intencionalmente nos ratos.

Essas observações foram publicadas por Selye em 1936 e ficaram conhecidas como síndrome de adaptação geral (SAG), um conjunto de reações físicas e psicológicas do organismo quando submetido a situações que exijam mecanismos de enfrentamento.

Goldstein e Kopin (2007), em recente ensaio, explicam que o termo *stress* como é utilizado na medicina científica hoje, além de Selye, foi empregado por outros dois importantes nomes, Claude Bernard e Walter B. Cannon.

Claude Bernard, em 1865, escreveu estudos a respeito da regulação do fluxo sanguíneo vascular pelos nervos simpáticos e esclareceu sobre o ambiente celular interno e as trocas constantes com o meio extracelular, informações relevantes que, posteriormente, auxiliaram o fisiologista Walter Cannon a desenvolver o conceito de homeostase em 1929.

A homeostase foi descrita por Cannon como a capacidade do organismo de manter dentro dos limites aceitáveis as diversas variáveis fisiológicas – por exemplo, a temperatura corporal, a pressão sanguínea e as concentrações dos componentes orgânicos e inorgânicos do corpo. O *stress*, para Cannon (1953), decorre da falha nos mecanismos homeostáticos do organismo quando este não consegue restabelecer o próprio equilíbrio interno, preparando-se para lutar ou fugir. Aqui, torna-se interessante observar que o conceito de resposta de luta ou fuga foi cunhado por Cannon e advém de seus estudos sobre homeostase.

Embora Cannon tenha utilizado o termo *stress* como parte de seu modelo de homeostase, Lipp (2003) e Goldstein e Kopen (2007) explicam que foi Selye quem popularizou o conceito, definindo-o como o resultado de respostas inespecíficas do corpo a qualquer demanda sobre ele. As respostas ao *stress* têm componentes específicos que tendem a reverter os efeitos estressores em três estágios: alarme, resistência e exaustão. No estágio de alarme, o corpo mobiliza todos os recursos de que dispõe para enfrentar o estímulo estressor, ocupando o sistema imunológico. Nessa fase, ocorre quebra da homeostase, e o corpo fica exposto e pode adoecer se o equilíbrio não for restabelecido. Tal estágio corresponde à luta ou à fuga frente ao estímulo estressor. No segundo estágio, denominado de resistência, as defesas do organismo preparam-se para um ataque mais longo e, caso o agente agressor permaneça no organismo, inicia-se o terceiro estágio, chamado de exaustão.

Durante muitos anos de pesquisa sobre *stress*, Lipp (2000) verificou que havia uma quarta fase entre os estágios de resistência e exaustão e a denominou de *quase-exaustão*. Assim, essa autora desenvolveu o modelo quadrifásico para o *stress*, que amplia o modelo trifásico de Selye.

Segundo Lipp (2000, p. 18), o *stress* pode ser definido “como uma reação psicofisiológica muito complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo fazer face a algo que ameace sua homeostase interna”. Desse modo, não são apenas os eventos negativos que provocam rompimento na homeostase, mas também situações consideradas positivas. Estímulos que gerem irritabilidade, medo, excitação ou confusão e, ainda, a fome, a dor ou alterações da temperatura corpórea, assim como aqueles que deixem o indivíduo muito feliz, podem causar a quebra da homeostase.

Tanto no modelo trifásico de Selye como no modelo quadrifásico desenvolvido por Lipp (2003), observa-se que os autores tratam o *stress* como processo, e não como reação única. Se os fatores estressantes são frequentes e intensos, ocorre quebra da resistência do corpo e entrada na fase de quase exaustão, provocando o adoecimento. E, se o estímulo estressor não é removido, o *stress* atinge sua fase final, a exaustão – quando isso acontece, a pessoa pode adoecer gravemente e até mesmo morrer.

FASES DO *STRESS* E MECANISMOS NEUROPSICOFISIOLÓGICOS CORRESPONDENTES

O processo do *stress* ocorre especificamente em quatro fases. Na primeira, denominada por Lipp (2000) de fase de alerta, o organismo necessita de mais forças frente a um desafio ou ameaça, e um processo autorregulatório é iniciado para manter a homeostase.

Durante a fase de alerta, para que o processo regulatório aconteça a contento, o sistema nervoso central (SNC), o endócrino e o imunológico estão integrados na resposta de luta ou fuga do organismo frente ao estímulo agressor. Uma estrutura muito importante do SNC é o hipotálamo, que coordena a liberação glandular endócrina. Pelo sistema endócrino, uma rede de glândulas secreta hormônios diretamente na corrente sanguínea. Quando ocorre o *stress*, dois eixos principais estão envolvidos: o simpato-adreno-medular – SAM (Straub, 2005) –,

também identificado como complexo lócus cerúleos noradrenalina do sistema nervoso simpático – LC-Na-simpático (Teixeira, 2003) –, e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA).

Gazzaniga e Heatherton (2005), Straub (2005) e Guyton e Hall (2006) explicam que tanto a ativação do eixo simpato-adreno-medular quanto do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal são dependentes do hipotálamo, considerado por esses autores um centro coletor de informações que traduzem o bem-estar do organismo e são importantes para regular a liberação ou inibição de muitos hormônios hipofisários.

Quando o organismo é exposto a algum agente estressor, que pode ser um estímulo como a dor ou pensamentos fortemente depressivos ou excitantes, o hipotálamo imediatamente é informado. Sendo assim, sob *stress*, este ordena à glândula hipófise que secrete uma substância de liberação denominada *hormônio liberador de corticotrofina* (CRH), o qual, por sua vez, age estimulando a glândula hipófise a liberar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH).

O ACTH, mediante a ativação dos gânglios do sistema nervoso simpático, age sobre a medula das glândulas adrenais, localizadas acima de cada rim e conhecidas como suprarrenais, para liberar uma mistura de epinefrina e norepinefrina. E essas substâncias desencadeiam diversas respostas fisiológicas envolvidas no processo de luta ou fuga, como, por exemplo, aumento da frequência cardíaca, do ritmo da respiração e da pressão sanguínea (Gazzaniga & Heatherton, 2005; Guyton & Hall, 2006; Lipp, 2000, 2003; Straub, 2005).

Lipp (2000) acredita que o *stress* pode ser benéfico e, por isso, considera a fase de alerta positiva, pois nela o organismo se prepara para a ação, ocorrendo, de acordo com o mecanismo neuropsicofisiológico, a produção de epinefrina ou adrenalina, cujas ações orgânicas, entre outras, são o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da sudorese e da força muscular. Tais ações preparam o corpo e resultam em maior ânimo, vigor, entusiasmo e energia frente ao estressor.

A segunda fase do modelo proposto por Lipp (2000) é a de resistência. O organismo entra em resistência mediante a continuidade e presença do estímulo estressor. Essa autora explica que, se a fase de alerta é mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores se acumulam, o organismo reage para manter a homeostase anteriormente quebrada. Nessa fase, a vulnerabilidade

orgânica fica acentuada, o que favorece o adoecimento, pois o sistema imunológico encontra-se sobrecarregado. Esse mecanismo é bastante complexo, devendo-se, em parte, à liberação acentuada de hormônios corticosteroides.

Teixeira (2003) comenta que, em situações normais, o eixo HHA produz glicorticoides de forma basal dentro dos limites homeostáticos do organismo; no entanto, em situações de *stress*, o ritmo homeostático é perdido e predomina uma liberação de altos níveis de glicorticoides.

Os hormônios corticosteroides são secretados pelo córtex das glândulas adrenais e, por isso, também são chamados de hormônios adrenocorticais. Existem dois principais hormônios adrenocorticais, os mineralocorticoides e os glicorticoides. Ambos desempenham funções importantes no organismo. Os mineralocorticoides afetam especialmente eletrólitos minerais como o sódio e o potássio dos líquidos extracelulares. Já os glicorticoides apresentam inúmeras funções, influenciando principalmente o aumento dos níveis de glicose no sangue. Também têm efeito sobre o metabolismo proteico e lipídico, além de atuarem sobre células do sistema imunológico de resposta inflamatória (Guyton & Hall, 2006).

Straub (2005) enfatiza que, enquanto o sistema SAM é a resposta rápida inicial do corpo na fase de alerta, o eixo HHA é uma resposta mais lenta que funciona para restaurar seu estado de linha de base ou normalidade em momentos de *stress* na fase de resistência. O processo inicial em ambos os eixos são semelhantes, por isso, o hipotálamo responde prontamente com a fabricação de CRH quando é acionado por um *stress* físico ou psicológico, o CRH age sobre a hipófise e esta secreta o hormônio ACTH que, por sua vez, estimula o córtex das glândulas adrenais a produzir hormônios corticosteroides, sendo o mais importante deles o cortisol, que tem ação antiinflamatória e mobiliza os recursos energéticos do corpo.

A terceira fase, descoberta e denominada por Lipp (2000) de quase exaustão, ocorre quando a tensão excede o limite do organismo para se manter dentro dos limites normais. Então, a resistência física e emocional começa a se romper, o organismo luta para se manter estável, e a pessoa ainda pode experimentar momentos de funcionamento normal, intercalados com os de extremo desconforto físico e emocional. Nessa fase, os sintomas são agravados,

e o corpo adocece. O eixo HHA continua em funcionamento excessivo, produzindo grandes concentrações de glicorticoides.

A exacerbação da fase de quase exaustão pela intensidade e manutenção de estímulos estressores culmina na última fase do *stress*, denominada de exaustão. Esta é, de acordo com Lipp (2000), a fase mais negativa do *stress*, em que diversos sistemas orgânicos podem entrar em franco processo de adoecimento e ocorrem doenças cardíacas, cutâneas e autoimunes e depressão.

Ao contrário da fase de resistência, em que o organismo luta para manter a homeostase pelo hiperfuncionamento do eixo HHA, a fase de exaustão é caracterizada pelo hipofuncionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o aumento da vulnerabilidade do organismo (Teixeira, 2003).

Lipp e Romano (1987) observaram que os sintomas do *stress* podem ser psicológicos, físicos ou ambos. Ansiedade, pesadelos, dificuldades interpessoais, introversão, desânimo, insegurança, agressividade, angústia, depressão, choro e medo excessivos são exemplos de alguns possíveis sintomas psicológicos que podem ser observados tanto em crianças como em adultos estressados. E sensações físicas como tensão e dores musculares, abdominais e de cabeça, náuseas, diarreia, distúrbios do apetite e dermatológicos com frequência são observados, sendo a queda de cabelos fortemente relacionada a estados de *stress* excessivo.

Alguns autores ressaltam que os estímulos estressores podem ser interpretados como positivos ou negativos e tal interpretação interfere na magnitude da resposta orgânica ao *stress* (Lipp, 1984). Segundo Everly (1989) e Lipp (2003, 2005), a percepção dos eventos é codificada pelo hipotálamo e pelo sistema límbico. E, para esses autores, a avaliação de determinado evento depende da interpretação e do valor atribuído pelo sistema límbico.

Mulheres que se encontram estressadas podem apresentar muitos dos sintomas anteriormente descritos. Sentimentos de impotência e vergonha são relatados em diversos trabalhos e outros citam aumento de agressividade durante quadros de *stress* prolongado. No entanto, raros estudos relacionam o sentimento de raiva e *stress* e se existem alguma associação entre a raiva o *stress* e o agravamento da queda de cabelos em mulheres (Lipp & Malagris, 1995; Lipp, 1996; Lipp, 2003; Lipp, 2001a; Lipp, Malagris & Novaes, 2007).

Supõe-se que mulheres que interpretam negativamente a queda de cabelos possam apresentar níveis elevados de *stress* e exacerbação da expressão do sentimento de raiva, o que pode gerar um círculo retroalimentativo entre a (AA), o *stress* e a raiva.

STRESS E QUEDA DE CABELO

Os estudos sobre a influência do *stress* nas doenças dermatológicas são temas de inúmeras investigações. York, Nicholson, Minors e Duncan (1998) buscavam identificar os níveis de *stress* em grupo de 50 mulheres. Dessas, 25 apresentavam perda de cabelo recente de forma inexplicável, 25 não apresentavam perda de cabelo. De acordo com os autores, o levantamento do *stress* foi mensurado através de um instrumento conhecido como *Social Readjustment Rating Scale*. Os resultados demonstraram que 22 mulheres com perda de cabelo apresentaram altos índices de *stress* quando comparado ao grupo controle, cujo resultado, foi de 10 mulheres com *stress*.

Arck, Slominski, Theoharides, Peters e Paus (2006) revisaram os complexos mecanismos da conexão cérebro e pele, o impacto do *stress* psicológico sobre a fisiologia e patologia da pele, incluindo a queda de cabelo. Para os autores, a pele, pode servir como modelo para a compreensão do circuito neuro- endócrino- imunológico durante as reações do *stress*, por algumas razões: uma delas seria porque a pele é o órgão que realiza a interface entre o meio externo, considerada pelos autores como o órgão ambiental que é continuamente exposta a grande variedade de fatores de *stress*.

Um estudo de alta relevância, no que se refere aos efeitos da reação do *stress* na queda de cabelo, foi realizado por Wang, Million, Rivier J, Rivier C, Craft, Stenzel-Poore e Taché (2011). Os pesquisadores descobriram uma substância capaz de reverter o processo de alopecia em ratos. A descoberta dos cientistas ocorreu acidentalmente quando estudavam a influência do *stress* sobre os efeitos gastrointestinais em camundongos com a Síndrome de Cushing, *stress* crônico e alopecia.

Os autores aplicaram nos animais, uma substância antagonista não seletiva de receptores do hormônio liberador de corticotropina (CRH) denominado por eles de “astressim-B”, durante o período de cinco dias em uma dosagem de

5mg por camundongo. Após quatro meses, os cientistas perceberam que, ao bloquear os receptores do CRH, houve crescimento dos pelos nos sujeitos da pesquisa, e após apenas o período de duas semanas toda a área que estava sem pelos foi recuperada.

Este estudo é relevante, pois, como exposto anteriormente, o CRH está comprovadamente envolvido no processo do *stress*, de forma que, tal descoberta poderá contribuir na busca de tratamentos para a (AA).

RAIVA: INTERPRETAÇÃO E VULNERABILIDADE

A interpretação que cada um faz diante dos fatos de sua vida é material fecundo para um grande número de teorias, estudos filosóficos e pesquisas, como ocorre dentro das abordagens cognitivas, que são estruturadas principalmente a partir dessa premissa: a de que a maneira interpretativa de cada pessoa está interligada às respostas emocionais e comportamentais diante das situações (Beck, 1984; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997; Ellis, 1994; Lazarus & Folkman, 1984).

Observa-se frequentemente no relato de mulheres com (AA) menção ao sentimento de vergonha pela queda de cabelos a preocupações relativas à aparência ou à maneira como serão vistas no ambiente de trabalho, nas relações interpessoais e em casa. Em eventos em que acontecem danos ou perdas, ameaças ou desafios ou, ainda, quando a pessoa avalia a situação como sobrecarregada ou excessiva para seus recursos de enfrentamento, isso acarreta modificações em seu bem-estar e *stress* (Lazarus & Folkman, 1984).

Allegretti (2006), em um estudo que buscava comparar os níveis de *stress* entre mulheres solteiras e casadas, verificou que a maioria das solteiras entrevistadas relatou que se preocupava muito com a aparência, dado que reforça o quanto a perda progressiva de cabelos pode gerar *stress* e emoções variadas, como, por exemplo, a raiva.

Spielberger (2003) explica que a expressão da raiva decorre do balanço entre as variáveis de raiva que o indivíduo direciona para fora, a raiva como um movimento para dentro e a maneira como a pessoa controla a própria raiva. Outras formas de raiva diferenciadas por esse autor são o estado de raiva, o traço, o temperamento e a reação de raiva. Cada conceito diz respeito à forma da

raiva propriamente dita. Spielberger (2003, p. 13) define a raiva como “um estado emocional ou condição que consiste em sentimentos subjetivos de tensão, aborrecimento, irritação e fúria, com uma concomitante estimulação do sistema nervoso autônomo”.

O traço de raiva diz respeito às diferenças individuais, e pessoas que apresentam traço de raiva alto são mais propensas a perceber um grande número de situações como provocadoras de raiva. Já aquelas que apresentam temperamento de raiva frequentemente são impulsivas e sentem dificuldades para controlar essa emoção, no entanto, podem não ser vingativas ou rancorosas. Spielberger (2003) explica que pessoas que reagem fortemente de maneira raivosa são frequentemente muito sensíveis a críticas e afrontas ou, ainda, propensas a avaliações negativas.

Lipp (2005) concorda com Spielberger (2003) e salienta que a raiva é um mecanismo de proteção contra a perda de poder real ou imaginário e nem sempre é considerada negativa, pois, em muitas situações, apresenta função de proteção e estimula o indivíduo a resolver seus problemas por meio do aumento da motivação e energia frente a uma situação que exija uma postura ativa. Outros autores também acreditam que a raiva apresenta aspectos necessários (Spielberger, 2003; Matthew McKay, Rogers & McKay, 2001), porém, a avaliação do contexto é de extrema importância, caso contrário, ela pode se tornar crônica potencialmente prejudicial.

Para vários autores, entre eles Rangé (2003), a natureza da resposta emocional de cada indivíduo depende de como ele percebe os eventos. Assim, em momentos de alegria, é provável que a percepção do evento seja positiva com expectativas de ganho. Já em situações de tristeza, como quando se perde algo de valor, há abalos na autoestima e interpretações errôneas sobre a perda. Em eventos que eliciam medo, a percepção é de ameaça iminente e, em casos de raiva, a pessoa pode realizar ataques físicos, verbais, coercitivos, privativos, de oposição ou invasão contra o próprio domínio ou o do outro, além de ter sentimentos de frustração e abalos em sua autoestima, o que a deixa vulnerável e perpetua um ciclo retroalimentativo de raiva, *stress* e vulnerabilidade.

Em momentos de raiva e *stress*, o indivíduo pode pensar e avaliar os eventos da vida de maneira inadequada, além de apresentar expectativas ilógicas

e exageradas. Somadas a isso, as vulnerabilidades pessoais e comportamentais podem elevar seus níveis de *stress* e raiva (Lipp, 2005; Lipp, 2009).

Lipp (2001) descreve várias possíveis fontes internas de *stress* que culminam na vulnerabilidade da pessoa. As fontes internas são resultado, principalmente, da maneira de pensar do indivíduo, como sugerido anteriormente por Rangé. Para Lipp, pensamentos rígidos, expectativas exageradas, negativismo, perfeccionismo e raiva são exemplos de potenciais estressores. Dentre as vulnerabilidades, estão a frustração, a pressa, a solidão, a dedicação excessiva ao trabalho, a ansiedade e a raiva.

Segundo Lipp (2010) demandas psicossociais associadas às vulnerabilidades ou hipersensibilidade do sistema límbico, conduzem à produção excessiva de catecolaminas, testosterona e cortisol, substâncias produzidas no organismo estressado.

Dados da literatura sugerem que a raiva encontra-se, em muitos casos, associada ao processo de *stress*, pois se trata de mecanismos biológicos complexos interligados que dificilmente ocorrerão separadamente (Lipp, 2005; Lipp, 2009; Lipp, 2010; Matthew McKay, Rogers & Mckay, 2001; Rangé, 2001).

Matthew McKay, Rogers e Mckay (2001) explicam os ciclos ou mecanismos da raiva, do *stress* e dos pensamentos. Em um primeiro momento, em uma situação que deflagre o *stress*, o indivíduo pode reagir ao desconforto analisando e interpretando a situação mediante pensamentos-gatilho que o fazem agir e extravasar sensações desagradáveis por meio da raiva, a qual poderá ser direcionada para dentro de si mesmo ou para fora. No segundo ciclo, os pensamentos-gatilho é que fornecem o combustível para eliciar a raiva, pois desencadeiam o *stress* e, por conseguinte, a raiva. Para esses autores, a raiva não aumenta o *stress*. Entretanto, todas as fontes de *stress* – sejam físicas ou emocionais – podem aumentar a raiva e, enquanto o *stress* persiste, a raiva continua e o ciclo se perpetua.

Tendo em vista que esses mecanismos do *stress* e da raiva podem interferir na forma como mulheres interpretam a queda de cabelos provocada pela (AA), busca-se a compreensão da associação entre essas variáveis mediante o presente estudo.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho foi avaliar o nível de *stress* e a expressão da raiva, tanto para dentro como para fora, em uma amostra de mulheres com alopecia androgenética (AA).

Objetivos Específicos

- 1) Avaliar o nível de *stress* em mulheres com alopecia androgenética;
- 2) Avaliar a expressão de raiva, tanto para dentro como para fora, em mulheres com alopecia androgenética;
- 3) Verificar se há associação entre as fases do *stress* à expressão da raiva;
- 4) Analisar o nível de desconforto das pacientes.

MÉTODO

Participantes

Fizeram parte deste estudo 20 mulheres com alopecia androgenética na faixa etária de 19 a 52 anos. A média da idade foi de 32.9, com DP=10.0. As participantes realizaram consulta médica em uma Clínica de Dermatologia na cidade de Curitiba-PR.

Crítérios para Inclusão da amostra

- Possuir diagnóstico médico de alopecia androgenética;
- Ter nível de escolaridade acima do Ensino Fundamental, a fim de garantir a compreensão dos instrumentos utilizados.

Crítérios para Exclusão da amostra

- Apresentar transtorno psiquiátrico diagnosticado ou deficiência mental aparente;
- Apresentar queda de cabelos por outra causa que não seja alopecia androgenética.

Material

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta dos dados:

1-Termo de Consentimento livre e esclarecido (Anexo B)

O Termo de Consentimento foi elaborado de acordo com as normas 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS –, normas de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia – CFP – e as diretrizes do Comitê de Ética da PUC-Campinas. O instrumento foi utilizado com o objetivo de esclarecer a participante sobre a natureza da pesquisa, objetivos e procedimentos utilizados, além de informar sobre o caráter voluntário da participação, no qual poderá haver desistência ou recusa a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para a participante. O sigilo e a privacidade foram assegurados através desse instrumento. O pesquisador se colocou à disposição para qualquer informação referente ao estudo.

2-Questionário de Identificação (Anexo C)

Foi elaborado com o propósito de obter dados de identificação das pacientes, como: nome, data de nascimento, idade, estado civil, escolaridade, profissão e uma pergunta aberta referente à percepção da paciente em relação à alopecia androgenética.

3-Escala Analógica Visual – EAV (Anexo D)

A Escala Analógica Visual (EAV), ou *Visual Analogue Scale* (VAS), é um exemplo de escala numérica denominada intervalar. Através desse instrumento é possível medir-se um fenômeno quantitativamente (Almeida & Freire, 2000; Cozby, 2003).

O desconforto da paciente em relação à alopecia androgenética foi avaliado pela escala. Esta foi constituída de uma linha de dez centímetros de comprimento, cujas extremidades continham categorias identificando um mínimo e um máximo de desconforto. Em uma das extremidades, apresentou-se a designação “Pouco desconforto” com gradação igual a um, já na extremidade imediatamente oposta, a designação “Muito desconforto” com gradação correspondente a dez. A paciente foi convidada a assinalar ao longo da linha um ponto que melhor indicasse o seu grau de desconforto.

4- Inventário de Sintomas de Stress para Adulto – ISSL (Lipp, 2002).

O ISSL foi validado por Lipp e Guevara em 1994, padronizado por Lipp (2000) e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Foi utilizado para avaliar o *stress* das participantes. Trata-se de um instrumento que permite realizar um diagnóstico preciso das fases do *stress* e quais os sintomas físicos, psicológicos ou ambos são mais frequentes. O tempo de aplicação do instrumento é de aproximadamente 15 minutos e pode ser utilizado em jovens e adultos.

O instrumento é composto de 53 itens que avaliam os sintomas físicos e psicológicos, e estão divididos em três quadros. No primeiro quadro (Quadro 1), estão dispostos 12 sintomas físicos e três sintomas psicológicos, respectivamente, que objetivam identificar a fase de alerta do *stress*. A participante assinalou, nesse quadro, os sintomas experimentados nas últimas

24 horas. No quadro 2, estão dez sintomas físicos e cinco sintomas psicológicos que relatam se a participante encontra-se em fase de resistência. Os itens desse quadro falam a respeito dos sintomas físicos e psicológicos experimentados na última semana. O último quadro (quadro 3) do instrumento destina-se a levantar os sintomas físicos e psicológicos identificando a fase de exaustão. São 12 sintomas de ordem física e 11 de ordem psicológica experimentados no último mês pela participante.

Para a correção e interpretação dos resultados obtidos são utilizadas tabelas contidas no manual do ISSL, as quais transformam os dados brutos em porcentagens.

De acordo como o manual, na validação e padronização do ISSL, para a análise de confiabilidade, foi empregada a estatística de Alfa de Cronbach, uma medida que estima a confiabilidade do instrumento, com variação entre zero e um. O coeficiente será zero, caso haja somente erros de medida no instrumento (os itens não são relacionados com o total da escala); e terá o valor de um se todos os itens que fazem parte do instrumento forem consistentes. Aplicando a análise de confiabilidade nesse instrumento, foi obtido o Coeficiente Alfa de 0,912. Portanto, os itens refletem um alto valor para o conceito intencional, que é medir o nível de *stress*.

5- Inventário de Expressão de Raiva como estado e traço – STAXI de Charles D. Spielberger (2003), traduzido para o português por Ângela M. D. Biaggio.

O inventário STAXI possibilita, através de uma aplicação fácil, a mensuração das experiências de expressão da raiva. De acordo com o STAXI, a experiência de raiva é avaliada como estado e traço. O inventário é composto por 44 itens que formam seis escalas e duas subescalas descritas a seguir. As escalas de raiva são:

- 1- **Estado de Raiva:** é definido pelo autor como estado emocional que consiste em sentimentos subjetivos de aborrecimento, irritação e tensão, cuja intensidade varia de acordo com a situação vivenciada.

- 2- **Raiva para dentro:** nesta escala observa-se a direção da raiva, ocorre quando o indivíduo reprime ou guarda para si o sentimento de raiva.
- 3- **Raiva para fora:** indica a frequência da raiva direcionada a outras pessoas ou meio externo.
- 4- **Controle da raiva:** avalia a frequência de como o indivíduo consegue controlar a expressão da sua raiva.
- 5- **Temperamento raivoso:** uma variável que faz com que a pessoa seja impulsiva e expresse prontamente seus sentimentos de raiva mesmo em situações de pouca provocação.
- 6- **Reação de raiva:** escores altos nessa escala indicam que a pessoa é altamente sensível a situações que envolvam, por exemplo, críticas, avaliações negativas, injustiça, frustrações.

As subescalas são:

1-Traço de raiva: indivíduos com traço de raiva alto tendem a perceber diversas situações como eliciadoras de raiva. É obtida através da somatória de temperamento raivoso com reação de raiva.

2-Expressão de raiva: pessoas com escores altos para expressão de raiva são inclinadas a ter grandes dificuldades interpessoais e podem apresentar facilidade para adoecer, uma vez que experimentam intensos sentimentos de raiva, que podem ser reprimidos (raiva para dentro) ou direcionados para fora (raiva para fora). Para obtenção dos resultados de expressão de raiva é utilizada a seguinte fórmula:

Expressão da raiva = raiva para fora + raiva para dentro - Controle + 16

A constante 16 é utilizada para eliminar os números negativos. As escalas e subescalas citadas estão distribuídas em um folheto de aplicação que contém três partes: na primeira, a respondente irá dizer como se sente no momento; na segunda parte, como comumente se sente; na terceira, a participante dirá o que faz e o que sente quando está furiosa. A participante escolheu uma entre as quatro alternativas que são: (1) "quase nunca", (2) "às vezes", (3) "frequentemente" e (4) "quase sempre".

Para a correção, no manual, existem tabelas de conversões dos escores brutos obtidos através das somas das respostas em cada sentença, para percentis ou escores-padrão T. Para a amostra brasileira, há a separação por sexo dos percentis ou escores-padrão correspondentes.

Trata-se de um instrumento padronizado e normatizado. A consistência interna de cada uma das 8 escalas mencionadas no teste foi avaliada mediante o Alfa de Crombach, medida que estima a confiabilidade dessa escala, tendo-se obtido o coeficiente Alfa de 0.30, que significa alta confiabilidade do instrumento.

Local

As participantes foram avaliadas em uma sala concedida para fins do estudo em uma clínica de Dermatologia na cidade de Curitiba, Paraná.

Pessoal

Além da pesquisadora, auxiliaram neste estudo a dermatologista Dra. Christine Graf Guimarães e duas juízas que colaboraram na formação das categorias e na análise do conteúdo. Essas juízas são alunas de Mestrado da PUC-Campinas.

Procedimentos

Mediante aprovação do Comitê de Ética (Anexo A, nº 955/10), foi solicitado à equipe da clínica de Dermatologia de Curitiba o encaminhamento de mulheres com o diagnóstico de alopecia androgenética.

As mulheres, que concordaram em participar voluntariamente do estudo, foram convidadas para uma entrevista individual com a pesquisadora. Através da entrevista, a pesquisadora forneceu informações sobre os objetivos do

trabalho, o sigilo dos dados e os benefícios e riscos do estudo. Tais informações estão descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que as mulheres assinaram. Logo após o preenchimento do termo de consentimento, foi realizada a aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Identificação; Escala Analógica Visual (EAV); Instrumento de avaliação do *Stress* (ISSL); STAXI, instrumento que avalia a expressão da raiva das participantes.

A entrevista foi realizada individualmente com duração de 30 a 50 minutos aproximadamente. Ao final, a pesquisadora agradeceu a disponibilidade e a participação da paciente e comprometeu-se com uma devolutiva dos resultados.

Benefícios para as participantes

A pesquisadora colocou-se à disposição para fornecer, durante o estudo, orientações sobre a alopecia androgenética, manejo do *stress* e da raiva de acordo com a abordagem cognitivo-comportamental, além de prestar devolutiva dos resultados obtidos de forma verbal e por escrito em entrevistas agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes.

RESULTADOS

Método de análise dos resultados

1) Referente ao Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)

Os resultados obtidos através do instrumento foram computados de acordo com o gabarito constante no manual do mesmo. Em primeiro plano, buscou-se identificar na amostra pesquisada, a presença ou não do *stress* e suas fases: alerta, resistência, quase exaustão, exaustão. Em seguida, identificou-se a prevalência dos sintomas, se físicos e ou psicológicos.

2) Referente ao Inventário de Expressão de Raiva com Estado e Traço (STAXI)

A correção das escalas de raiva foi realizada a partir das instruções contidas no manual. Através das somas das respostas dadas pelas participantes, identificou-se o escore bruto para cada fator de raiva, e os percentis correspondentes contidos nos apêndices do STAXI.

Os resultados da escala expressão de raiva são baseados em três fatores: raiva para dentro; raiva para fora e controle de raiva. Para a análise estatística foram considerados os fatores de expressão de raiva, raiva para dentro e raiva para fora.

3) Análise estatística dos dados obtidos através dos instrumentos:

As variáveis obtidas pela aplicação dos instrumentos foram cruzadas com os dados pessoais das participantes através do programa estatístico SPSS 10.0.

Os testes não paramétricos Mann-Whitney (U) e Kruskal-Wallis (K) para amostras independentes foram utilizados. O primeiro, com o objetivo de identificar diferenças estatísticas significantes entre as fases de *stress* e os fatores de raiva para o grupo de solteiras e casadas. Já o segundo, para identificação de possíveis diferenças com significância estatística entre as fases do *stress* verificadas no ISSL e o escore de raiva (raiva para dentro) obtido no STAXI.

Para a análise das associações significativas entre as fases do *stress* e a predominância de sintomas físicos ou psicológicos do *stress*, foram utilizados os seguintes testes: χ^2 (qui-quadrado para independência 2x2); o teste da probabilidade exata de Fisher; V de Cramer - esse último, especificamente utilizado para correlacionar as variáveis nominais e identificar se existe a diferença significativa entre as fases do *stress* e os sintomas.

O teste de correlação de Spearman foi utilizado para buscar correlações entre a Escala Analógica de desconforto e o total de sintomas de *stress*, bem como, entre os resultados obtidos através da Escala Analógica e os fatores de raiva do STAXI.

Foram aceitas como significativas diferenças e associações considerando *alpha* de 5%.

Identificação da amostra

A seguir, são descritos os dados obtidos na ficha de identificação, referentes à idade, estado civil, nível de escolaridade e ocupação das 20 mulheres participantes do estudo.

Com relação à faixa etária, a média da idade foi de 32.9 anos. A idade mínima entre as participantes foi de 19 anos, e a máxima, 53 anos, com desvio padrão de 10,0.

A Tabela 1 mostra a distribuição das participantes com relação ao estado civil. Observou-se o predomínio da condição de casada entre as mulheres.

Tabela 1- Distribuição das participantes, quanto estado civil.

<i>Estado civil</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>Casada</i>	10	50 %
<i>Solteira</i>	09	45 %
<i>Divorciada</i>	01	05 %

O nível de escolaridade está especificado na Tabela 2. Observa-se que, a amostra apresentava alta escolaridade. Somando-se o número de mulheres que cursavam ensino superior àquelas com nível superior completo, a outras

que possuíam pós-graduação nível de mestrado, o resultado foi de 60%. Já as participantes com ensino médio completo eram de 35%. Apenas uma mulher não havia concluído o ensino médio.

Tabela 2- Distribuição das participantes, quanto nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	Frequência	Porcentagem
<i>Ensino médio incompleto</i>	<i>01</i>	<i>05%</i>
<i>Ensino médio completo</i>	<i>07</i>	<i>35%</i>
<i>Ensino superior incompleto</i>	<i>05</i>	<i>25%</i>
<i>Ensino superior completo</i>	<i>05</i>	<i>25%</i>
<i>Pós-graduação</i>	<i>02</i>	<i>10%</i>

A Tabela 3 relaciona as profissões das participantes. Observa-se que a maioria (60% do total) das mulheres apresentam profissões com nível superior, divididas entre, administradoras, coordenadora de curso superior, contadora, estudantes, procuradora, professoras e uma psicóloga.

Entre as participantes com ensino médio (completo e incompleto) encontra-se (40% do total da amostra) e estão divididas em assistente de recursos humanos, do lar, operadoras de caixa, recepcionistas e serviços gerais.

Tabela 3 - Distribuição das participantes, quanto à profissão.

Profissão	Frequência	Porcentagem
<i>Administradora</i>	03	15%
<i>Assistente RH</i>	02	10%
<i>Coordenadora</i>	01	05%
<i>Contadora</i>	01	05%
<i>Do lar</i>	01	05%
<i>Estudante</i>	02	10%
<i>Operadora de caixa</i>	02	10%
<i>Professora</i>	04	20%
<i>Psicóloga</i>	01	05%
<i>Recepcionista</i>	02	10%
<i>Serviços Gerais</i>	01	05%

Análise Estatística das avaliações psicológicas

A seguir são apresentados os dados obtidos durante a avaliação psicológica, realizada a partir da aplicação do ISSL, STAXI e EAV entre as participantes desse estudo.

Resultados do ISSL

A Figura 11 expõe a prevalência do *stress* entre as participantes no momento da entrevista. Observou-se que (85% do total, n=17), apresentaram *stress*, já 15% (n=3) das participantes foram identificadas sem *stress*.

A maioria das mulheres com *stress* estavam na fase de resistência (55% do total, n=11) enquanto, 15% (n= 3) encontravam-se em quase exaustão, 10% (n=2) na fase de exaustão e apenas 5% (n=1) apresentou-se na fase de alerta segundo o ISSL.

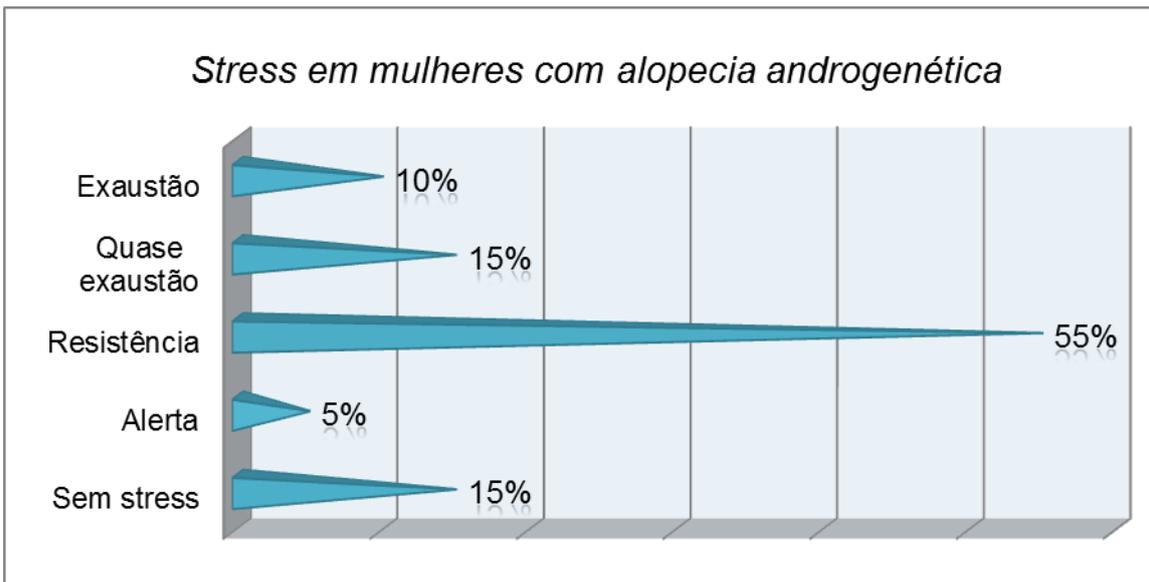


Figura 11- Fases do stress em mulheres com alopecia androgenética.

Quanto à predominância dos sintomas, pode-se verificar na Figura 12 que, 60% (n= 12) da amostra demonstraram ter sintomas de ordem psicológica, ao passo que, 25% (n= 05) apresentaram sintomas físicos, e 15% (n=3) das mulheres estavam sem sintomas.

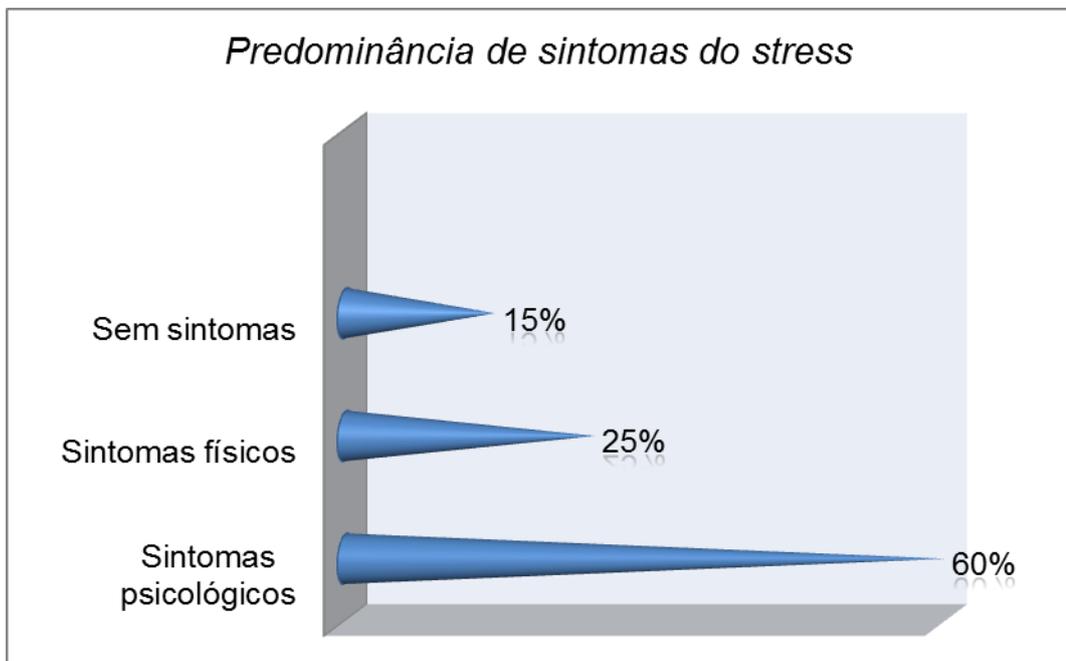


Figura 12- Porcentagem dos sintomas físicos e psicológicos do stress.

A Tabela 4 aponta os sintomas físicos mais frequentes encontrados na amostra estudada. De acordo com as respostas obtidas no ISSL, os sintomas físicos mais encontrados entre as participantes foram: náuseas (n=10), sensação de desgaste constante (n= 10), tensão muscular (n= 10), seguidos em porcentagem menor de tiques (n=9). Cansaço constante, mal estar generalizado sem causa específica, tontura e sensação de estar flutuando foram relatados por 40% das participantes (n=8).

Tabela 4- Sintomas físicos mais frequentes.

Sintomas Físicos	Frequência	Porcentagem
<i>Náuseas</i>	10	50%
<i>Sensação de desgaste físico constante</i>	10	50%
<i>Tensão muscular</i>	10	50%
<i>Tiques</i>	09	45%
<i>Cansaço Constante</i>	08	40%
<i>Mal estar generalizado sem causa específica</i>	08	40%
<i>Tontura e sensação de estar flutuando</i>	08	40%

Os dados coletados a partir do ISSL demonstraram que os sintomas psicológicos foram mais frequentes no grupo de mulheres com (AA), dentre os quais estão: angustia/ ansiedade diária (n=15), irritabilidade sem causa aparente, pensar/falar constantemente em um só assunto e sensibilidade emotiva excessiva foram descritos por 12 participantes.

Outros sintomas também relatados foram: vontade de fugir de tudo (n=10), hipersensibilidade emotiva (n=09). Os sintomas de apatia, depressão ou raiva prolongada foram relatados por 08 mulheres. Esses dados podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5- Sintomas psicológicos mais frequentes.

Sintomas psicológicos	Frequência	Porcentagem
<i>Angustia/ansiedade diária</i>	15	75%
<i>Irritabilidade sem causa aparente</i>	12	60%
<i>Pensar/falar constantemente em um só assunto</i>	12	60%
<i>Sensibilidade emotiva excessiva</i>	12	60%
<i>Vontade de fugir de tudo</i>	10	50%
<i>Hipersensibilidade emotiva</i>	09	45%
<i>Apatia, depressão ou raiva prolongada</i>	08	40%

Com o objetivo de verificar a normalidade dos escores brutos do ISSL aplicado, primeiramente, foram observados possíveis valores extremos na amostra. A presença de valores extremos poderia descaracterizar a distribuição normal dos dados.

Assim, a Figura 13 apresenta o *boxplot* dos escores brutos do ISSL (número total de sintomas) obtidos das 20 participantes da pesquisa.

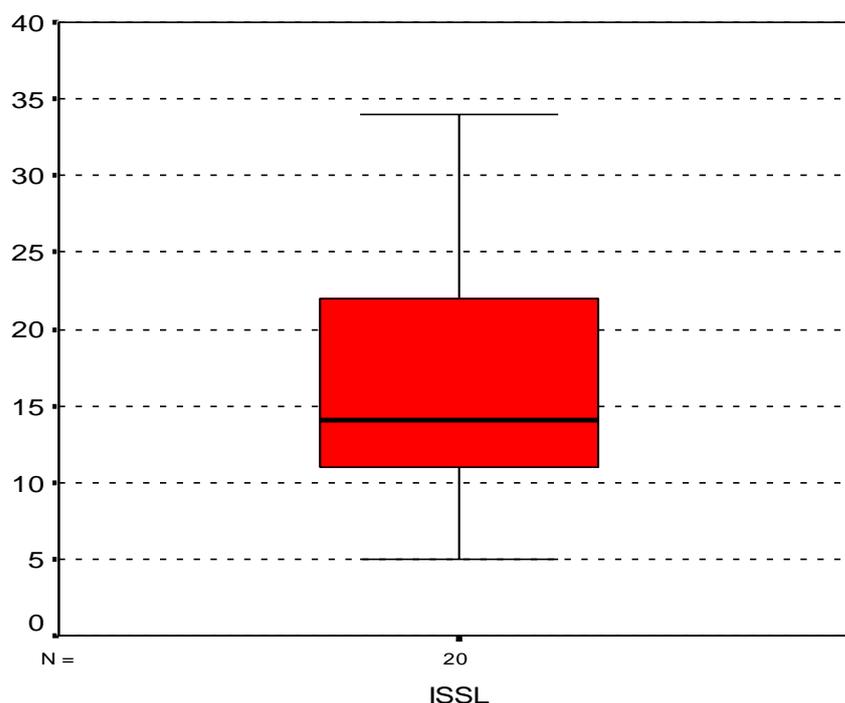


Figura 13- *Boxplot do escore total de sintomas*

Como observado na Figura 13, a mediana dos escores totais no ISSL foi de 14 pontos, com 1º e 3º quartis de 11 e 22,5 pontos, respectivamente. Além disso, a amostra apresentou pontuação entre 5 e 34 pontos, com média de 16,1 e desvio-padrão de 7,7 pontos.

O *boxplot* não indicou valores extremos nos escores obtidos. No entanto, o gráfico indicou distribuição assimétrica dos escores (distância irregular entre 1º quartil, mediana e 3º quartil), o que sugere ausência de normalidade nos dados. De fato, os dados do ISSL indicaram uma assimetria de 0,81 (curtose de 0,06). De acordo com Dancey e Reidy (2008), valores de assimetria próximos a 1 (ou -1) indicam desvios consideráveis da normalidade.

A hipótese de normalidade dos dados amostrais foi analisada também através do teste de Kolmogorov-Smirnov, e indica distribuição assimétrica dos escores totais do ISSL ($Z=0,21$; $gl=20$; $p=0,02$). Assim, tanto os resultados do teste de normalidade, quanto à diferença verificada entre média e mediana dos escores totais do ISSL e o valor de assimetria observado sugerem uma distribuição positivamente assimétrica dos dados da pesquisa, o que sustenta a utilização de testes não paramétricos (livre distribuição) na análise estatística dos resultados. As conclusões foram efetuadas considerando *alpha* de 5%.

A Tabela 6, expressa estatísticas descritivas para os escores totais do ISSL (total de sintomas) das mulheres participantes da pesquisa. Os intervalos de confiança para as médias foram calculados considerando 95% de confiança.

A distribuição dos escores totais do ISSL está ilustrada no histograma da Figura 14.

Tabela 6. Estatística descritiva para o escore total das mulheres no ISSL.

ISSL	N	Estatística descritiva		Intervalo de confiança de 95%	
		Média	Desvio-padrão	Limite inferior	Limite superior
Total de Sintomas	20	16,1	7,7	12,5	19,7

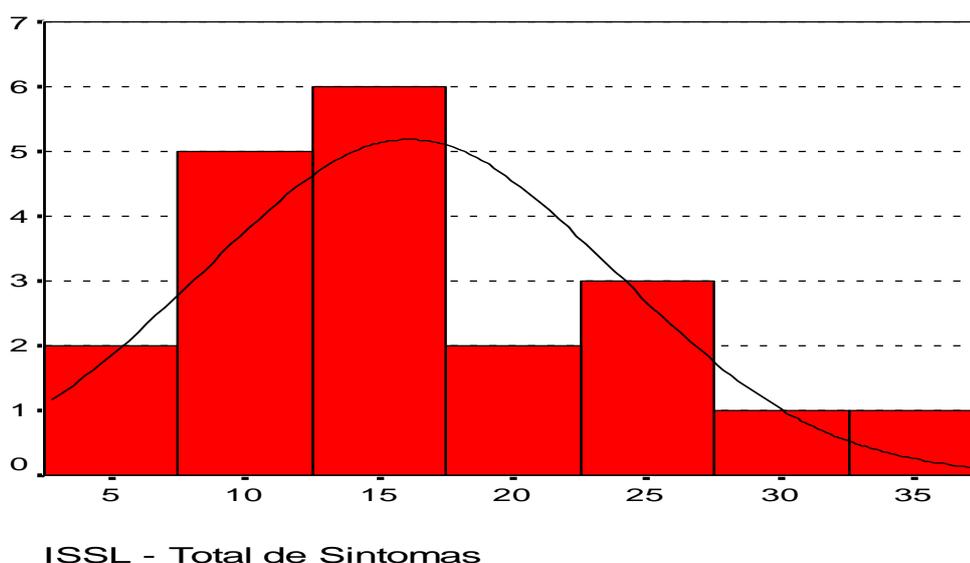


Figura 14. Histograma para os escores totais do ISSL.

Como observado na Figura 14, 65% das mulheres tiveram até 15 sintomas totais no ISSL, sendo que 15% (n=3) obtiveram 14 pontos (moda dos dados).

A Tabela 7, expressa o cruzamento entre as fases do stress e o predomínio de sintomas físicos e psicológicos avaliados pelo ISSL nas mulheres com Alopecia Androgenética.

Tabela 7. Tabela de contingência para fases do stress e predomínio de sintomas (ISSL) em mulheres com Alopecia Androgenética.

Fase do Estresse	Predomínio de Sintomas		Total (N)
	Sintomas Físicos	Sintomas Psicológicos	
Alerta / Resistência	4	8	12
Quase Exaustão / Exaustão	1	4	5
Total (N)	5	12	17

Conforme a Tabela 7, a maioria das mulheres (70,6%) apresentou indicadores das fases de alerta ou resistência. Destas, 66,7% demonstraram predomínio de sintomas psicológicos.

De forma semelhante, das mulheres que demonstraram características das fases de quase exaustão ou exaustão, 80% tiveram predomínio de sintomas psicológicos.

Com estes resultados, foi realizada uma análise com o χ^2 para verificar se existe uma relação significativa entre as fases de *stress* e o predomínio de sintomas físicos ou psicológicos nas mulheres pesquisadas. No entanto, como 75% das células apresentaram frequências esperadas menores do que 5, o teste estatístico apropriado foi o da probabilidade exata de Fisher. Ele forneceu $p=1,00$ para uma hipótese bilateral (não se previa o sentido da relação entre fases do *stress* e predomínio de sintomas).

O V de Cramer, que fornece uma medida de correlação para variáveis nominais, foi de 0,13 ($p=0,58$), indicando que apenas 1,7% do predomínio de sintomas podem ser explicados pela fase do *stress*. Estes resultados associados indicam não existir evidências de uma relação significativa entre as duas variáveis.

Resultados do STAXI

A Figura 15 apresenta as médias encontradas para os fatores de Raiva para Dentro e Raiva para Fora do STAXI das mulheres com alopecia androgenética participantes da pesquisa.

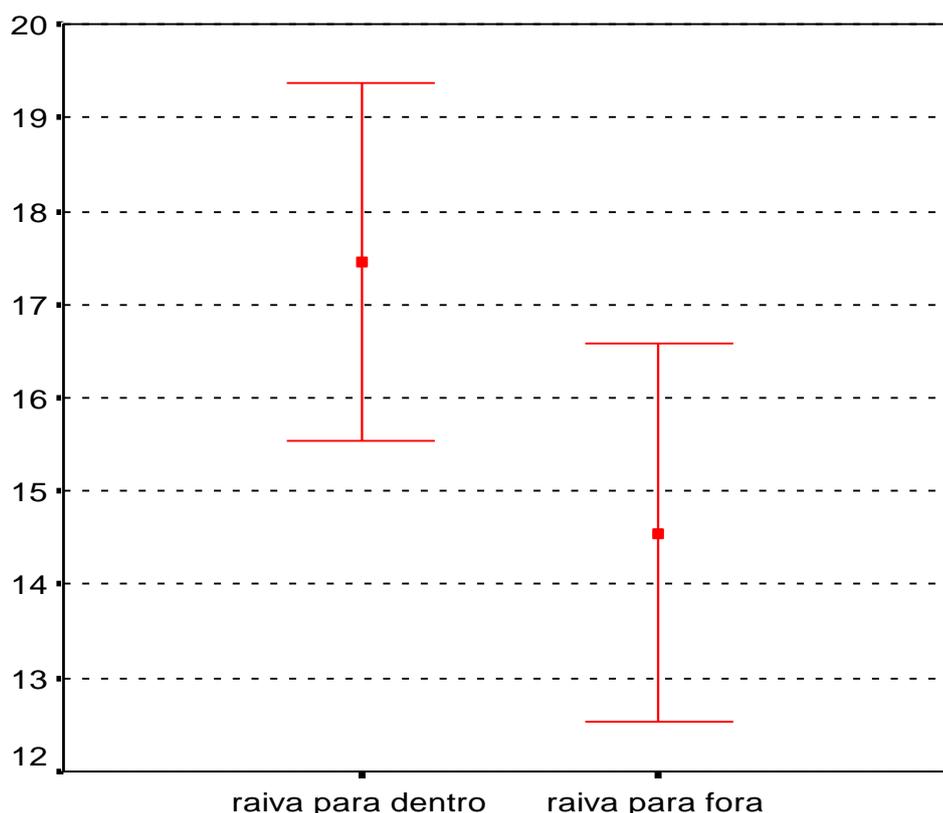


Figura 15- Média dos fatores de Raiva para Dentro e Raiva para Fora do STAXI para as mulheres participantes da pesquisa (com intervalos de confiança de 95%).

Como observado na Figura 15, a média das mulheres para o escore bruto do fator de raiva para dentro foi de 17,5 (intervalo de confiança entre 15,5 e 19,4), com desvio-padrão de 4,1. Isto equivale a um percentil médio de 56 para o fator (desvio-padrão de 18).

Por outro lado, a média do fator de raiva para fora foi de 14,6 (intervalo de confiança entre 12,5 e 16,6), com desvio-padrão de 4,3. O percentil médio para o fator foi de 18, com desvio-padrão de 21. Desta forma, observou-se um escore superior para o fator de raiva para dentro.

O teste de Wilcoxon para duas amostras relacionadas indicou haver significância estatística na diferença observada entre os fatores de raiva para dentro e raiva para fora ($Z=-2,14$; $p=0,03$).

De fato, a Figura 16 aponta a diferença encontrada, para cada participante, entre os percentis nos fatores de raiva para dentro e raiva para fora. Como observado, nota-se percentis superiores no fator de raiva para dentro na maior parte da amostra.

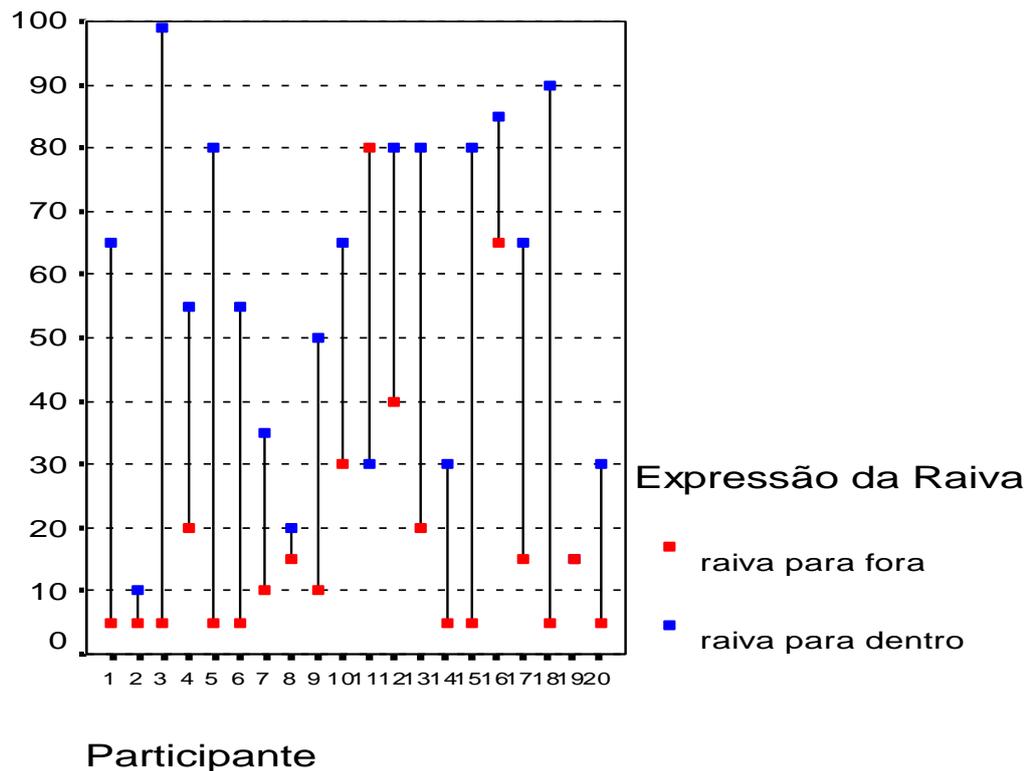
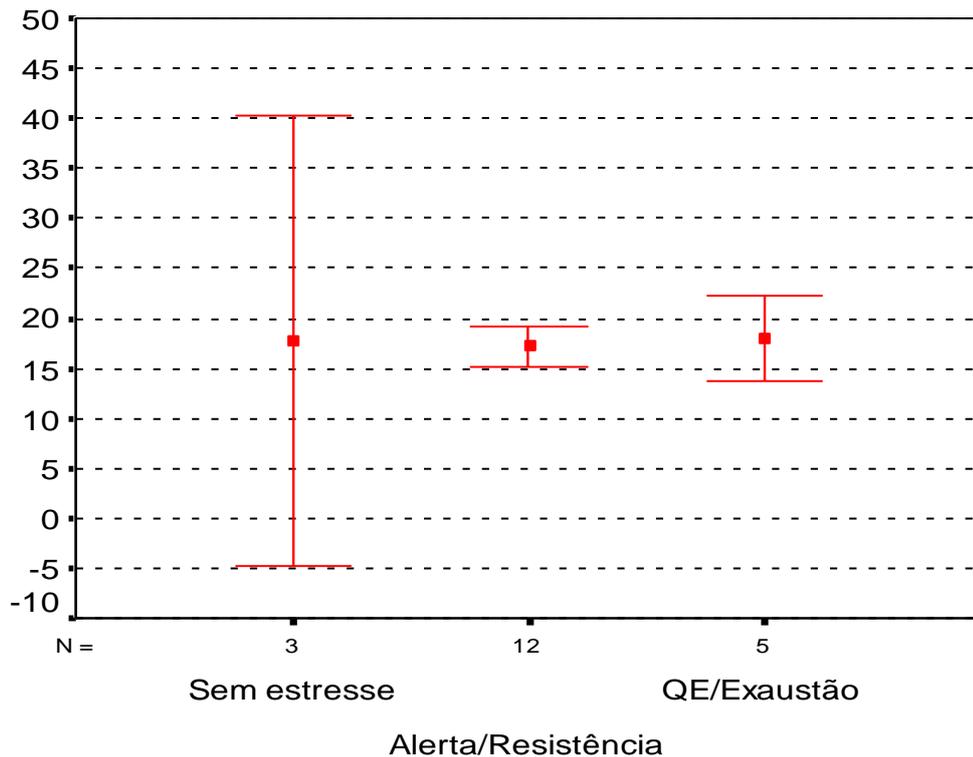


Figura 16- Médias dos fatores de Raiva para Dentro e Raiva para Fora do STAXI para cada participante da pesquisa.

Outro objetivo da pesquisa foi verificar as possíveis relações entre *stress* e expressão da raiva entre mulheres com (AA). Assim, a Figura 17 demonstra o escore bruto das mulheres no fator de raiva para dentro do STAXI, em função da fase de *stress*.



Fase do estresse

Figura 17- Escores da raiva para dentro em função da fase de *stress*.

Devido ao tamanho reduzido da amostra, as participantes foram agrupadas em função da fase de *stress* indicada pelo ISSL. Assim, as mulheres que participaram da pesquisa foram classificadas em três grupos, denominadas: sem *stress*; alerta/resistência; quase exaustão/exaustão.

Os resultados verificados na Figura 17 indicaram uma relativa equivalência entre as médias do fator de raiva para dentro para os participantes dos três grupos de *stress* (17,7 pontos para sem *stress*; 17,2 pontos para Alerta/resistência; e 18 pontos para Quase-exaustão/exaustão). Devido à

presença de somente 3 participantes no grupo sem *stress* e ao elevado desvio-padrão observado na raiva para dentro deste grupo (DP=9,1), o intervalo de confiança para a média do grupo foi desproporcionalmente superior quando comparado aos demais grupos (IC entre -4,9 e 40,2).

Como sugerido pela Figura 17, o teste de Kruskal-Wallis para k amostras independentes indicou não haver uma associação estatisticamente significativa entre a expressão de raiva para dentro e a fase de *stress* ($H=0,63$; $gl=2$; $p=0,73$).

A Figura 18 expressa a mesma comparação para o fator de raiva para fora do STAXI.

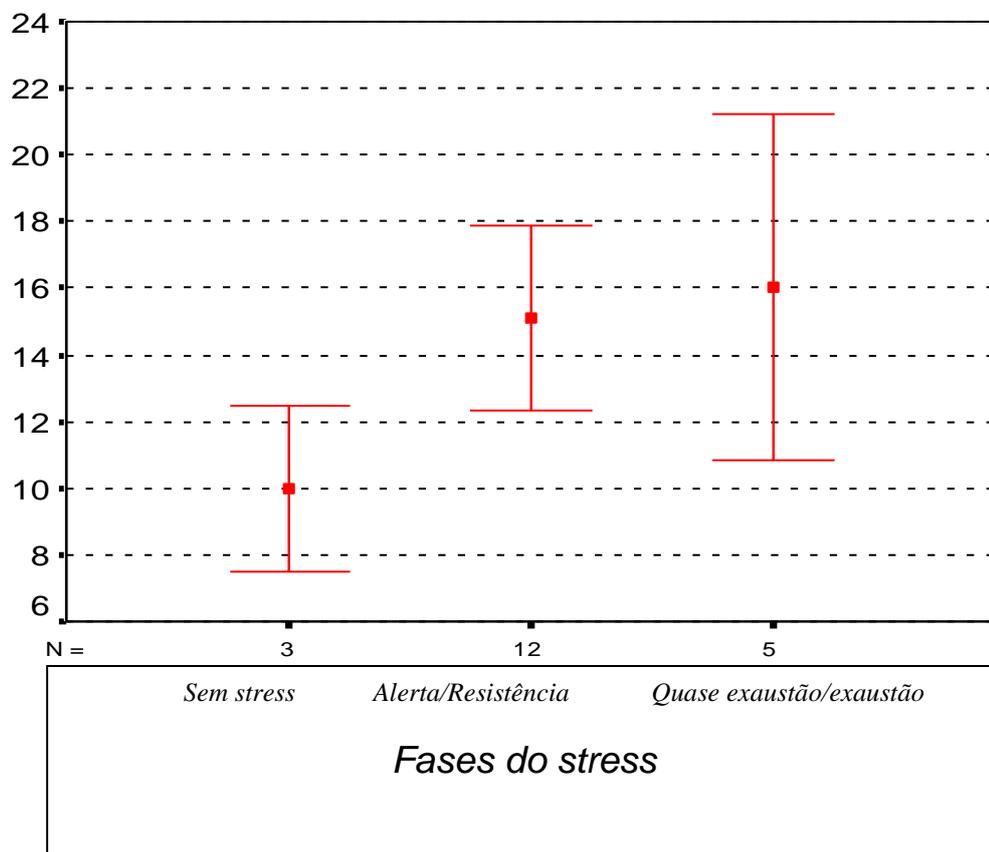


Figura 18- Escores da Raiva para Fora em função da fase de stress.

Neste caso, observou-se uma associação importante entre a presença ou não de *stress* e a expressão de raiva para fora do STAXI ($H=6,82$; $gl=2$; $p=0,03$). No entanto, não foram verificadas diferenças significativas na

expressão da raiva para fora entre os participantes na fase de Alerta/resistência e Quase exaustão/exaustão ($U=24,5$; $p=0,56$).

As Figuras 19 e 20 comparam os escores obtidos no ISSL e nos fatores do STAXI em função do estado civil (solteiros e casados). Devido à falta de representatividade, para esta análise foi retirado o único caso classificado como “divorciado”.

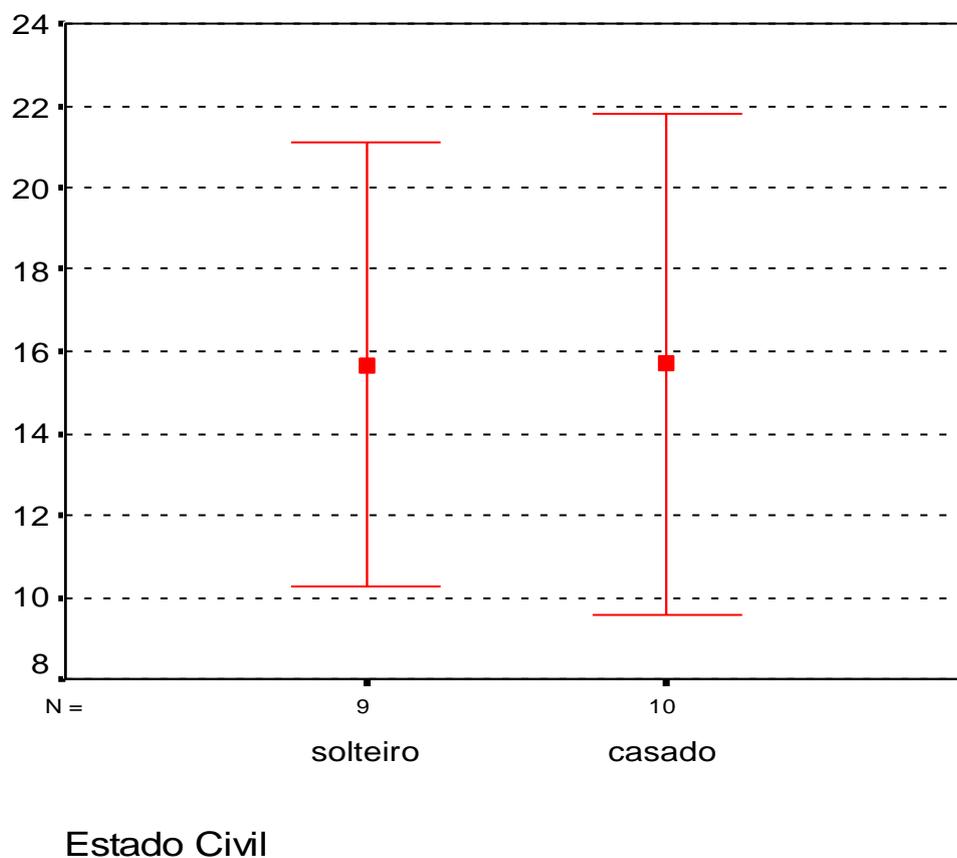


Figura 19. Escores brutos de stress em função do estado civil.

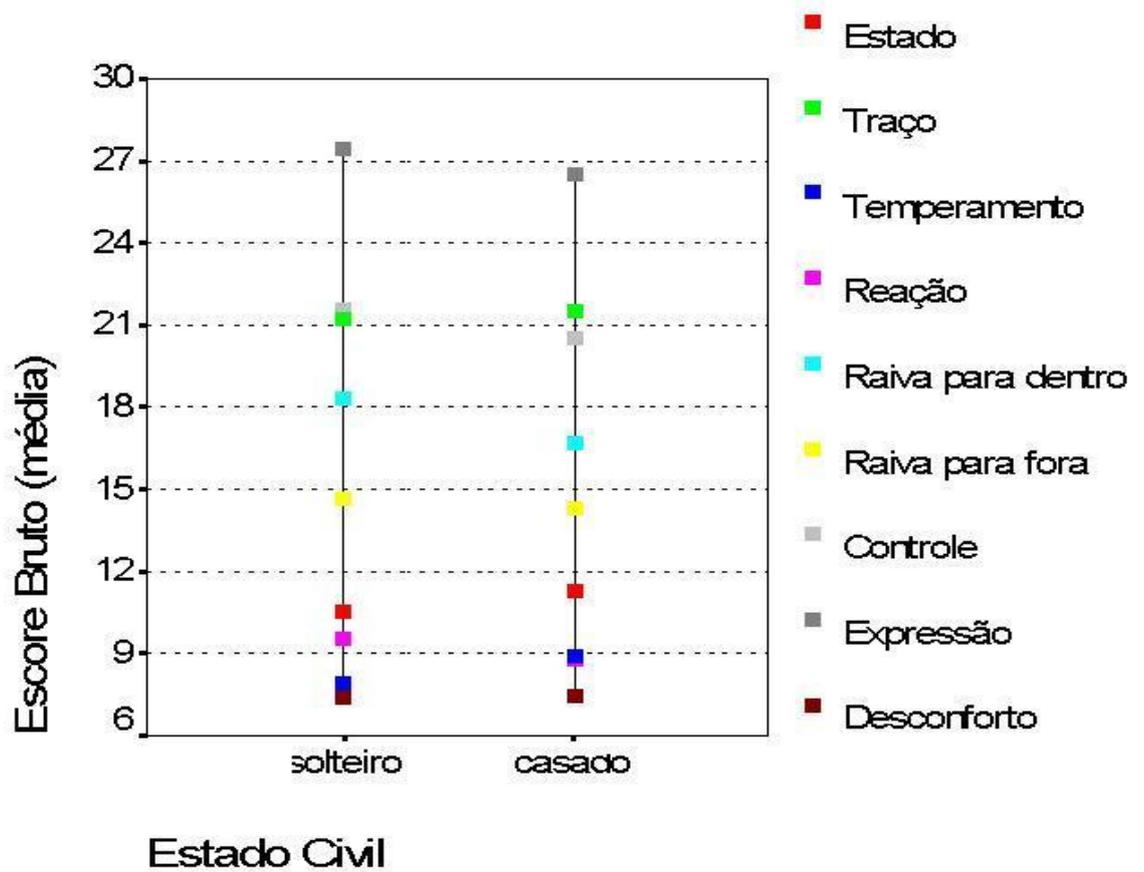


Figura 20. Escores brutos dos fatores do STAXI em função do estado civil.

As análises do U de Mann-Whitney indicaram não haver diferença estatisticamente significativa para nenhuma das medidas (*stress* ou fatores de raiva) entre os grupos de solteiros e casados ($35 \leq U \leq 44,5$; $0,45 \leq p \leq 0,97$).

Resultado referente à Escala analógica visual

Também foram verificadas as correlações entre a Escala Analógica de Desconforto e os níveis de *stress* (total de sintomas) e raiva (fatores do STAXI). O teste de correlação de Spearman indicou não haver correlação significativa em nenhum dos casos ($-0,04 \leq \sigma \leq 0,30$; $0,19 \leq p \leq 0,86$). A Figura 21 apresenta a medida de Desconforto em função da fase de *stress* da participante.

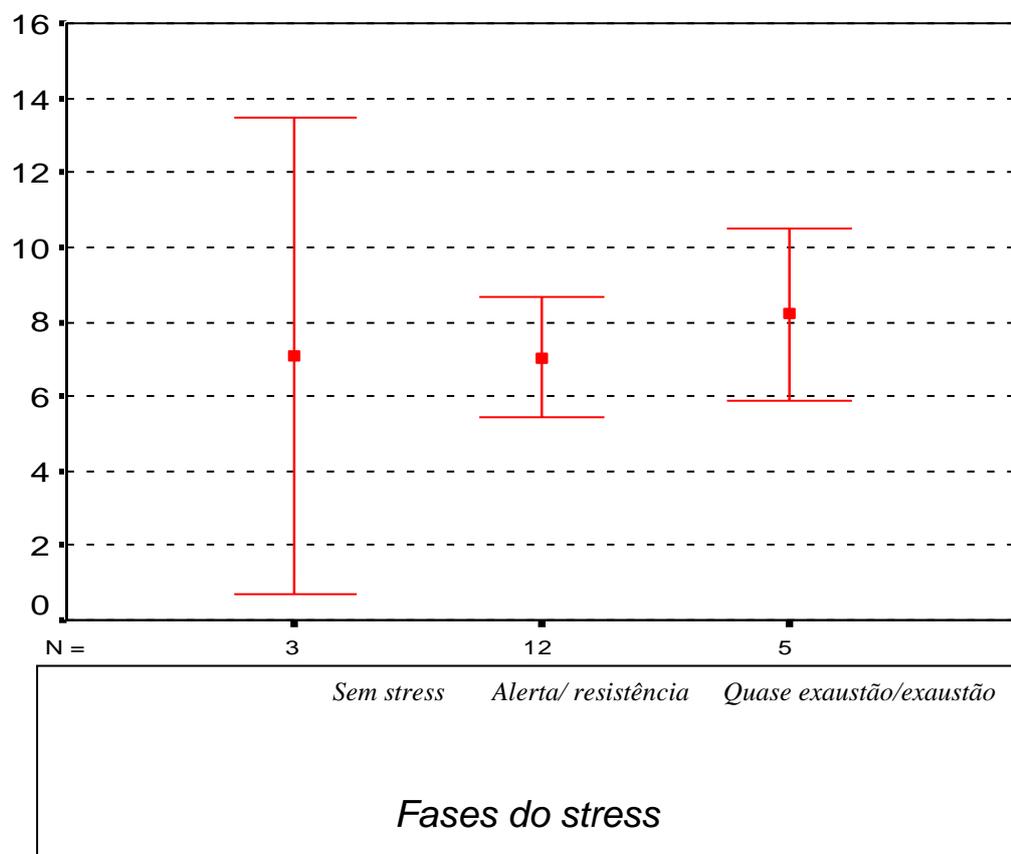


Figura 21- Medida da Escala Analógica de Desconforto em função da fase de *stress*.

Quando os desempenhos das participantes na Escala Analógica de Desconforto apresentados na Figura 21 foram submetidos ao teste de Kruskal-Wallis para k amostras independentes, não foram observadas diferenças significativas no nível de Desconforto das mulheres em função da fase de *stress* em que se encontravam ($H=0,87$; $p=0,65$).

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Como parte do procedimento de pesquisa, as participantes responderam à seguinte pergunta aberta: “Você poderia explicar, com poucas palavras, como se sente neste momento, por apresentar o quadro de queda de cabelos?”. O protocolo com a pergunta encontra-se no anexo C.

De acordo com as respostas obtidas através do questionamento, realizou-se a análise de conteúdo tomando-se Bardin (1997) como referência. Inicialmente, fez-se uma leitura flutuante das respostas produzidas pelas participantes e, em seguida, uma leitura detalhada, a partir da qual houve uma interpretação e a criação de hipóteses a serem validadas pelas etapas consecutivas da análise.

O conteúdo foi submetido à avaliação de duas juízas, alunas do Mestrado, para que ambas avaliassem as respostas e criassem respectivas interpretações a partir das informações obtidas.

As interpretações formuladas foram cruzadas com o objetivo de extrair categorias de significação, importantes para a análise qualitativa do material. Uma vez extraídas as principais categorias, foi solicitado às juízas que analisassem as respostas não identificadas, classificando-as dentro da categoria que melhor descrevesse o conteúdo.

As categorias e as porcentagens correspondentes podem ser visualizadas na tabela a seguir:

Tabela 8: Descrição das categorias e suas respectivas porcentagens das respostas à questão: “Você poderia explicar, com poucas palavras, como se sente neste momento, por apresentar o quadro de queda de cabelos?”.

Categorias	Porcentagens (%)
Aceitação	10
Autoestima abalada pelo constrangimento de ter pouco cabelo	20
Impotência x influência genética x tratamento contínuo	25
Sentimentos negativos da mulher com alopecia	45

A seguir são apresentadas as categorias que foram identificadas a partir das respostas das participantes.

Aceitação

A aceitação diante da alopecia foi verificada nas respostas de duas participantes:

P1: *"Hoje, já estou preparada para ficar sem cabelos, minha prioridade hoje é cuidar do interno, do espírito";*

P9: *"Estou acostumada porque sempre tive pouco cabelo".*

De acordo com as respostas acima, observa-se, no primeiro caso, uma mudança de prioridade, frente aos sintomas físicos e psicológicos em decorrência da perda de cabelos. Já na segunda resposta, nota-se uma habituação à alopecia.

Relatos de aceitação poderiam estar relacionados a um grande número de variáveis, como, por exemplo, tempo de tratamento, gravidade do problema, aspectos sociais, entre outras. Na literatura, não se encontrou relatos de aceitação de mulheres com (AA). Pelo contrário, observou-se que em alguns casos as mulheres podem negar ou subestimar o problema, como verificado por Biondo, Goble e Sinclair (2004).

Os autores realizaram um estudo com dois grupos de mulheres. No primeiro grupo (N=30), as participantes foram diagnosticadas através de biópsia e já faziam tratamento. No segundo, as pacientes aguardavam tratamento (N=44). Cada mulher completou um autorrelato sobre a medida de gravidade da perda de cabelo desenvolvido pelos autores.

Houve discrepâncias entre o diagnóstico médico e avaliações das participantes do estudo. Os resultados demonstraram que as mulheres do segundo grupo subestimaram a gravidade da doença, tendo menor percepção do quadro clínico quando comparado às percepções dos médicos. Os autores alertam para a necessidade de novas investigações sobre a percepção da mulher com alopecia, em alguns casos, a tendência de subestimar ou negar a perda de cabelos pode estar associado a um mecanismo de autodefesa contra o *stress* psicológico causado por esse problema.

Autoestima abalada pelo constrangimento de ter pouco cabelo

A partir dessa categoria obtiveram-se as seguintes respostas:

P13: *"Muito mal. Pois a sensação de ser vista pelos colegas-trabalho-profissionais é muito ruim, se olhar no espelho é ruim";*

P14: *"Meio constrangida, pois a maioria das pessoas pergunta sobre isso, eu respondo normalmente, mas fico com vergonha";*

P17: *"Hoje em dia não sinto mais tanta vergonha, quanto antes, no começo não tinha paciência, achava que os remédios não adiantavam";*

P20: *"Chateada por ter que ficar passando o remédio e por ter tão pouco cabelo".*

Os sentimentos negativos mencionados demonstram o quanto a alopecia androgenética interfere no bem-estar das participantes. O incômodo de ter pouco cabelo provoca vergonha e baixa autoestima, com repercussões que prejudicam a qualidade de vida. Essas mulheres podem apresentar comportamentos de esquiva nos âmbitos profissional, familiar e social, pois não se enquadram nos parâmetros culturalmente aceitos. Além disso, o cabelo apresenta uma simbologia importante para as mulheres, pois se relaciona com o sentir-se bela. Sendo assim, nota-se que os sentimentos aqui citados (vergonha, constrangimento, baixa autoestima) são temas importantes para diversos estudos.

Van der Donk et al. (1991) buscaram identificar os efeitos psicológicos comparando as respostas obtidas pelos instrumentos aplicados a três grupos, sendo eles: grupo de 58 mulheres com (AA), grupo controle de mulheres sem problemas dermatológicos e grupo de homens também com diagnóstico para (AA). Os autores compararam as respostas obtidas em uma série de inventários e questionários – como a escala de autoestima de Rosenberg, o inventário de ansiedade de Spielberger, além de questionário de personalidade.

Os dados obtidos neste estudo mostraram que as mulheres com (AA) tiveram os maiores escores para inadequação social, baixa autoestima e outros problemas de ordem psicológica como inadequação e rigidez.

De fato, assim como observado nas respostas das participantes do presente estudo, muitas mulheres relatam vergonha por apresentar pouco cabelo. Esse dado pode ser verificado também no trabalho de Girman, Hartmaier, Roberts, Bergfeld e Waldstreicher (1999). Os pesquisadores levantaram diferentes aspectos psicológicos quando entrevistaram 120 mulheres com alopecia. Respostas como insatisfação com a aparência, vergonha, frustração e ciúmes das mulheres com mais cabelos foram obtidas.

Schimidt (2003) ressalta que a relação entre a alopecia e as respostas psicológicas são complexas, sentimentos de ambivalência e apego inseguro, assim como baixa autoestima foram pontuados em sua pesquisa.

Impotência x influência genética x tratamento contínuo

Springer, Brown, Stulberg (2003) descrevem em seu artigo o esquema terapêutico para (AA). O tratamento envolve a aplicação de medicação tópica no couro cabeludo em horários diferentes, uso de medicamentos via oral em alguns casos. A utilização de *shampoos* específicos e *laser* de baixa frequência também é frequentemente citada na literatura. Em casos mais severos são indicados transplantes capilares. Todas as alternativas terapêuticas, assim como consultas aos médicos especializados torna o tratamento caro e de difícil acesso.

Observou-se que 25% das mulheres mostraram insatisfação com o fato de não terem muitas alternativas diante da alopecia, tanto pelas características genéticas da doença como pela dificuldade em realizar o tratamento que é contínuo e de alto custo. As respostas a seguir demonstram sentimento de impotência frente ao quadro clínico:

P4: *“É como se não tivesse acontecendo”;*

P8: *"A mulher se sente a pior pessoa do mundo, impotente, não consegue planejar nada para o seu futuro, ela simplesmente se 'corrói' por dentro, o sentimento de perda é muito grande (...) perde o verdadeiro sentido da vida";*

P11: *“Trata-se de um sentimento de impotência frente à determinada situação que foge do meu controle”;*

P12: *"Me sinto incapaz de pensar que não há cura, e que terei que fazer o tratamento pra sempre, e que mesmo assim o meu cabelo vai continuar caindo”;*

P15: *“Às vezes sinto que vou ficar careca, me sinto impotente não consigo mudar isso”.*

Observa-se na fala da P8 um elevado grau de sofrimento, para ela a vida perde o sentido. Já com relação às demais respostas, ressalta-se, principalmente, a impotência, que pode estar ligada à necessidade de tratamento contínuo. Alguns estudos demonstram relatos semelhantes.

Schimidt, Fischer, Chren, Strauss e Elsner, (2001), interessados em investigar a qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com (AA), demonstraram que as pacientes com alta percepção do seu quadro de calvície relataram maior impacto negativo causado pela alopecia. Os autores utilizaram um instrumento para identificar a qualidade de vida e estratégias de enfrentamento e investigação das seguintes variáveis: sintomas, emoções, autopercepção e estigma.

A hipótese para este estudo foi a de que pacientes com queda de cabelo apresentam dificuldades de mudança, particularmente porque essas mulheres acreditam que são impotentes para modificar uma situação e, em alguns casos, não são levadas a sério pelos seus médicos. Os resultados demonstraram que mulheres que passam pelo problema apresentam piores escores para qualidade de vida e outras dificuldades emocionais e sociais, além de reduzidos recursos de enfrentamento.

Sentimentos negativos da mulher com alopecia

A maior frequência de respostas obtidas fala a respeito dos sentimentos negativos das participantes. Estudos evidenciam que os indivíduos afetados pela condição de (AA) podem experimentar uma gama de sentimentos negativos e grande *stress* psicoemocional, o que reflete na redução da qualidade de vida e uma carga de sofrimento ocasionada pela perda de cabelos, comparada ao sofrimento vivenciado diante de muitas doenças crônicas (Koning et al., 1990; Cash, 2001; Schmidt, Fischer, Chren, Strauss & Elsner, 2001).

Os níveis de interação entre as conexões da perda de cabelo ao *stress* também são evidenciados na literatura científica e três níveis de interação são ressaltados: 1) *stress* agudo ou crônico como indutor primário do eflúvio telógeno; 2) *stress* como agravante de desordens tóxicas, endócrinas ou imunológicas; 3) *stress* como problema secundário em resposta à perda de cabelo, o que traria agravamento e perpetuação do ciclo queda de cabelo/*stress* (Bosse & Gieler, 1987; Paus, 2000; Botchkarev, 2003).

As respostas obtidas das participantes demonstram o quanto sentimentos negativos interferem em suas vidas. Raiva, medo, preocupação e tristeza são alguns exemplos que podem ser verificados:

P2: *"Preocupada, desesperada até saber a causa e o tratamento";*

P3: *"Preocupada e com medo de que demore a crescer";*

P5: *"Me sinto diferente das outras pessoas, será que vão achar a cura?";*

P6: *"Me senti triste e com medo de pudesse piorar e até mesmo ficar careca";*

P7: *"Tristeza, principalmente por saber que as causas são genéticas e ligadas ao stress";*

P10: *"Raiva, porque estava acontecendo comigo, medo de perder todo o cabelo, baixa autoestima, me achava feia e não conseguia disfarçar as falhas de cabelo, chorava muito e ficava estressada pela situação";*

P16: *“Injustiçada, insegura, irritada”;*

P19: *“Baixa estima, insegurança, medo de perder todo cabelo”.*

Dados assim também foram encontrados na pesquisa de Camacho e Garcia-Hernández (2002). Os pesquisadores realizaram revisão das histórias clínicas de 200 pacientes divididos em dois grupos, 100 mulheres e 100 homens. Os resultados apontam que a depressão foi mais frequente no grupo feminino quando comparada ao grupo masculino. A ansiedade também foi verificada em 41% das mulheres; a agressividade em menor grau.

Hadshiew, Foitzuk, Arck e Paus (2004) desenvolveram um diagrama explicativo sobre o ciclo que ocorre entre o *stress* agudo e crônico, perda de cabelo, ansiedade e depressão. Para os autores, fatores como educação, baixos níveis de estratégias de enfrentamento, autopercepção e baixo apoio social podem elevar os níveis de *stress*, queda de cabelo, depressão e ansiedade. Por outro lado, fatores protetores para o indivíduo seriam: bons repertórios de estratégias de enfrentamento contra o *stress*, tratamento farmacológico, estético e psicoterapêutico.

DISCUSSÃO

O cabelo representa um importante componente da feminilidade e do sentir-se bela. Sendo assim, a diminuição do volume de cabelos causada pela alopecia androgenética tem repercussões psicoemocionais importantes. Levantou-se a hipótese de que sentimentos negativos como medo, tristeza, impotência e, principalmente, a forma como a raiva é expressa podem contribuir para piorar os níveis de *stress* por quem passa pelo problema. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo geral identificar possíveis associações entre as variáveis *stress* e raiva em uma amostra de 20 mulheres com diagnóstico médico para alopecia androgenética.

Ao se analisar os dados de identificação da amostra estudada com relação à faixa etária, encontrou-se distribuição congruente com os estudos de prevalência no que se refere à idade das participantes, pois observou-se uma porcentagem maior de mulheres acima dos 30 anos.

De acordo com Scheinfeld (2008), o processo de perda de cabelo tem seu início entre as idades de 12 e 40 anos em mulheres mais jovens, porém a perda de cabelos normalmente não é aparente, tornando-se visível com o aumento da idade. De acordo com a literatura, a alopecia androgenética é a causa mais comum de perda de cabelos em mulheres com início em qualquer momento após a puberdade, quando há maior produção de hormônios sexuais. Aproximadamente 10% das mulheres em condições de pré-menopausa apresentaram evidências de alopecia e piora do quadro com o aumento da idade. Uma das explicações possíveis seria o aumento do hormônio testosterona em mulheres após a menopausa (Thiedke, 2003; Scheinfeld 2008).

Um dado para ser discutido diz respeito à escolaridade das participantes. Observou-se que a maioria das mulheres apresentava alto nível de escolaridade. Não foram encontrados, no levantamento bibliográfico, estudos com perfil sociocultural para comparação, no entanto, algumas hipóteses podem ser levantadas. A primeira seria a de mulheres com maior nível de escolaridade perceberem mais rapidamente a queda de cabelo e procurarem atendimento médico especializado. Outra hipótese estaria

relacionada à melhor condição financeira das participantes, o que facilitaria o acesso ao tratamento, cujo custo é elevado.

Com relação aos resultados obtidos a partir do ISSL, identificou-se que a maioria das participantes apresentaram *stress*. Um levantamento como esse é bastante significativo e esperado para este estudo, uma vez que os mecanismos fisiopatológicos do *stress* e sua relação com diversos problemas de ordem física e psicológica já foram elucidados (Gazzaniga & Heatherton 2005; Guyton & Hall 2006).

Com relação à sintomatologia do *stress*, esperava-se predominância de sintomas psicológicos, pois, quando a mulher recebe o diagnóstico médico para alopecia androgenética, se depara com grandes dificuldades. A primeira é que não existe no momento cura para esse distúrbio. A segunda seria a necessidade de tratamento contínuo e a dificuldade para mantê-lo, devido ao custo e forma como o tratamento é proposto. Características como essas parecem aumentar o sentimento de impotência que abala a confiança e autoestima das mulheres, com provável repercussão na sintomatologia psicoemocional, pois se acredita que poderiam sobrepor-se à capacidade de enfrentamento das participantes, já que as causas provocadoras da queda são determinadas geneticamente. A presente pesquisa demonstrou predominância de sintomas psicológicos na amostra estudada. Houve relatos principalmente de: angústia e ansiedade diária; irritabilidade sem causa aparente; pensar e/ou falar constantemente em um só assunto; sensibilidade emotiva excessiva.

Interessante observar que tais resultados também foram encontrados nas respostas das participantes, no tocante aos seus sentimentos ao enfrentar o problema. Muitas mulheres disseram sentir profunda tristeza, impotência, medo, raiva, sentimentos possivelmente ligados aos sintomas psicológicos referidos acima.

Um ponto a ser discutido a respeito do maior número de sintomas psicológicos encontrados na amostra seria a relação cientificamente comprovada entre a conexão dos aparatos fisiológicos que modulam o *stress* e emoções à queda de cabelos, como pode ser observado no estudo de Hadshiew, Foitzik, Arck e Paus (2004). Os autores descreveram o círculo

vicioso que se estabelece entre a perda de cabelos o *stress* e a depressão às respostas psicoemocionais e psicossociais. Estratégias de enfrentamento do *stress*, acesso ao tratamento farmacológico e psicoterapêutico poderiam diminuir a relação entre queda de cabelo, *stress*, ansiedade e depressão. Por outro lado, baixos níveis educacionais, de autopercepção e sociais como *network* podem estar associados ao *stress* agudo e aos quadros de ansiedade e depressão – esses fatores interligam-se.

A suscetibilidade especial da pele para reações agudas ou crônicas do *stress* psicológico inclui também, alterações no crescimento normal do fio de cabelo. A rica vascularização da pele e seus anexos, toda rede de inervação aferente, que promove a ligação com o sistema nervoso central são capazes de, gerar a estimulação do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal no mecanismo fisiológico do *stress*. Durante a resposta do *stress*, o hipotálamo secreta um hormônio denominado hormônio liberador de corticotropina, este, por sua vez, estimula a glândula hipófise a liberar o hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) na corrente sanguínea. O hormônio ACTH age sobre o córtex das glândulas suprarrenais para liberar glicorticoides, um tipo de hormônio esteroide denominado cortisol, já a porção medular das suprarrenais produz a liberação de noradrenalina e adrenalina.

De forma sucinta, Arck, Slominski, Theoharides, Peters e Paus (2006) explicitam que a pele e seus anexos são considerados importantes alvos dos mediadores da reação do *stress* (hormônio liberador de corticotropina, ACTH, cortisol, catecolaminas, prolactina, substância P e fator de crescimento neural), substâncias que modulam as reações inflamatórias e que podem estar ligadas ao processo inflamatório no bulbo capilar.

O *stress* crônico exerce profundo efeito inibitório sobre o crescimento do cabelo. Componentes da cascata fisiológica do *stress* como o hormônio liberador de corticotropina, o hormônio adrenocorticotrópico e os glicorticoides interrompem o ciclo de crescimento do folículo capilar em humanos. Essa evidência já havia sido apontada por Selye, considerado o pai dos estudos biológicos do *stress*, quando afirmou que um choque psíquico intenso poderia provocar envelhecimento e perda generalizada de cabelos (Selye, 1950 *apud* Wang, Million, Rivier J, Rivier C, Craft *et al.* 2011).

A amostra estudada apresentou elevado grau de *stress* e sintomatologia predominantemente psicológica quando comparada à população geral, pois, segundo estudos de Lipp (2005), a média de *stress* para a população é de 35%. Dados assim chamam a atenção para a necessidade da participação dessas mulheres em um treinamento de controle de *stress* e possibilidade de novas estratégias de enfrentamento para que não haja prejuízo na qualidade de vida de quem sofre desse problema.

Schimidt, Fischer, Chren, Strauss e Elsner (2000) exploraram a correlação entre a qualidade de vida e estratégias comportamentais de enfrentamento de mulheres com alopecia. A conclusão para este estudo foi que mulheres nas quais a perda de cabelo era altamente visível relataram maior impacto negativo nas dimensões estudadas (funcionamento, emoções, autoconfiança e estigmatização). De fato, os dados obtidos a partir do ISSL revelam que as participantes relataram com frequência angústia, ansiedade, sensibilidade emotiva, irritabilidade.

Outros resultados esperados para este estudo que confirmam a hipótese inicial referem-se à expressão de raiva das mulheres. As participantes apresentaram altos escores de raiva para dentro. O percentil médio do fator de raiva para dentro foi expressivamente maior quando comparado ao fator de raiva para fora. Os testes estatísticos revelaram significância na diferença observada entre os fatores raiva para dentro e raiva para fora. No entanto, não demonstraram associações entre os fatores de raiva para dentro e presença de *stress*, possivelmente em decorrência do número reduzido de participantes sem *stress* da amostra estudada.

Os resultados obtidos de maior percentual de raiva para dentro são relevantes para o presente estudo. Arck, Slominski, Theoharides, Peters e Paus (2006) relacionaram uma série de sentimentos relatados por mulheres com alopecia androgenética, entre os quais o sentimento de raiva. Outros sentimentos foram: vergonha, embaraço, humilhação, ódio, tristeza, depressão, ansiedade, insatisfação, baixa autoconfiança, inadequação, *stress* social, entre outros.

Ainda com relação à expressão de raiva, a pesquisa demonstrou um dado interessante. Houve uma associação relevante e significativa da expressão de raiva para fora e presença de *stress*, ou seja, as participantes que apresentaram *stress*, independentemente da fase, também demonstraram altos escores dos fatores de raiva para fora.

De acordo com Lipp (2010), da mesma forma que o sistema límbico muito sensível pode gerar uma predisposição para a raiva, o mesmo também pode ocorrer com relação ao *stress*. Lipp afirma que:

Se a pessoa já tem a tendência a reagir ao mundo com raiva, o *stress* pode ser um elemento desencadeador de uma explosão ou da reação de raiva. Não seria correto dizer que o *stress* sempre leva à raiva, porém se pode afirmar, com certeza, que a raiva leva ao *stress* emocional. (Lipp, 2010, p 860).

Diversos sentimentos negativos, incluindo a raiva e ansiedade, foram citados nas respostas das participantes, quando estas foram questionadas sobre seus sentimentos frente ao distúrbio apresentado. Essas respostas também foram confirmadas através da escala analógica visual, que demonstrou alto grau de desconforto das participantes.

Não foram encontradas associações significativas entre o grau de desconforto obtido através da escala analógica visual e *stress*. Uma explicação seria o fato de que algumas mulheres que responderam não sentir desconforto estariam habituadas a terem pouco cabelo. Isso foi verificado em uma das categorias analisadas, que demonstrava aceitação de algumas participantes. Embora não tenha sido considerado para este estudo o tempo de tratamento das participantes, acredita-se que essa variável também poderia explicar a ausência de associação entre o desconforto e *stress*, uma vez que a aceitação do problema e o adequado tratamento estabilizam o quadro da queda de cabelos.

Sugere-se a realização de novos estudos com um número maior de sujeitos para a confirmação dos achados supracitados. Spielberger (2003) afirma que mulheres cronicamente ansiosas tendem a voltar a raiva para

dentro, com tendência de transformá-la em culpa ou depressão. Neste sentido, os dados do presente estudo poderiam servir como ponto de partida para pesquisas futuras, já que foram identificados níveis expressivos de *stress*, raiva para dentro e uma associação significativa entre presença de *stress* e raiva para fora. Conclui-se que há necessidade de tratamento psicoterapêutico que permita o desenvolvimento de melhores repertórios de enfrentamento frente a alopecia androgenética e as consequências psicoemocionais relacionadas.

CONCLUSÃO

Com base nos dados do presente estudo, foi possível observar o elevado grau de sofrimento das participantes entrevistadas, traduzido pelo grande número de mulheres com *stress*, predominância de sintomas psicológicos, expressão de raiva pronunciada e grau de desconforto encontrado.

Com relação aos sentimentos relatados pelas participantes, verificou-se que se assemelham aos identificados por pesquisas anteriores, levando à conclusão de que de fato caracterizam o sentir de mulheres com alopecia androgenética.

Conclui-se que as mulheres da amostra pesquisada apresentaram indicativos de dificuldades em manejar de forma equilibrada seus sentimentos negativos, principalmente a raiva, o que pode agravar os níveis de *stress*, um fator desencadeante da queda de cabelo. Forma-se um ciclo vicioso entre a inadequada expressão da raiva, o aumento dos níveis de *stress* e a piora da queda de cabelo.

Espera-se que este estudo possa servir como ponto de partida para o desenvolvimento futuro de um tratamento multiprofissional que contemple, sinergicamente, da terapêutica farmacológica à psicoterapia, com intuito de oferecer a essas mulheres estratégias de controle do *stress* e, sobretudo, melhor qualidade de vida, já que os resultados apontaram para um perigoso circuito entre *stress*, raiva e alopecia androgenética nessa amostra estudada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allegreti, J. (2006). *Nível de stress, fontes estressoras e estratégias de enfrentamento em mulheres*. Dissertação de Mestrado. PUC, Campinas, São Paulo, Brasil.

Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em Psicologia e educação* (2ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.

Arck, P.C., Slominski, A., Theoharides, T.C., Peters, E.M., Paus, R. (2006) Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *Journal of Investigative Dermatology*, 126: 1697–1704.

Bakos, L., Marchiori Bakos, R., & Azulay, R.D. (2006). Afecções dos pelos. In R.D. Azulay (Ed.) *Dermatologia*, 731-734. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bardin, L. (1997) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Basto Junior, F.T. (2006). Calvície Feminina: Classificação proposta. *Revista Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 21(4): 196-202.

Beck, A., (1984) Cognitive approaches to stress. In W.R.Folk., & E.P. Leherer (Orgs.). *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. F., & Emery, G., (1997). *Cognitive Therapy of Depression* (S. Costa. Trad. New York: Guilford.

Biondo, S., Goble, D., & Sinclair, R. (2004). Women who present with female pattern hair loss tend to underestimate the severity of their hair loss. *Journal of Dermatology*, 150(4): 750-2.

Bosse, K.A., Gieler, U., (1987). *Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten: Beiträge zur psychosomatischen Dermatologie* Bern: Verlag Hans Huber.

Botchkarev, V. A., (2003) Stress and the hair follicle: Exploring the connections. *American Journal of Pathology*,162: 709-712.

Bull, R., & Hawkes, C. (1982). Judging politicians by their faces. *Political Studies*, 30, 95–101.

Callan, A., & Montalto, J. (1995). Female androgenetic alopecia: an update. *The Australasian Journal of Dermatology*, 36(2), 51-55.

Cannon, W.B., (1953). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Boston: Charles T. Brandford Comp.

Cash, T. F., (2001). The psychology of hair loss and its implications for patient care. *Clinical Dermatology*, 19: 161–166.

Classen, H., (2007). In memory of Hans Selye (1907-1982), the father of the stress concept. *Arzneimittel-Forschung*, 57(1), 1-3.

Coutinho, A. C., (1977). *Dicionário Enciclopédico de Medicina*. (3ª ed.). Lisboa: Argo Editora.

Cozby, P.C., (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (P.I.C.Gomide, E.Otta., & J.O.Siqueira., Trad.). São Paulo: Atlas (Primeira publicação em 1981).

Dancey, C. P., & Reidy, J., (2008). *Estatística sem matemática para Psicologia usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed

Ellis, A., (1994). The essence of rational emotive behavior therapy (REBT): A *comprehensive approach to treatment*. Acessado em julho de 2010 de [HTTP//www.albertellis.org](http://www.albertellis.org)

El-Samahy, M. H., Shaheen, M.A., Saddik, D.E.B., Fattah, N. S. A. A., El-Sawi, M.A., Mahran, M. Z., & Shehab, A. A. A., (2009). Evaluation of androgen receptor gene as a candidate gene in female androgenetic alopecia. *International Journal Dermatology*, 48(6), 584-587.

Everly, G.S., (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the human stress Response*. New York: Plenum Press.

Filippo, A. A., (2004). Alopecia Androgenética Feminina (AAGF). In M.P.V. Kede., & O. Sabatovich (Ed.). *Dermatologia Estética*. São Paulo: Atheneu.

Gazzaniga, M. S., & Heatherton, T. F., (2005). *Ciência Psicológica: mente cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Girman, C., Hartmaier, S., Roberts, J., Bergfeld, W., & Waldstreicher, J., (1999). Patient-perceived importance of negative effects of androgenetic alopecia in women. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8(8), 1091-1095.

Goldstein, D., & Kopin, I., (2007). *Evolution of concepts of stress*. Stress. Amsterdam, Netherlands, 10(2), 109-120.

Grimalt, R., (2005). Psychological aspects of hair disease. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 4 142–147.

Guyton, A. C., & Hall, J.E., (2006). *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Haas, N., Toppe, F., & Henz, B., (2005). Hairstyles in the arts of Greek and Roman antiquity. *The Journal Of Investigative Dermatology*. Symposium Proceedings / The Society For Investigative Dermatology, Inc. [And] European Society For Dermatological Research, 10(3), 298-300.

Habif, T.P., Campbel, J. L., Quitadamo, M.J., & Zug, K.A., (2002). Doenças da pele: diagnóstico e tratamento (A. R. Bolner, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

Hadshiew, I, M., Foitzik, K., Petra, C., Arck, W., & Paus, R., (2004) Burden of hair loss: stress and the underestimated psychosocial impact of telogen effluvium and androgenetic alopecia. *The Journal Of Investigative Dermatology*, 123(3), 455-457.

Hamilton, J.B., (1951). Patterned loss of hair in man: Types and incidence. *Ann. N.Y. Academy of Science*. 53:708-728.

Hiort. O., Holterhus, P.M., & Nitsche, E. M., (1998). Physiology an pathophysiology of androgen action. *Baillieres Clinical Endocrinology and Metabolism*. 12(1): 115-32.

Junqueira, L.C.U., & Carneiro, J., (2004). *Histologia Básica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Karaman, G., Dereboy, C., Dereboy, F., & Carman, E., (2006). Androgenetic alopecia: does its presence change our perceptions?. *International Journal of Dermatology*, 45(5), 565-568.

Kasper, D.L., Braunwald, E. Fauci, A.S., Hauser, S.L.,Longo, D. L., & Jameson, J. L.(2006) Harrison medicina interna (vol I. ed 16). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.

Kaufman, K.D., (2002). Androgens and alopecia. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 198:89-95.

Koning, E.B., Passchier. J., Dekker, F.W., (1990). Psychological problems with hair loss in general practice and the treatment policies of general practitioners. *Psychological Reports Journal*, 67:775–778.

Kontos, J.,(2008). Tratamiento de la alopecia androgenética. Evidencia – *Actualización en la Práctica Ambulatoria*; 11(4): 120-122.

Lazarus, R.S., & Folkmans, S., (1984). *Stress. Appraisal and coping*. New York:Springer.

Lipp, M.E.N., (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, v. 1, n. 3/4, p. 5-19.

Lipp, M.E.N., (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N., (2001). *O Stress e a Beleza da Mulher*. São Paulo: Connection Books.

Lipp, M.E.N., (2001a). Estresse emocional: a contribuição de estressores internos externos. *Revista Psiquiatria. Clínica*, 28 (6): 347-349.

Lipp, M.E.N., (2003). O Modelo Quadrifásico do Stress. Em M.E.N. Lipp. (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*, pp.17-21. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N., (2005). *Stress e o turbilhão da raiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N., (Org). (1996). *Pesquisas sobre o stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. São Paulo: Papirus.

Lipp, M.E.N., (Org.) (2009). *Sentimentos que causam stress: como lidar com Eles*, 172 p. Campinas, SP: Papirus.

Lipp, M.E.N., & Malagris, L.N., (1995). Manejo do estresse. Em B. Range (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicação e problemas*. pp. 279-292. Campinas: Editorial Psy II.

Lipp, M.E.N., & Malagris, L.E.N., (2010). *O treino cognitivo de controle da raiva: o passo a passo do tratamento*. Rio de Janeiro: Cognitiva.

Lipp, M.N.E., Malagris, L.E.N., & Novais, L.E., (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone Editora.

Lipp, M. E. N., & Romano, A.S.F., (1987). O stress infantil. *Estudos de Psicologia*, 4, 42-54.

Ludwig, E., (1977). Classification of the types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex. *The British Journal Of Dermatology*, 97(3), 247-254.

MacDonald, P., (2007). Supporting patients with alopecia. *Practice Nurse*, 33(9), 46.

Mackay, M., Rogers, P.D., & Mckay, J., (2001). *Quando a raiva dói: acalmando a tempestade interior*. (M.S.M. Netto, Trad.). São Paulo: Summus.

Mulinari-Brenner, F., & Soares, I.F., (2009). Alopecia Androgenética masculina: uma atualização. *Revista Ciências Médicas*. 18(3): 153-161.

Nieboer, C., Stolz, E., et al. (1991). Psychological characteristics of women with androgenetic alopecia: a controlled study. *The British Journal of Dermatology*, 125(3), 248-252.

Paus, R., (2000). Stress, hair growth control and the neuro-endocrine immune connection. *Allergo Journal*, 9: 611–620.

Peters, E., Arck, P., & Paus, R., (2006). Hair growth inhibition by psychoemotional stress: a mouse model for neural mechanisms in hair growth control. *Experimental Dermatology*, 15(1), 1-13.

Price, V. H., (2003). Androgenetic alopecia in women. *The Journal Of Investigative Dermatology*, 8(1), 24-27.

Quan, Q.D. & Sinclair, R (2007) Female pattern hair loss: Current treatment Concepts. *Journal clinical Interventions in Aging*, 2 (2): 189-199.

Rangé, B. (2001). Terapia racional-emotiva-comportamental. Em B. Range (Org.), *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, pp .34-48. Porto Alegre: Artmed.

Rangé, B. (2003) Influência das Cognições na Vulnerabilidade ao Stress. In M. E. N. Lipp., (Org.) *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*, pp.75-78. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rumor, C. D., (2000). Alopecia androgenética versus finasterida. *Endocrinologia & Diabetes Clínica e Experimental*, v.1, n.2, p. 38-42.

Sampaio, S. A.P., (2008). *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas.

Sampaio, S.A. P., & Rivitti, E. A.,(2000). *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas.

Savin, R.C., (1987). Use of topical minoxidil in the treatment of male pattern baldness. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 16(3 Pt. 2):696-704.

Schmidt, P., (2003). Female alopecia: the mediating effect of attachment patterns on changes in subjective health indicators. *British Journal of Dermatology*, 148, 1205–1211.

Schmidt, P., Fischer, T. W., Chren, M.M., Strauss, B. M., & Elsner, P., (2001). Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. *British Journal of Dermatology*, 144:1038-1043.

Selye, H. (1965). *Stress – A tensão da vida*. (Frederico Bronco, Trad.), 2ª ed., São Paulo: Ibrasa.

Spielberger, C. D., (2003). *Manual do inventário de expressão de raiva como Estado e traço - STAXI*. Tradução e adaptação: Ângela M. B. Biaggio. São Paulo: Vetor.

Springer, K., Brown, M., & Stulberg, D.L., (2003). Common Hair Loss Disorders. *American Family Physician*, 68(1).

Straub, R.O., (2005). *Psicologia da Saúde* (Costa, R.C, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

Straub, R.O (2005) *Psicologia da Saúde* (Costa, R.C, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

Swami, V., Furnham, A., & Joshi, K., (2008). The influence of skin tone, hair length, and hair color on ratings of women's physical attractiveness, health and fertility. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(5), 429-437.

Teixeira, N. A., (2003). Os glicorticóides e a Neuroimunomodulação. Em M.E.N. Lipp. (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*, pp.17-21. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Thiedke, C., (2003). Alopecia in women. *American Family Physician*, 67(5), 1007.

Tosti, A., Piraccini, B. M., Iorizzo, M., & Voudouris, S. (2005). The Natural History of Androgenetic Alopecia. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 4, 41–43.

Traore, A., Sawadogo, S., Barro, F., & Niamba, P., (2007). Alopecia in consultations in the dermatology department at Burkina Faso: epidemiologic, clinical, and etiologic aspects. *International Journal of Dermatology* (1), 30-31.

Van der Donk, J., Passchier, J., Knecht-Junk, C., Van der Wegen-Keijser, M., Nieboer, C., Stolz, E., et al. (1991). Psychological characteristics of women with androgenetic alopecia: a controlled study. *The British Journal of Dermatology*, 125(3), 248-252.

Wang, L., Million, M., Rivier, J., Rivier, C., Craft, N., et al. (2011). CRF Receptor Antagonist Astressin-B Reverses and Prevents Alopecia in CRF Over-Expressing Mice. *PLoS ONE*, 6(2): e16377.

York, J., Nicholson, T., Minors, P., Duncan, D. F.,. (1998) Stressful life events and loss of hair among adult women, a case-control study. *Psychological Reports*, 82: 1044–1046.

ANEXO A



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campinas, 17 de novembro de 2010

Protocolo 955/10

Prezada Senhora Andréia Cristina dos Santos Kleinhans,

C/C: Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Psicologia

Parecer Projeto: PROJETO APROVADO

I – Identificação:

Título do Projeto: Stress e Raiva em Mulheres com Alopecia Androgenética

Pesquisadora responsável: Andréia Cristina dos Santos Kleinhans

Orientadora: Marilda Novaes Lipp

Instituição onde se realizará: Clínica Graf Guimarães – Curitiba-PR

Data de apresentação ao CEP: 27.10.2010

II – Objetivo:

É avaliar o nível de stress e a expressão da raiva, para fora ou para dentro, em uma amostra de mulheres com Alopecia ANDrogenética (AA).

III – Sumário:

A pesquisa visa estudar vinte mulheres, entre 26 a 65 anos, com diagnóstico de Alopecia Androgenética que procurarem o tratamento em uma Clínica de Dermatologia na cidade de Curitiba no Estado do Paraná.

IV – Parecer do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 Item VII.13.b, que *define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos*, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

Conforme a Resolução 196/96, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores" (VII.13.d). Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP-PUC-Campinas o relatório final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

V - Data da Aprovação: 17/11/10

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.


Prof. Dr. Carlos Alberto Zanotti
Presidente do C.E.P.S.H.P
PUC-Campinas

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Stress e Raiva em mulheres com Alopecia Androgenética

O presente estudo objetiva avaliar o nível de *stress* e a expressão da raiva em um grupo de mulheres com Alopecia Androgenética. Sua participação não envolverá risco previsível e consiste em responder a três instrumentos que visam coletar dados sobre *stress*, raiva e o desconforto frente à Alopecia Androgenética.

O sigilo quanto à identificação da participante será mantido e os dados coletados serão descritos na dissertação de Mestrado em Psicologia da aluna Andréia Cristina dos Santos Kleinhans, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação da PUC-Campinas, sob a orientação da Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp.

Os benefícios incluem o recebimento de informações a respeito da Alopecia Androgenética, *stress* e raiva que será feito no dia da entrevista realizada com a pesquisadora. Uma devolutiva dos resultados obtidos com os instrumentos respondidos será dada à participante. Se for de interesse da participante a pesquisadora fornecerá e se colocará à disposição para informações que contemplem o manejo do *stress* e da raiva.

Você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa a qualquer etapa do estudo, se houver alguma dúvida de sua parte. A pesquisadora responsável Andréia Cristina dos Santos Kleinhans, é a psicóloga aluna de Mestrado do programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, e, poderá ser encontrada no telefone (041) 91127537. Caso você tenha dúvidas sobre ética da pesquisa entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa da PUCCAMPINAS, telefone (019) 3343 6777.

Fica garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem qualquer prejuízo ao participante.

Não haverá despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

A pesquisadora compromete-se a seguir todos os critérios éticos necessários que regem sua atuação profissional e de pesquisa, de acordo com a Resolução CNS 196/96.

O Termo de Consentimento está sendo assinado em duas vias, sendo que uma delas ficará com o voluntário.

Eu _____,
RG nº _____, conversei com a psicóloga Andréia
Cristina dos Santos Kleinhans sobre a minha decisão em participar nesse
estudo. Ficaram claros para mim quais os objetivos da pesquisa, os
procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade.
Estou ciente que minha participação é isenta de despesas ou ganho
financeiro. Concordo em participar voluntariamente deste trabalho de
Pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes
ou durante o estudo, sem penalidades ou qualquer prejuízo, inclusive para o
meu tratamento médico.

Assinatura da participante

Data: ____/____/____

ANEXO C

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

I – IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

QUESTÃO:

Você poderia explicar com poucas palavras, como se sente neste momento, por apresentar o quadro de queda de cabelos?

ANEXO D

ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EAV)

Em uma escala de 1 a 10, sendo 1 = pouco desconforto e 10 = Muito desconforto, avalio a intensidade do meu desconforto, no momento atual como:

Pouco Desconforto

Muito Desconforto

1 _____ 10

Nome: _____

Data: _____ / _____ / _____

ANEXO E

No. PC	Respostas	Categoria
1	"Hoje, já estou preparada para ficar sem cabelos, minha prioridade hoje é cuidar do interno do espirito"	Aceitação
2	"Preocupada, desesperada até saber a causa e o tratamento"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
3	"Preocupada e com medo de que demore a crescer"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
4	"É como se não tivesse acontecendo"	Impotência x influência genética x tratamento contínuo
5	"Me sinto diferente das outras pessoas, será que vão achar a cura?"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
6	"Me senti triste e com medo de pudesse piorar e até mesmo ficar careca"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
7	"Tristeza, principalmente por saber que as causas são genéticas e ligadas ao stress"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
8	"A mulher se sente a pior pessoa do mundo, impotente, não consegue planejar nada para o seu futuro, ela simplesmente se "corroi" por dentro, o sentimento de perda é muito grande (...) perde o verdadeiro sentido da vida"	Impotência x influência genética x tratamento contínuo
9	"Estou acostumada porque sempre tive pouco cabelo"	Aceitação
10	"Raiva, porque estava acontecendo comigo, medo de perder todo o cabelo, baixa autoestima, me achava feia e não conseguia disfarçar as falhas de cabelo, chorava muito e ficava estressada pela situação"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
11	"Trata-se de um sentimento de impotência frente a determinada situação que foge do meu controle"	Impotência x influência genética x tratamento contínuo
12	"Me sinto incapaz de pensar que não há cura, e que terei que fazer o tratamento pra sempre, e que mesmo assim o meu cabelo vai continuar caindo".	Impotência x influência genética x tratamento contínuo
13	"Muito mal. Pois a sensação de ser vista pelos colegas-trabalho-profissionais é muito ruim, se olhar no espelho é ruim"	Autoestima abalada pelo constrangimento de ter pouco cabelo
14	"Meio constrangida pois a maioria das pessoas perguntam sobre isso, eu respondo normalmente, mas fico com vergonha"	Autoestima abalada pelo constrangimento de ter pouco cabelo
15	"As vezes sinto que vou ficar careca, me sinto impotente não consigo mudar isso"	Impotência x influência genética x tratamento contínuo
16	"Injustiçada, insegura, irritada"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
17	"Hoje em dia não sinto mais tanta vergonha, quanto antes, no começo não tinha paciência, achava que os remédios não adiantavam"	Autoestima abalada pelo constrangimento de ter pouco cabelo
18	"Sinto-me muito incomodada em vários aspectos, auto estima baixa, mudanças constantes no humor e dificuldades para controlar os diversos sentimentos que surgem a cada instante"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
19	"Baixa estima, insegurança, medo de perder todo cabelo"	Sentimentos negativos da mulher com alopecia
20	"Chateada por ter que ficar passando o remédio e por ter tão pouco cabelo"	Autoestima abalada pelo constrangimento de ter pouco cabelo