

LUCIANE FALEIROS LOMBELLO

***CRIANÇAS COM VITILIGO: UM ESTUDO CLÍNICO E
COMPARATIVO ENTRE DOIS TIPOS DE TRATAMENTO***

CAMPINAS

2002

i

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

LUCIANE FALEIROS LOMBELLO

***CRIANÇAS COM VITILIGO: UM ESTUDO CLÍNICO E
COMPARATIVO ENTRE DOIS TIPOS DE TRATAMENTO***

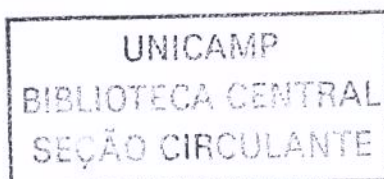
*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas, da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Clínica Médica.*

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ANA MARIA UTHIDA-TANAKA

CAMPINAS

2002

iii



UNIDADE BC
Nº CHAMADA T/UNICAMP
L838c
V EX
TOMBO BC/ 50655
PROC 16-837/02
C DX
PREÇO R\$ 11,00
DATA 07/09/02
Nº CPD

CM00172651-8

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

BIB ID 255946

L838c

Lombello, Luciane Faleiros

Crianças com vitiligo: um estudo clínico e comparativo entre dos tipos de tratamento / Luciane Faleiros Lombello. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

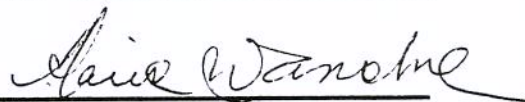
Orientador : Ana Maria Uthida Tanaka

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psicoterapia de grupo. 2. Emoções. 3. Comportamento humano. I. Ana Maria Uthida Tanaka. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): *Profa. Dra. Ana Maria Uthida Tanaka*

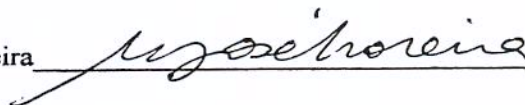


Membros:

1. Professora Doutora Ana Maria Ferreira Roselino



2. Professora Doutora Maria José Franklin Moreira



Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica, área de concentração Clínica Médica, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 21.02.2002

DEDICATÓRIA

À memória de meu pai e à minha mãe, pelos exemplos;

Ao Renato, pelo apoio;

À Vitoria e à Valentina, pela alegria.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Ana Maria Uthida Tanaka, cuja sabedoria e dedicação estão incorporadas nos resultados deste estudo;

À Profa. Dra. Maria José Franklin Moreira, pelos ensinamentos;

À psicóloga e amiga Sandra Braghini, que realizou psicoterapia de grupo nas crianças deste estudo, mostrando sempre sincero interesse e dedicação;

À Profa. Dra. Helenice Ferrari, que me ensinou a dar os primeiros passos com o premiado trabalho na Iniciação Científica e está sempre estimulando novos projetos;

Aos professores do Departamento de Dermatologia da FCM – Unicamp que muito me ensinaram esses anos todos;

Aos médicos da área de Dermatologia, pelo convívio repleto de aprendizado;

Aos pacientes, pelo carinho, pela confiança e pelo compromisso;

Ao Estevão e à Andréia, estatísticos que muito me ajudaram com os números;

Ao Alexandro, pela ajuda e boa vontade;

À Rose, meu braço direito de todos os dias;

Aos amigos, pelas palavras estimulantes, pelo acolhimento e pela alegria de suas companhias.

*“A travessia real no descobrimento não
consiste em buscar novas paisagens, mas
sim em ter novos olhos.”*

MARCEL PROUST

	PÁG
RESUMO.....	<i>xxi</i>
INTRODUÇÃO.....	25
OBJETIVOS.....	35
CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	39
RESULTADOS.....	45
DISCUSSÃO.....	75
CONCLUSÃO.....	93
SUMMARY.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
FONTES CONSULTADAS.....	111
ANEXOS.....	115
ANEXO 1: Questionário geral.....	117
ANEXO 2: Questionário de morbidade psiquiátrica infantil.....	123
ANEXO 3: Tabelas.....	125
ANEXO 4: Fragmentos de discursos dos participantes.....	133

	PÁG
Tabela 1: Frequência da variável ‘sexo’, por grupo.....	47
Tabela 2: Frequência da variável ‘local da primeira lesão’, nos grupos I e II.....	48
Tabela 3: Frequência da variável ‘idade do aparecimento da primeira lesão’, nos grupos I e II.....	49
Tabela 4: Doenças associadas ao vitiligo, nos grupos I e II.....	50
Tabela 5: Frequência da variável ‘distribuição do vitiligo’, nos grupos I e II.....	50
Tabela 6: Frequência da variável ‘estado civil do pais, na época do nascimento e atualmente’, por grupo.....	51
Tabela 7: Frequência das variáveis: ‘desejado’, ‘planejado’, ‘rejeitado’, ‘ignorado’, ‘idéia de aborto’, por grupo.....	53
Tabela 8: Frequência da variável ‘estado emocional no puerpério’, por grupo.....	53
Tabela 9: Frequência das variáveis ‘modelos de ambiente em que os entrevistados se desenvolveram’, por grupo.....	54
Tabela 10: Frequência da variável ‘alcoolismo paterno’, por grupo.....	55
Tabela 11: Frequência da variável ‘por quem foi criado’, por grupo.....	55
Tabela 12: Frequência da variável ‘posição na irmandade’, por grupo.....	56
Tabela 13: Frequência das variáveis ‘pais vivos e mortos’, por grupo.....	57
Tabela 14: Frequência da variável ‘adotivo’, por grupo.....	57
Tabela 15: Frequência da variável ‘habitos’, por grupo.....	58
Tabela 16: Frequência da variável ‘fator emocional correlacionado com a lesão’, nos grupos I e II.....	59
Tabela 17: Relação da variável ‘trauma de infância’, por grupo.....	60

Tabela 18:	Frequência da variável ‘sentimentos despertados com o aparecimento da lesão’, nos grupos I e II.....	61
Tabela 19:	Relação da variável ‘o que pensa a respeito da sua cor’, por grupo.....	62
Tabela 20:	Frequência da variável, ‘idade em que o vitiligo constitui-se num problema’, nos grupos I e II.....	62
Tabela 21:	Frequência da variável ‘o que aconteceu quando passou a encarar o vitiligo como um problema’, nos grupos I e II.....	63
Tabela 22:	Frequência das variáveis ‘estuda’, ‘estudou’, e ‘repetiu’, por grupo.....	64
Tabela 23:	Frequência das variáveis ‘se as crianças se incomodam com as perguntas de estranhos’, nos grupos I e II.....	64
Tabela 24:	Estatísticas descritivas da variável ‘tempo de duração da entrevista’, por grupo.....	65
Tabela 25:	Frequência das variáveis ‘tratamentos alternativos’, nos grupos I e II...	65
Tabela 26:	Frequência da evolução das lesões ao tratamento, nos grupos I e II.....	66
Tabela 27:	Tabelas de frequência da variável ‘idade dos pais por ocasião do seu nascimento’, por grupo.....	125
Tabela 28:	Dupla entrada da variável ‘mãe até 19 anos’, por grupo.....	126
Tabela 29:	Dupla entrada da variável ‘desejava a gravidez’, por grupo.....	126
Tabela 30:	Dupla entrada da variável ‘desejava a gravidez’, por estado civil dos pais na época do nascimento, por grupo.....	127
Tabela 31:	Dupla entrada da variável ‘planejou a gravidez’, por grupo.....	127
Tabela 32:	Dupla entrada da variável ‘sensação de puerpério, por desejou a gravidez’, por grupo.....	128
Tabela 33:	Dupla entrada da variável ‘alcoolismo paterno’, por grupo.....	128
Tabela 34:	Frequência da variável ‘aleitamento materno’, por grupo.....	129

Tabela 35:	Frequência da variável ‘tempo de aleitamento materno’, por grupo.....	129
Tabela 36:	Frequência das variáveis ‘idade atual do paciente’ (idade), ‘forma clínica’ (tipo), ‘trauma associado com o aparecimento do vitiligo’ (trauma), ‘idade de aparecimento da primeira lesão’ (Idlesão), ‘tratamentos alopáticos anteriores’ (Alopat), ‘melhora medicamentosa’ (Melmed), ‘melhora espontânea’ (Melesp), ‘período em que a doença esteve estacionada’ (Est), ‘período de piora da doença’ (Piora).....	130
Tabela 37:	Dupla entrada entre as variáveis ‘grupo’ e ‘melhora’ com o tratamento.....	131



RESUMO

O vitiligo é uma doença adquirida, idiopática, freqüentemente associada a história familiar positiva e caracterizada por manchas acrômicas ou hipocrômicas, com dimensão e forma variáveis, sendo muitas vezes desfigurante.

Afeta de 1% a 3% de todas as raças da população mundial, tendo maior prevalência no sexo feminino; aproximadamente 50% dos pacientes desenvolvem alguma forma da doença antes dos 10 anos de idade.

Alguns estudos sobre mecanismos psiconeuroimunológicos consideram o estresse emocional como parte fundamental da sua etiologia, seja como fator desencadeante ou exacerbante. Os aspectos psicossociais do vitiligo comprometem muito a auto-estima dos pacientes, passando a funcionar como fatores de “feed back” na evolução e agravamento da doença. Os objetivos do presente trabalho são: a) conhecer os aspectos clínicos e refletir sobre os aspectos emocionais apresentados pelas crianças, b) avaliar eventuais diferenças entre as respostas ao tratamento em 18 crianças com vitiligo, fazendo uso da mesma medicação e associando psicoterapia de grupo em 9 destas crianças. Nove crianças com vitiligo, de idades entre 8 e 12 anos participaram de psicoterapia de grupo; as sessões foram quinzenais, com duração de uma hora, e simultâneas às realizadas com o grupo de pais ou responsáveis destes pacientes. Foram realizadas 30 sessões no período de um ano e meio. A avaliação dermatológica foi trimestral e as crianças fizeram uso de medicação específica (Viticromin®) associada à fototerapia. Foram observadas mudanças no comportamento das crianças submetidas à psicoterapia tais como: melhora no desempenho escolar, desinibição, fortalecimento dos vínculos familiares e, em relação ao vitiligo, este grupo apresentou repigmentação da maioria ou do total das lesões. A diferença foi estatisticamente significativa em relação aos resultados obtidos com o grupo acompanhado sem psicoterapia. Estes resultados preliminares permitem recomendar a psicoterapia de grupo como tratamento coadjuvante do vitiligo.

Palavras-chave: vitiligo, aspectos emocionais, tratamento, psicoterapia de grupo.



INTRODUÇÃO

O vitiligo é uma anomalia pigmentar, idiopática, adquirida, freqüentemente associada a história familiar positiva, caracterizada por manchas acrômicas ou hipocrômicas, geralmente circundadas por pele hiperpigmentada, freqüentemente simétricas. Estas manchas, ora mais, ora menos numerosas, têm dimensão e forma variáveis, contornos nítidos, que podem tender à progressão centrífuga com o tempo (KORANE, DERM, SASHDEVA, 1988). Podem apresentar-se sob variadas formas clínicas: generalizada, localizada, universal e perinévia e, acometer não só a pele, mas também o cabelo, mucosas, tímpano, retina, trato-uveal.

A doença apresenta períodos de estabilidade muito longos, alternados com períodos de retomada evolutiva, podendo estender-se à boa parte do tegumento. As curas completas são excepcionais (PAPADOPOULOS, BOR, LEGG, 1999). No início da recuperação do vitiligo aparecem ilhotas repigmentadas no centro da mancha acrômica, que se expandem e confluem, traduzindo uma repigmentação pelos melanócitos foliculares.

No entanto, o vitiligo é também um problema psicossocial. A evolução é imprevisível, não existindo critério clínico ou laboratorial que oriente a prognose. A expectativa de vida não é alterada, segundo os autores LERNER, (1959) e NAIR, (1978).

HISTÓRICO

O vitiligo é uma doença muito antiga e o estigma associado a ela remonta à Antigüidade, quando era confundida com a contagiosa e desfigurante hanseníase. A sua primeira citação está no papiro de *Erbers*, que tentou separar as desordens pigmentares em dois tipos: um deles tinha tumores e mutações e nada poderia ser feito sobre isso, o outro tipo apresentava apenas mudanças de cor. O primeiro provavelmente referia-se à moléstia de Hansen, enquanto o segundo referia-se ao vitiligo, que, de acordo com *Erbers*, era tratável. No livro indiano sagrado *Atharva Veda* (1400 a.C.), há referência ao vitiligo (WHITNEY, 1905); na literatura grega, Heródoto (484 - 425 a.C.) escreveu sobre este assunto em **Clio* (1:138), em 449 a.C. Referências bíblicas para leucodermias datam de 250 a.C. (Levítico, XIII : 3,4,6). Tal confusão entre vitiligo e hanseníase foi uma importante causa para o estigma social que acomete as manchas brancas da pele (BIBLICAL TIMES, 1966).

* *Clio*, apud BIBLICAL TIMES (Special article) – Arch Dermatol 93:744-53, 1966.

O termo 'vitiligo' foi usado pela primeira vez no século II d.C. por Celsus (Roma), que observou que a aparência das manchas do vitiligo lembrava as manchas brancas de bezerros, derivando a palavra do latim *vitellus*. No entanto, *Block sugere que vitiligo deriva de *vitium* (defeito ou mancha), acrescida do sufixo *igo* (condição ou doença) sendo o *L* introduzido pela eufonia.

ETIOPATOGENESE

A sua patogênese não foi ainda completamente esclarecida. Mecanismos imunológicos, neurais, citotóxicos, químicos, bioquímicos, psíquicos e genéticos têm sido propostos, enquanto algumas pesquisas sugerem que o vitiligo seja uma doença heterogênea com múltiplas causas (KORANE *et al.*, 1988; NORRIS *et al.*, 1988; MAJUMDER, DAS, LI, 1988; MAJUNDER, NORDLUNG, NATH, 1993; HANN, CHUNG, DARK, 1997; KOVACS, 1998).

Foram sugeridas algumas teorias para explicar sua etiopatogênese tais como as seguintes:

Teoria genética – Não existe marcador genético específico para o vitiligo porém, o HLA-B12 tem sido correlacionado com a doença. A alta incidência de história familiar reforça esta teoria. Acredita-se ser uma desordem transmitida por um gene autossômico dominante de penetrância variável.

Hipótese auto-imune – Esta teoria sugere que o vitiligo seja uma doença sistêmica e não exclusivamente cutânea. A incidência do vitiligo nos pacientes com doenças auto-imunes é de 10,15%, comparada com 1% na população geral. Em apoio a esta teoria encontra-se associação do vitiligo com várias doenças auto-imunes, como: tireoidite de Hashimoto, anemia perniciosa, doença de Addison, diabetes mellitus insulina dependente, miastenia grave, alopecia areata, pênfigo vulgar, lupus eritematoso sistêmico, nevo halo, esclerodermia localizada.

* Block, *apud* FITZ PATRICK, T. B. – Hypomelanosis. **South Med J** 57: 995-1.005, 1996.

Hipótese neurogênica – A hipótese proposta por LERNER, (1959) decorre de uma disfunção autonômica nas manchas vitiligóides com vasoconstrição e aumento da sudorese, significando maior atividade adrenérgica na terminação nervosa das lesões, e a liberação de substâncias que são capazes de retardar a melanogênese; além disso, aventa-se que a acromia do vitiligo seja secundária à liberação de um neurotransmissor suscetível de interferir com a atividade normal do melanócito, inibindo a melanogênese. Um ponto contrário a esta teoria é que a simpatectomia não interfere no curso da doença. Os pontos que corroboram são demonstrações de casos de vitiligo segmentar e também observar-se lesões de vitiligo com a mesma distribuição dos dermatômos.

Hipótese da autodestruição dos melanócitos – Proposta também por LERNER (1959), admitindo haver um composto químico normal da melanogênese, tóxico para os melanócitos, e cuja atuação é normalmente impedida, ou seja, há eliminação deste precursor tóxico, mas, em determinadas situações, poderia estar suspenso este mecanismo de proteção. Como exemplo de substâncias tóxicas para os melanócitos existem: tirosina, dopa, dopacrome e derivados da hidroquinona. As estruturas de derivados da hidroquinona são similares às estruturas da dopaquinona ou de indóis formados durante a síntese de melanina. É possível que esses metabólicos intermediários possam destruir as células melanocíticas.

A despigmentação no vitiligo é mais comum nas áreas que são normalmente mais pigmentadas e apresentam sítio acelerado de melanogênese.

Evidências sugerem que as infecções virais como hepatite B, hepatite C, HIV e citomegalovírus, também possam contribuir para a patogênese do vitiligo (DUVIC *et al.*, 1987; GRIMES, SEVALL, VOJDANI, 1996).

Constitui problema cosmético que, se não afeta a saúde geral do paciente, traz uma desfiguração física que freqüentemente o leva a constrangimentos sociais.

EPIDEMIOLOGIA

Incidência

A incidência do vitiligo varia de 0,14% (Rússia) a 8,8% (Índia). Acredita-se que pelo menos 1,0% da população mundial seja afetada pelo vitiligo, e que todas as áreas geográficas do globo sejam igualmente afetadas. A alta prevalência na Índia ocorre provavelmente por que lá a pele dos indivíduos é mais pigmentada e o vitiligo sobressai e porque o estigma social é muito forte, fazendo com que os doentes procurem mais freqüentemente assistência médica (KORANE *et al.*, 1988).

Raça

O vitiligo afeta todas as raças, apesar de ser mais reportada em caucasianos e orientais. Um estudo estatístico com 3.860 negros revelou uma incidência de 1,6%, nada diferindo dos 0,7% a 1,6% reportada nos orientais (FITZPATRICK, 1964).

Tipo de pele

As lesões de vitiligo são mais freqüentes nos indivíduos com pele tipo III segundo a classificação de Fitzpatrick. A cor de cabelo castanho-escuro é mais comum nos pacientes com vitiligo, bem como a maioria dos pacientes apresenta olhos castanhos.

Idade de início

Apesar de o vitiligo poder surgir em qualquer idade, a maioria dos casos ocorre no período do crescimento. Aproximadamente 50% de todos os casos ocorrem antes dos 10 anos de idade e 70% a 80% antes dos 30 anos de idade; a idade mais precoce de início já reportada foi ao nascimento, enquanto a mais tardia foi aos 97 anos (ARNOLD, ODOM, JAMES, 1994).

Incidência em relação ao sexo

O vitiligo não mostra predileção por nenhum sexo. No entanto, algumas investigações revelam maior incidência no sexo feminino. Esta diferença, porém, é discutível, pois as mulheres são mais sensíveis à desfiguração cosmética provocada pela doença e, talvez por isso, procurem mais o tratamento.

História familiar

Em muitos casos o vitiligo ocorre como doença hereditária transmitida como característica autossômica dominante com expressividade variável. Aproximadamente 35% das pessoas com história familiar desenvolvem o distúrbio. Em outras cidades do mundo, no entanto, uma incidência mais alta já foi reportada de 78,27%, contudo o tamanho amostral era pequeno (46 pacientes), o que diminui a representatividade desta observação (GRIMES, 1996).

A prevalência está provavelmente entre 38% a 40%.

Fatores precipitantes

Alguns fatores são tidos como precipitantes de vitiligo em indivíduos predispostos e incluem: estresse emocional, queimadura solar, doenças graves, procedimentos cirúrgicos, gravidez, parto e traumas físicos.

As áreas atingidas são hiper-sensíveis à luz ultravioleta e se queimam rapidamente quando expostas ao sol. Não é incomum observar o início do vitiligo depois de uma queimadura solar grave. As lesões tendem também a se desenvolver em áreas com tendências a traumatismos. Pode ocorrer fenômeno de Köebner ou seja aparecimento de lesão no local do trauma (PAPADAVID *et al.*, 1996; NJOO *et al.*, 1999).

Formas clínicas

As lesões foram classificadas de acordo com seu padrão de distribuição. Assim, tem-se: vitiligo areata, zosteriforme, mucoso, acrofacial, vulgar, universal.

O sítio inicial de acometimento é geralmente ao redor de orifícios naturais, proeminências ósseas, áreas expostas, locais de traumas repetidos (fenômeno de Köebner), mucosas ou áreas muito pigmentadas. Cabelo branco é freqüentemente observado sobre áreas de vitiligo (leucotríquia).

O vitiligo na mucosa e acrofacial tem pior prognóstico, assim como a presença de leucotríquia e início tardio.

Tratamento

Desconhecendo-se a causa do vitiligo não é possível orientar um tratamento etiológico.

A repigmentação espontânea ocorre não mais que em 15% a 25% dos casos. Relatou-se que a repigmentação pelo tratamento com PUVA (Psoralênico + ultravioleta A) ocorre em 50% a 70%, requerendo um compromisso a longo prazo com o tratamento (SAMPAIO & RIVITTI, 1998).

Todavia, tem-se obtido alguns resultados com a administração de psoralênicos. Também indica-se a aplicação tópica de corticóide. Em crianças o tratamento precoce é habitualmente benéfico. O índice de cura é inversamente proporcional à duração da doença.

Outras opções de tratamento já citadas na literatura são: dermabrasão, enxertos de pele autóloga, cultura de melanócitos, propionato de clobetasol a 0,05%, 5-fluouracil tópico depois de dermabrasão, fenilalanina 50mg/kg/dia mais UVA, injeções intradérmicas de acetônida de triancinolona e cosméticos que propiciam camuflagem (JIMBOW, 1988; HAMSON & NIGRO, 1998).

Está sendo investigada uma furanocromona como agente fotossensibilizador, em combinação com a luz ultravioleta; sua principal vantagem é não produzir eritema fototóxico.

Histopatologia

É inespecífica. Nota-se ausência ou diminuição do pigmento melânico na pele acrômica com dopa reação negativa na camada basal da epiderme. Outras áreas apresentam ausência de melanócitos na área de vitiligo. As células de Langerhans podem estar aumentadas em número ou não. Há quem acredite que estas células são células indeterminadas ou seja, melanócitos inativos.

Motivo da investigação

O pensamento cartesiano concebeu o ser humano como um corpo mecânico, o que originou uma medicina maquinal, portanto desumanizada, na qual o indivíduo torna-se uma doença ou um diagnóstico ou até mesmo um número de leito. Ao médico, que se tornou um técnico, não interessam fatos ‘impalpáveis’ e ‘invisíveis’, ainda que façam parte do quadro clínico, ou que sejam sua provável ou evidente origem. O papel do médico ficou limitado a diagnóstico e tratamento do físico, e era para isso que as escolas médicas o preparavam. Uma atuação mais profunda, envolvida na problemática de vida do paciente, decorreria de um pendor individual, não aprendido no curso médico.

Novos conhecimentos científicos, porém, estão delineando o enfoque integrativo, mudando este quadro. A Dermatologia Integrativa focaliza os outros níveis do indivíduo, além do físico, levando em consideração todo o quadro de vida da pessoa, seus hábitos, pensamentos, emoções, sentimentos.

Portadores de doenças dermatológicas inestéticas como vitiligo experimentam sentimentos de vergonha e culpa pelo aspecto de sua pele. Sentem-se estigmatizados na escola, no trabalho, no ambiente de recreação (NEDONSSKY & HANDLER, 1981; KOBLENZER, 1983).

Acrescenta-se a isso o fato de que tais patologias são por vezes confundidas com moléstias contagiosas, o que contribui para segregação dos pacientes nos ambientes sociais que freqüentam (GINSBURG & LISIK, 1989).

Alguns estudos sobre os mecanismos psiconeuroimunológicos relacionam estresse emocional como parte fundamental de sua etiologia, seja como fator desencadeante ou exacerbante (FABER, GLEM, LANIGAN, 1991; HAUTMANN & PANCONESI, 1997). Os aspectos psicossociais do vitiligo afetam muito a auto-estima dos pacientes, passando a funcionar como fatores de “feed back” na evolução e agravamento da doença (GINSBURG & LINK, 1993).

O relevante papel deste fator nas doenças psicocutâneas estimulou o uso de técnicas redutoras do estresse como “biofeedback” (HUGUES, ENGLAND, GOLDSMITH, 1981), hipnose (FRANKEL & MISCH, 1973; SHENEFELT, 2000) e terapia de grupo (BREMER *et al.*, 1985; HOGAN, 1988).

A auto-estima diminuída faz com que tais pacientes tenham dificuldade em lidar com problemas relacionados com a doença, levando-os a constantes retornos à consulta, sobretudo porque ostensivamente relatam que não seguiram o tratamento prescrito (JOWETT & RYAN, 1985; GINSBURG & LINK, 1993).

Este quadro que contribui para a cronicidade do vitiligo pode ser agravado por outros fatores, tais como tempo insuficiente da consulta dermatológica para abordagem psicossocial e para esclarecimentos sobre a doença, bem como a falta de oportunidade para os pacientes discutirem seus sentimentos e compartilharem suas experiências com outros 'sofredores' (KENT, 2000).

Baseado na literatura, e em concordância com a observação clínica, este trabalho foi desenvolvido na Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em parceria com o setor de Saúde Mental Infantil do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, visando refletir sobre uma experiência institucional, associando técnica de psicoterapia de grupo (PORTER, *et al*, 1986; MACKENZIE, 1992; HAUTMANN & PANCONESI, 1997; KENT, 2000) ao tratamento medicamentoso convencional (*Brosimum gaudichaudii*).

Nos anos de 1997 e 1998 foram atendidas no Ambulatório de Dermatologia da Unicamp 48 crianças com vitiligo, entre 8 e 12 anos.

Este estudo abrangeu 18 crianças (36% dos pacientes ambulatoriais), e 9 crianças realizaram psicoterapia de grupo por 1 ano e 6 meses.



OBJETIVOS

A) Conhecer os aspectos clínicos e emocionais apresentados pelo grupo de crianças com vitiligo;

B) Comparar o tratamento do vitiligo em dois grupos de crianças:

Grupo I – Tratamento medicamentoso e psicoterapia de grupo;

Grupo II – Tratamento medicamentoso.



CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram realizadas avaliações dermatológicas e aplicado questionário (Anexo 1), padronizado em 36 crianças, com idade entre 8 e 12 anos, agrupadas em pares, de acordo com o sexo, cor e idade. Destas 36 crianças, 18 apresentavam vitiligo e 18 eram sadias, pertencendo ao grupo - controle. Entre as 18 crianças com vitiligo, selecionadas pela idade no Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Ciências da Unicamp, apenas 9 (com seus respectivos pais ou responsáveis) participaram da terapia de grupo por um ano e meio (de março de 1998 a agosto de 1999), num total de 30 sessões, por acreditar-se que o tratamento incluindo a família das crianças seria mais completo. O estudo avaliou crianças com idades que variavam de 8 a 12 anos (mediana de 11-12 anos) com o intuito de padronizar uma idade em que pudessem compreender as atividades lúdicas, manifestar seus sentimentos e conclusões.

Foi elaborado um questionário com 45 perguntas a serem respondidas pelas crianças e pais ou responsáveis na primeira consulta. (SALZER & SCHALBEUTER, 1985; JAISANKA, BARUAH, GORG, 1992; ARNOLD *et al*, 1994; MOREIRA, 1996; HANN & LEE, 1996).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética Médica da FCM – Unicamp e um termo de consentimento pós-informado foi assinado por todos os pacientes e responsáveis.

Inicialmente cada paciente foi avaliado por meio do questionário, conforme os seguintes aspectos:

- características sócio culturais;
- situação familiar, desde a concepção;
- ocorrências familiares diversas;
- desenvolvimento neuropsicomotor;
- hábitos diversos;
- tratamentos a que foram submetidas anteriormente;

- correlação com outros achados clínicos da doença e influência genética;
- avaliação clínica;
- registro da evolução do tratamento por meio de fotografias;
- manifestação gráfica da criança por meio de desenhos.

Simultaneamente, foram realizados exames laboratoriais protocolados, para detectar eventual patologia de base associada ao vitiligo (JAISANKA *et al.*, 1992; HANN *et al.*, 1997), incluindo hemograma, glicemia de jejum, protoparasitológico, hormônios tireoidianos, urina I e enzimas hepáticas. Caso houvesse alterações nestes últimos, exames de sorologia para hepatites seriam também solicitados.

GRUPOS DE ESTUDO

Foram avaliados três grupos de crianças:

Grupo I: crianças com vitiligo, sob tratamento medicamentoso convencional, submetidas à psicoterapia de grupo numa periodicidade quinzenal.

Este grupo foi subdividido em duas partes: parte A (grupo de pais), e parte B (grupo de crianças). Os pais foram submetidos por uma hora à psicoterapia de grupo com a psicoterapeuta (psiquiatra); a autora deste trabalho documentou estas sessões, gravando-as e reportando-as, por escrito, literalmente.

As crianças (parte B) eram conduzidas para outra sala, onde também eram submetidas a sessões de psicoterapia de grupo e ludoterapia por uma hora (assistidas por uma psicóloga infantil). A psicóloga infantil também tomou notas das sessões de psicoterapia.

As crianças eram atendidas pela autora para documentação fotográfica e para ajustes da medicação trimestralmente.

Quinzenalmente, sem a presença dos pais e pacientes, foram realizadas reuniões com a psiquiatra, psicóloga e a autora do projeto para discussões das características psicodinâmicas, tanto do ponto de vista das crianças, como pelo ponto de vista dos pais.

O grupo I teve número restrito a dez integrantes devido a aspectos psicodinâmicos e também à falta de espaço físico e disponibilidade dos participantes; estes pacientes foram selecionados após aplicação do Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI), com o intuito de se detectar eventual transtorno mental, o que os excluía do grupo (COELHO, 1977).

O QPMI foi desenvolvido por Almeida Filho (1985), tendo sido testado quanto à validade e confiabilidade. O questionário consta de 35 itens que abordam cinco grupos sindrômicos definido conforme *Rutter *et al.*, (vide questionário no Anexo 2).

O grupo I iniciou com 10 pacientes; porém uma criança mudou-se de cidade, restando, pois, nove integrantes.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- pacientes de 8 a 12 anos, de ambos os sexos, com vitiligo;
- disponibilidade e interesse em participar da psicoterapia de grupo por parte da criança e dos pais ou responsáveis, quinzenalmente, durante um ano, no mínimo;
- residentes em Campinas ou região próxima de fácil acesso;
- assinatura de termo de compromisso e permitir que as sessões fossem gravadas e os pacientes fotografados.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- pacientes psicóticos, com retardo mental, distúrbios graves de conduta ou impossibilidade de locomoção;
- não aceitação de normas do grupo como pontualidade, assiduidade, inviolabilidade dos assuntos tratados;
- incompatibilidade com horário escolar;
- uso do grupo apenas como fonte de contato social extra-grupo;
- grave incompatibilidade com um ou mais elementos do grupo.

* Rutter *et al* *apud* ALMEIDA FILHO, N – **Epidemiologia das desordens mentais da infância no Brasil**. Salvador, Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1985.

O **Grupo II** foi composto por crianças com vitiligo sob tratamento medicamentoso convencional, com acompanhamento ambulatorial trimestral pela autora.

O **Grupo III** é o grupo - controle, formado por crianças sadias (não comprometidas por doenças) de número múltiplo de 2 (n=18) pareadas, com as crianças dos grupos I e II quanto ao sexo, raça e idade.

Estas crianças foram selecionadas em duas escolas públicas: Escola Estadual de 1º e 2º grau Barão de Rezende, e Escola Estadual Físico Sérgio Porto, na proximidade do Hospital, com intuito de adequar as condições sócioeconômicas do grupo - controle com as do grupo de estudo.

O grupo - controle é importante para avaliar as diferenças em relação aos aspectos emocionais, comparando crianças com vitiligo e crianças sadias.

Desde que não apresentassem alterações laboratoriais que contra-indicassem (p.e. função hepática), os pacientes dos grupos I e II receberam: seiva concentrada de *Brosimum gaudichaudii* 400mg, cloridrato de tiamina (B1) 3mg, cloridrato de piridoxina (B6) 3mg, nicotinamida 20 mg, ou seja, Viticromin®, um comprimido ao dia, via oral, seguido, após duas horas, de exposição à radiação solar iniciando com 1 minuto e aumentando progressivamente até o eritema.

O *brosimum gaudichaudii* é popularmente conhecido como mamica cadela ou algodão do campo e é obtido da casca da planta contendo psoralênicos naturais.



RESULTADOS

Após uma avaliação estatística dos dados do questionário segundo CONOVER, W. J. (1971) e SIEGEL, S. (1975) realizado nos três grupos, os resultados foram subdivididos em três partes, segundo os objetivos:

A.1) Conhecer os aspectos clínicos do grupo de estudo

A.2) Conhecer os aspectos emocionais do grupo de estudo com relação a algumas características:

- ◆ Constituição familiar
- ◆ Concepção da criança
- ◆ Modelos de ambiente familiar
- ◆ Desenvolvimento infantil
- ◆ Aspectos psicológicos da criança diante da doença

B) Avaliar os resultados do tratamento.

A.1) ASPECTOS CLÍNICOS

Houve prevalência da doença no sexo feminino (77,8% contra 22,2%).

Tabela 1: Frequência da variável 'sexo', por grupo

Sexo	Grupo I + II		Grupo - Controle	
	F	M	F	M
Frequência	14	4	13	5
Porcentagem	77,8%	22,2%	72,2%	27,8%
Grupo I + II = crianças com vitiligo			Controle = crianças sadias	

No grupo estudado, o vitiligo se manifestou em 44,44% de pacientes brancos e em 55,56% de pacientes pardos. Nenhum caso da doença foi observado em indivíduo negro.

Com relação ao surgimento do vitiligo, houve certa prevalência para a face como o local de primeiro aparecimento destas lesões (38,9%). Na face, a região periocular foi a de maior prevalência (dos 7 pacientes, 4 apresentavam lesão periocular).

Tabela 2: Frequência da variável ‘local da primeira lesão’, nos grupos I e II

Local da 1ª lesão	Grupo I + II	
	Frequência	Porcentagem
Cervical	1	5,6%
Face	7	38,9%
Genital	3	16,7%
Mama	1	5,6%
Membro inferior	4	22,2%
Membro superior	2	11,1%

Grupo I + II = crianças com vitiligo

Com relação à idade de aparecimento da primeira lesão não houve dado relevante que sugerisse alguma fase da vida em que estas crianças fossem mais suscetíveis para o início da doença.

Tabela 3: Frequência da variável 'idade do aparecimento da primeira lesão', nos grupos I e II

GRUPO I + II		
Idade da 1ª lesão	Frequência	Porcentagem
2	3	16,7%
3	2	11,1%
4	2	11,1%
5	1	5,6%
6	2	11,1%
7	3	16,7%
9	2	11,1%
10	2	11,1%
11	1	5,6%

} 44,5%

Grupo I + II = crianças com vitiligo

O antecedente familiar de vitiligo foi presente em 66,7% nos pacientes doentes; apenas 33,3% das crianças negavam a presença de vitiligo na família. Já no grupo - controle, nenhum caso de antecedente foi relatado.

Com relação a doenças associadas, nas 18 crianças com vitiligo, foram observados casos de canície, poliose, nevo halo, queimadura, trauma mecânico e distúrbio de refração (não correlacionado com vitiligo).

Entre os familiares, o antecedente de cabelo grisalho antes dos 30 anos foi encontrado em 38,8% dos familiares.

Tabela 4: Doenças associadas ao vitiligo, nos grupos I e II

Grupo I + II		
	Frequência	Porcentagem
Canície	3	16,6%
Poliose	2	11,1%
Melanoma maligno	0	0,00
Nevo halo	1	5,5%
Queimadura solar	1	5,5%
Alteração visual	5	27,7%
Alteração auditiva	0	0,00
Trauma mecânico	3	16,6%

Grupo I + II = crianças com vitiligo

Com relação aos exames protocolados para investigar outras doenças que pudessem influenciar na progressão ou no desencadeamento do vitiligo, todos os exames já citados mostraram-se dentro do padrão da normalidade, apenas um paciente apresentou giardíase e duas apresentaram infecção urinária, todos tratados.

A apresentação clínica do vitiligo mais freqüente foi a forma generalizada, com 66,7% no grupo I e 77,8% no grupo II.

Tabela 5 - Frequência da variável ‘distribuição do vitiligo’, nos grupos I e II

Distribuição	Grupo I		Grupo II	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Generalizado	6	66,7%	7	77,8%
Localizado	1	11,1%	1	11,1%
Genital / segmentar	2	22,2%	1	11,1%

Grupo I = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo II = Tratamento medicamentoso

A.2) ASPECTO EMOCIONAL

♦ Constituição familiar

Em relação ao estado civil dos pais na época do nascimento dos filhos com vitiligo, 50% eram casados, 66,7% mantinham relacionamento estável (casado ou amasiado), e 33,3% mantinham vínculo instável na época do nascimento (solteiro ou namorado).

No grupo - controle, 88,9% eram casados e 94,5% mantinham relacionamento estável (casado ou amasiados). Encontraram-se 5,6% de casais com vínculo instável (solteiro).

Atualmente, o grupo dos pais das crianças com vitiligo que tinham relacionamento estável mantém-se unidos. Contudo, dentre os 33% que tinham um relacionamento instável, 27,8% separaram-se e 5,6% mantiveram-se solteiros.

Já no grupo - controle, dos 94,5% dos pacientes que tinham vínculo estável, 77,8% mantiveram-se unidos, 11,1% ficaram viúvos e 5,6% separaram-se. Além disso, 5,6% dos pais solteiros também se separaram.

Tabela 6: Frequência da variável 'estado civil dos pais, na época do nascimento e atualmente', por grupo

	Grupo I + II		Grupo - Controle	
	Época do nascimento	Atualmente	Época do nascimento	Atualmente
Amasiado	16,7%	16,7%	5,6%	5,6%
Casado	50%	50%	88,9%	72,2%
Separado		27,8%		11,1%
Solteiro	22,2%	5,6%	5,6%	
Namorado	11,1%			
Viúvo				11,1%

Grupo I + II = crianças com vitiligo

Grupo - Controle = Crianças sadias

♦ Concepção da criança

Com relação à variação de idade dos pais por ocasião do nascimento dos filhos, verifica-se que em 33,3% de mães das crianças com vitiligo tiveram seus filhos antes dos 19 anos de idade, o que contrasta com as mães do grupo - controle que tiveram seus filhos numa idade mais tardia. No grupo de crianças com vitiligo, seis mães tinham até 19 anos (15,17,18,19,19,19) e, no grupo - controle, todas tinham mais de 19 anos na época do nascimento dos filhos (Tab 27, Anexo 3).

Tanto no grupo - controle como no grupo de doentes 61,1% das mães tiveram os filhos na faixa entre 20-29 anos de idade.

A diferença entre as idades dos pais por ocasião do nascimento de seus filhos nos grupos I, II e controle foi significativa (Tab 28, Anexo 3).

Com relação a ser uma gravidez desejada, 50% dos grupos I e II referiram que foi indesejada, em contraste com apenas 16,7% do grupo - controle fazendo a mesma afirmativa (Tab 7). Esta diferença foi estatisticamente relevante como se pode observar na Tab 29, Anexo 3. A diferença também é significativa quando se cruza a gravidez desejada e estado civil dos pais na época do nascimento (Tab 30, Anexo 3).

Quanto ao planejamento da gravidez, o grupo de doentes relatou percentual de 22,2% de gravidez planejada, contrastando com 55,6% do grupo -controle (Tab 7). Esta diferença é levemente significativa (Tab 31, Anexo 3).

Com relação à aceitação da gravidez, tanto no grupo - controle (94,4%) como no de pais de filhos doentes (72,2%), predominou a aceitação da gravidez. Apenas 22,2% dos pais de pacientes com vitiligo rejeitaram a gravidez. O grupo - controle teve um índice de 5,56% de rejeição (Tab 7).

No grupo das crianças com vitiligo, 16,7% das mães assumem ter tentado aborto com remédios e 11,1% das mães desconhecem tal fato, mas suspeitam que tenha sido feito algo neste sentido, enquanto que 72,2% das mães dos pacientes com vitiligo negam tal intuito. No grupo - controle não há caso de tentativa de aborto, exceto um paciente adotado que desconhece sobre este assunto.

Tabela 7: Frequência das variáveis: ‘desejado’, ‘planejado’, ‘rejeitado’, ‘ignorado’, ‘idéia de aborto’, por grupo

	Grupo I + II			Grupo - Controle		
	S	N	NS	S	N	NS
Desejado	44,4%	50%	5,6%	83,3%	16,7%	
Planejado	22,2%	72,2%	5,6%	55,6%	44,4%	
Rejeitado	22,2%	72,2%	5,6%	5,6%	94,4%	
Ignorado	11,1%	83,3%	5,6%		94,4%	5,6%
Idéia de Aborto	16,7%	72,2%	11,1%		94,4%	5,6%

Grupo I + II = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo - Controle = Tratamento medicamentoso

No puerpério não foi relatada qualquer queixa emocional no grupo - controle em contraste com 38,9% no grupo das crianças com vitiligo, no qual as mães queixavam-se de tristeza, medo de amamentar, ter que voltar para o hospital, cólicas, dores e depressão de uma maneira geral. Nos grupos I + II, apenas 27,8% das mães referiram terem estado bem ou contente com o nascimento da criança, enquanto que no controle esta taxa foi 61,1% (Tab 8).

A diferença entre os dois grupos em relação às sensações maternas do puerpério e o desejo da gravidez foi significativo (Tab 32, Anexo 3).

Tabela 8: Frequência da variável ‘estado emocional no puerpério’, por grupo

Puerpério	Grupo I + II	Grupo - Controle
Bem	27,8%	61,1%
Normal	22,2%	27,8%
Triste	38,9%	
Não sabe	11,1%	11,1%

Grupo I + II = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo - Controle = Tratamento medicamentoso

◆ Modelos de ambiente familiar

Quanto aos modelos de ambiente familiar em que os pacientes se desenvolveram, no grupo de crianças com vitiligo elas estão mais expostas e convivem mais com problemas de alcoolismo, drogas, alterações psiquiátricas, tentativas de suicídio e até suicídio, fumo, infidelidade e problemas com jogos de azar e com a polícia na família, quando comparado com o grupo - controle que apresentou um número muito menor desta complicação.

Tabela 9: Frequência das variáveis 'modelos de ambiente em que os entrevistados se desenvolveram', por grupo

Modelos	Grupo I + II		Controle	
	S	N	S	N
Álcool	77,8%	22,2%	38,9%	61,1%
Droga	27,8%	72,2%		100%
Interação psiq/	55,6%	44,4%	5,6%	94,4%
Polícia	16,7%	83,3%		100%
Tentativa de suic/	27,8%	72,2%	5,6%	94,4%
Suicídio	5,6%	94,4%	5,6%	94,4%
Fumo	66,7%	33,3%	27,8%	72,2%
Infidelidade	44,4%	55,6%	5,6%	94,4%
Jogos	16,7%	83,3%	5,6%	94,4%

Grupo I + II = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo - Controle = Tratamento medicamentoso

50% dos pacientes com vitiligo apresentam pai alcoólatra e no grupo - controle a incidência é 22,2%. Apesar dessa diferença não ser significativa, nota-se uma leve tendência do alcoolismo paterno estar mais presente nos grupos I e II (Tab 33, Anexo 3).

Tabela 10: Frequência da variável ‘alcoolismo paterno’, por grupo

Alcoolismo paterno	Grupo I + II		Grupo - Controle	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
N	8	44,4%	14	77,8%
NS	1	5,6%		
S	9	50,0%	4	22,2%

Grupo I + II = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo - Controle = Tratamento medicamentoso

Com relação à variável ‘por quem as crianças foram criadas’, não houve nenhuma diferença relevante entre os dois grupos:

Tabela 11: Frequência da variável ‘por quem foi criado’, por grupo

Criou	Grupo I + II		Grupo - Controle	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Mãe	9	50,0%	7	38,9%
Mãe + babá			1	5,6%
Mãe + instituição	3	16,7%	5	27,8%
Mãe + parente	6	33,3%	5	27,8%

Grupo I + II = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo - Controle = Tratamento medicamentoso

Vale ressaltar que as crianças adotadas foram incluídas como se a família adotiva fossem pais e mães verdadeiros.

◆ Desenvolvimento infantil

Foi encontrado que 22,2% dos pacientes com vitiligo eram filhos únicos (controle=16,7%), 27,8% eram filhos primogênitos (controle 22,2%) e 27,8% eram caçulas (controle =38,9%).

Esses dados não foram estatisticamente significantes, portanto, a posição na irmandade não parece representar um fator relevante ou predisponente para a doença.

O número de filhos tanto no grupo de doentes como no controle foi semelhante (a maioria tinha até quatro filhos) e o lugar da filiação não foi um item significativo para ser avaliado isoladamente, sendo apenas um dado relevante em casos específicos, tendo em vista que duas das crianças correlacionaram o aparecimento da doença com o nascimento de irmãos.

Tabela 12: Frequência da variável ‘posição na irmandade’, por grupo

Irmandade	Grupo I + II		Grupo - Controle	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Caçula	5	27,8%	7	38,9%
Meio	4	22,2%	4	22,2%
Primogênito	5	27,8%	4	22,2%
Único	4	22,2%	3	16,7%

Grupo I + II = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo - controle = Tratamento medicamentoso

Foi verificado se os pacientes com vitiligo haviam sofrido o trauma de perder seus pais precocemente, contudo, nenhum era órfão. Já no grupo - controle, dois pacientes eram órfãos de pai.

Nos grupos I e II duas crianças eram adotivas e no grupo - controle uma criança era adotiva. Assim, esses dados foram semelhantes entre os dois grupos avaliados.

Vale ressaltar que no grupo das crianças com vitiligo, as duas crianças adotadas foram doadas pela mãe (uma foi doada para a tia e a outra para a avó) e as mães têm outros filhos em outro estado e vêem a criança raramente, porém, não mantêm relacionamento com as filhas. Em um caso a mãe da criança, por problemas de internações psiquiátricas frequentes, deixou a filha aos cuidados da avó materna dos 6 meses aos 7 anos, quando a avó por se sentir sobrecarregada, doou a criança para a tia materna, com quem vive até hoje. Desta forma, esta criança não foi incluída como adotiva.

No grupo - controle a criança adotiva veio de um hospital com dois dias de vida, sem relacionamento algum com seus pais.

Tabela 13: Frequência das variáveis 'pais vivos e mortos', por grupo

Grupo	Pais	Vivo (s)	Falecido (s)
Controle	Pai	16	2
	Mãe	18	0
I + II	Pai	18	0
	Mãe	18	0

Grupo I + II = Crianças com vitiligo

Grupo - Controle = Crianças sadias

Tabela 14: Frequência da variável 'adotivo', por grupo

Grupo	Adotivo
Controle	1
I + II	2

Grupo I + II = Crianças com vitiligo

Grupo - Controle = Crianças sadias

Com relação ao aleitamento materno, os dois grupos de crianças (grupo I + II e controle) foram amamentados de maneira semelhante, contudo, o tempo de aleitamento foi maior no grupo - controle (Tabs 34 e 35, Anexo 3).

Com relação aos hábitos infantis, as crianças com vitiligo apresentam mais apegos ou hábitos, quando comparados com o grupo - controle.

No questionário de morbidade psiquiátrica infantil (Anexo 2), os itens roer unhas, chupar dedos e dificuldades para dormir são importantes para avaliar integridade psiquiátrica da criança.

Tabela 15: Frequência da variável ‘hábitos’, por grupo

Hábitos	Grupo I + II	Controle
Bruxismo	5,6%	
Chupa dedo	5,6%	11,1%
Fraldinha	55,6%	16,7%
Rói unha	16,7%	
Nenhum	16,7%	72,2%

Grupo I + II = Crianças com vitiligo

Grupo - Controle = Crianças sadias

Com relação à variável do tempo que as crianças levaram para conseguir controlar o esfíncter (anal/vesical), nenhuma diferença foi encontrada nos dois grupos. Um caso de criança com vitiligo perianal após controle tardio da encoprese, curou-se do vitiligo.

♦ Aspectos psicológicos da criança perante a doença

Alguns fatores podem precipitar o vitiligo em indivíduos predispostos.

Com relação à variável de fator emocional correlacionado com o aparecimento da lesão, apenas dois pacientes não conseguiram fazer esta correlação e foram os que iniciaram com lesão genital.

Esta correlação, no decorrer do tratamento, foi aumentando e, no final da trigésima sessão, todos os integrantes faziam correlações mais diretas entre as alterações emocionais e o surgimento ou agravamento do quadro.

Tabela 16: Frequência da variável ‘fator emocional correlacionado com a lesão’, nos grupos I e II

Grupo I + II		
Fator emocional correlacionado	Frequência	Porcentagem
Abandono (pai/mãe)	2	11,1%
Brigas dos pais	2	11,1%
Internação psiquiátrica da mãe	1	5,6%
Morte parente próximo	1	5,6%
Mudança de estado	2	11,1%
Problemas com irmãos	6	33,3%
Queimadura	2	11,1%
Não sabe	2	11,1%

Grupo I + II = Crianças com vitiligo

Com relação aos traumas vivenciados durante a infância, todas as crianças que apresentavam vitiligo relataram de um a três itens que ficaram registrados em suas mentes como situação traumática.

Já no grupo - controle, sete crianças não se recordavam de situações traumáticas e, comparativamente, as queixas eram menos sofridas e menos violentas.

Tabela 17 - Relação da variável ‘trauma de infância’, por grupo

Grupo I + II	Grupo - Controle
Trauma infância	Trauma infância
Quebrou dente, mudança da melhor amiga, brigas escolares	Amiga com câncer
Abandono materno	Alcoolismo paterno
Avó agressiva	Morte do cachorro
Briga da mãe com madrasta	Morte da avó
Empregada foi embora	Morte do pai
Infidelidade paterna	Mudança da avó
Morte dos avós	Abandono paterno
Morte da amiga	Quebrou o braço
Morte de parente	Separação dos pais
Morte do irmão	
Morte do tio	
Mudança de estado	
Nascimento prima	
Pai bebia, ele dormia com uma arma embaixo do travesseiro p/ matar o pai, fugiu de casa p/ não apanhar	
Pai violento	
Quebrou dente, infidelidade paterna	
Queimadura	
Separação dos pais, alcoolismo paterno, morte da avó	
Grupo I + II = Crianças com vitiligo	
Grupo - Controle = Crianças saudáveis	

Com relação aos sentimentos despertados na criança quando percebeu o aparecimento da lesão, foram referidos apenas sentimentos negativos, já que a desfiguração cosmética da doença impressiona e desagrada a todos os pacientes.

Tabela 18: Frequência da variável ‘sentimentos despertados com o aparecimento da lesão’, nos grupos I e II

Sentimentos despertados	Grupo I + II	
	Frequência	Porcentagem
Ansiedade	1	5,6%
Autoflagelamento	1	5,6%
Desespero, revolta	1	5,6%
Medo	1	5,6%
Medo de espalhar	1	5,6%
Nada	4	22,2%
Preocupação	6	33,3%
Tristeza	3	16,7%

Grupo I + II = Crianças com vitiligo

Foi perguntado às crianças qual a cor que desejariam ter, que cor imaginavam possuir e, a seguir, análise da cor real, segundo critério dermatológico.

No grupo com vitiligo 38,89% das crianças desejariam ser de outra cor, contrastando com 16,67% das crianças do grupo - controle que também desejariam ter outra cor de pele.

Tabela 19: Relação da variável ‘o que pensa a respeito da sua cor’, por grupo

Pensa da sua cor	Grupo I + II	Grupo - Controle
Insatisfeita	38,89%	16,67%
Noção alterada da cor da pele	11,11%	11,11%
Satisfeita	50,00%	72,22%
Grupo I + II = Crianças com vitiligo		
Grupo - Controle = Crianças sadias		

Investigando a idade com que as crianças começam a se preocupar com a doença e encará-la como um problema, todas referiam ter sido após os 6 anos; um paciente foi mais explícito e não referiu a idade e sim a ida para a escola que se tornou um problema, duas crianças referiram não se importar com as manchas (lesão em área coberta).

Apesar de 44,5% dos pacientes iniciarem com lesões vitiligóides antes dos 6 anos (Tab 3), apenas por volta dos 6-8 anos este fato foi se constituir um problema real para a criança, quando 66,7% delas já se incomodam com a doença.

Tabela 20: Frequência da variável, ‘idade em que o vitiligo constitui-se num problema’, nos grupos I e II

Grupo I + II		
Idade vitiligo constitui-se num problema	Frequência	Porcentagem
6	3	16,7%
7	4	22,2%
8	5	27,8%
9	2	11,1%
13	1	5,6%
Qdo. Fui p/ escola	1	5,6%
Eu não ligo	2	11,1%
Grupo I + II = Crianças com vitiligo		

66,7%

As reações apresentadas pelas crianças ao considerarem o vitiligo como doença estão transcritas na tab 21.

Tabela 21: Freqüência da variável 'o que aconteceu quando passou a encarar o vitiligo como um problema', nos grupos I e II

Vitiligo como problema	Grupo I + II	
	Freqüência	Porcentagem
Achava feio	2	11,1%
Achava que era doença	1	5,6%
Apelidos	4	22,2%
Encoprese	1	5,6%
Inchou e ficou vermelha	1	5,6%
Medo de progressão	2	11,1%
Médico disse que não tem cura	1	5,6%
Perguntas de colegas	2	11,1%
Queria sarar	3	16,7%
Queria sumir	1	5,6%
Grupo I + II = Crianças com vitiligo		

As crianças estão exercendo suas atividades escolares, porém sete crianças com vitiligo já repetiram de ano no passado, enquanto no grupo - controle, isso ocorreu com três crianças.

Todas as crianças estavam estudando durante o período de tratamento com a psicoterapia de grupo e nenhuma das crianças do grupo I repetiu durante o tratamento.

Já no grupo II, durante o tratamento medicamentoso, duas crianças repetiram de ano.

Tabela 22: Frequência das variáveis ‘estuda’, ‘estudou’ e ‘repetiu’, por grupo

GRUPOS		ESTUDA	ESTUDOU	REPETIU
GI	S	9	9	3
	N	0	0	6
GII	S	9	9	4
	N	0	0	5
Controle	S	18	18	3
	N	0	0	15

Grupo I = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo II = Tratamento medicamentoso

Grupo - Controle = Crianças sadias

Com relação ao incômodo de terceiros por causa da doença, observou-se ser uma doença que aflige também o observador, despertando a curiosidade alheia. Sobre a reação à indagação as crianças relataram ter chorado, ou achado ruim; definitivamente não gostam que perguntem. Os três que disseram que as pessoas não perguntam é porque não apresentavam lesões visíveis.

Tabela 23: Frequência das variáveis ‘se as crianças se incomodam com as perguntas de estranhos’, nos grupos I e II

Grupo I + II	Sim	Não
As pessoas perguntam	15 (83.3 %)	3 (16.7 %)
Você se incomoda	12 (66.7 %)	6 (33.3 %)

Grupo I + II = Crianças com vitiligo

B) Avaliação do tratamento

Nos grupos dos pacientes com vitiligo a duração mediana das consultas foi de 60 minutos e no grupo - controle (crianças saudáveis) foi de 15 minutos.

Tabela 24: Estatísticas descritivas da variável 'tempo de duração da entrevista', por grupo

Grupos	n.º doenças	Duração		
		Mínimo	Mediana	Máximo
I e II	18	36	60	100
Controle	18	8	15	30

Grupo I + II = Crianças com vitiligo

Grupo - Controle = Crianças sadias

A assiduidade dos pacientes do grupo I pela psicoterapia foi bem mais significativa do que a dos pacientes em tratamento padronizado de vitiligo no ambulatório de dermatologia.

Com relação às tentativas de tratamentos realizados anteriormente, nota-se que o tratamento mais procurado pelos pacientes com vitiligo foi o alopático (55,6%), seguido pela psicoterapia (22,2%) e benzedura (22,2%).

Tabela 25: Frequência das variáveis 'tratamentos alternativos', nos grupos I e II

Grupo I + II	Sim	Não
Alopático	55.6 %	44.4 %
Psicoterápico	22.2 %	77.8 %
Umbanda	11.1 %	88.9 %
Homeopatia	16.7 %	83.3 %
Benzedura	22.2 %	77.8 %
Simpatias	11.1 %	88.9 %

Grupo I + II = Crianças com vitiligo

As crianças referiam que quem mais queria o tratamento eram as mães, depois um misto entre elas mesmas e parentes.

Na avaliação quanto ao curso natural da doença, no grupo I no qual havia seis pacientes com acometimento generalizado, todos melhoraram; um paciente com lesão localizada manteve seu quadro clínico inalterado e dois pacientes com lesões genitais apresentaram repigmentação completa da lesão (um deles após 9 meses e o outro após 18 meses de psicoterapia de grupo (Tab 36). Vide foto na página seguinte.

No grupo II, um paciente apresentava vitiligo segmentar, que se manteve inalterado, um paciente apresentava lesão localizada com piora e, dentre os sete pacientes restantes com lesões generalizadas, três apresentaram melhora, um piora e três mantiveram o quadro cutâneo inalterado.

Esta diferença é significativa quando se compara os grupos I e II em relação à aspectos positivos (cura e melhora) e negativos (pioras ou estacionado).

No grupo I, a melhora clínica começou a ocorrer após 6 meses de psicoterapia e progrediu. Os casos de repigmentação completa não recidivaram após 2 anos de controle.

Houve correlação entre a melhora da socialização da criança e a melhora do vitiligo.

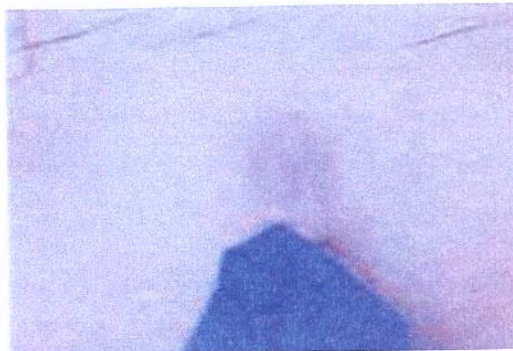
Tabela 26: Frequência da evolução das lesões ao tratamento, nos grupos I e II.

Grupos	Repigmentação	Melhora	Piora	Estacionário
I	22,2%	66,7%		11,1%
II		33,3%	22,2%	44,4%

Grupo I = Tratamento medicamentoso + psicoterapia de grupo

Grupo II = Tratamento medicamentoso

1



**G I
CURA**

2



**G I
CURA**

3



**G I
EST**

4



**G I
MELH**

5



**G I
MELH**

6



**G I
MELH**

7



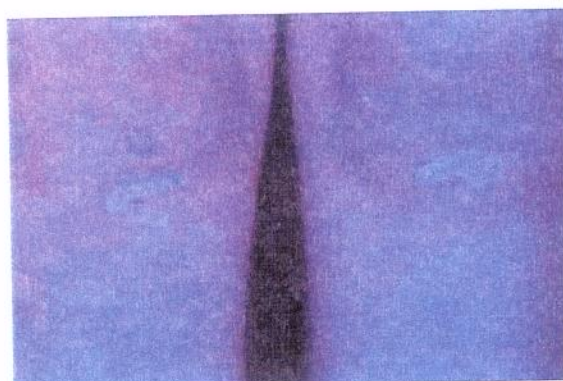
**G I
MELH**

8



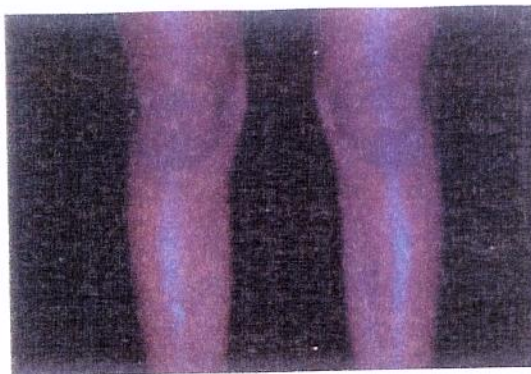
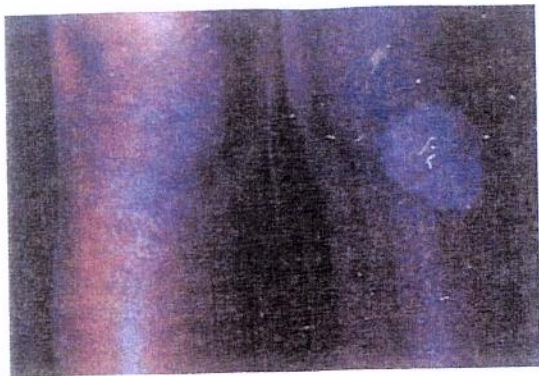
**G I
MELH**

9



**G I
MELH**

1



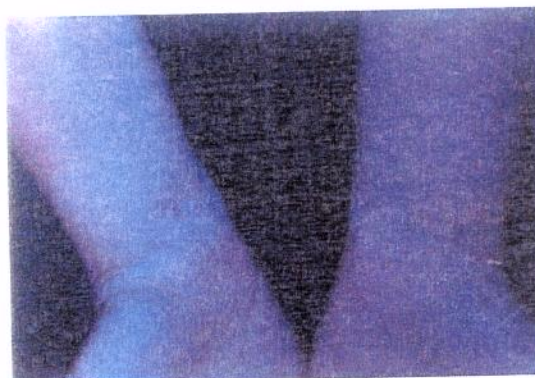
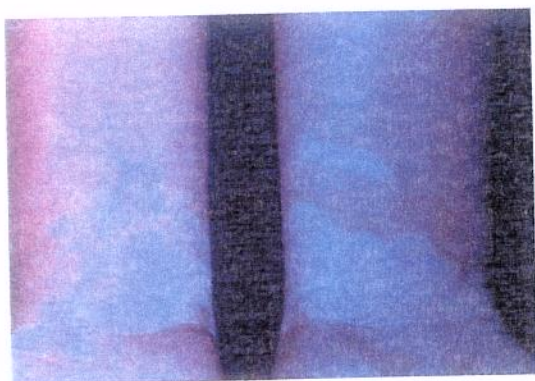
G II
MELH

2



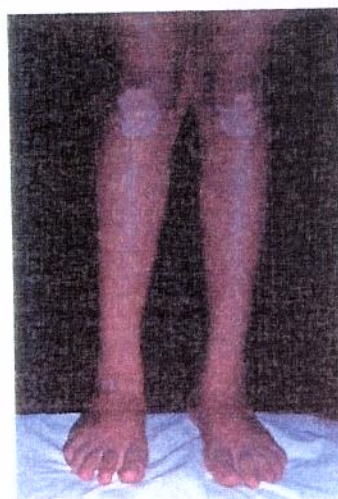
G II
MELH

3



G II
MELH

4



G II
PIORA

5



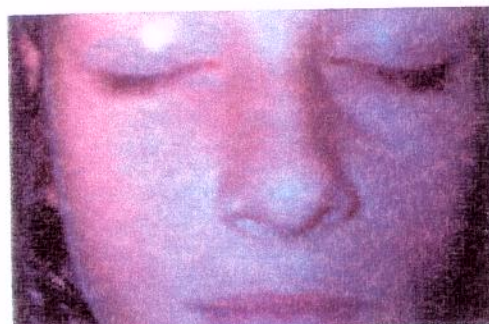
**G II
EST**



6



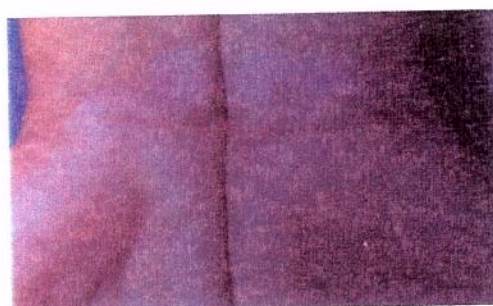
**G II
PIORA**



7



**G II
EST**



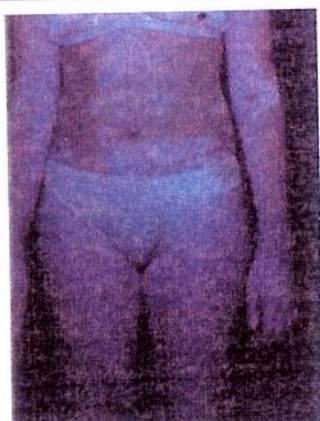
8



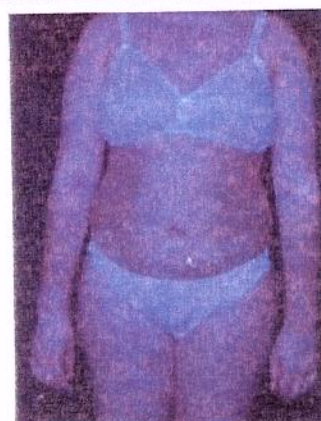
**G II
EST**



9



**G II
EST**





DISCUSSÃO

ASPECTOS CLÍNICOS

A prevalência no sexo feminino é discutível, não sendo realmente representativas as eventuais diferenças apontadas, uma vez que as mulheres são geralmente mais sensíveis à desfiguração cosmética provocada pela doença, e talvez por isso procurem mais freqüentemente o tratamento médico. Provavelmente nenhum sexo possui real predisposição ao vitiligo.

Conforme relata Fitzpatrick, todas as raças podem ser afetadas; embora os relatos mais freqüentes refiram-se a caucasianos e orientais, numa amostra de 3.860 pacientes negros examinados, a incidência de vitiligo não diferiu da incidência reportada nos demais grupos (FITZPATRICK, 1964).

No mesmo sentido, observa-se que, aparentemente, as populações que habitam as regiões tropicais e/ou as pessoas de pele escura sofrem mais a incidência da doença. No entanto, tal fato provavelmente deve-se ao mais nítido contraste que a lesão discrômica apresenta na pele bronzada pelo sol ou pela pele naturalmente escura.

Talvez o local de aparecimento da primeira lesão, em alguns casos, identifique, na pele, o eventual órgão de choque, expressando assim o doente seu sofrimento por meio da lesão vitiligóide.

Por outro lado, existe a possibilidade de existência de correlação entre lesões que ocorrem na face (mais especificamente na região periorbitária) e cenas chocantes (de violência ou agressão doméstica) presenciadas na primeira infância.

Na literatura, os sítios primários de aparecimento são geralmente ao redor de orifícios corporais, dobras ou proeminências ósseas, áreas expostas, locais de traumas repetidos, mucosas e áreas pigmentadas

Dos 2 aos 12 anos de idade, o aparecimento das lesões vai ocorrendo aleatoriamente, dependendo muito mais das histórias de vida específica de cada paciente do que uma idade média padronizada para o seu surgimento. O vitiligo pode se iniciar desde o nascimento até a terceira idade, embora a idade mais comum de aparecimento seja dos 10 aos 30 anos. Foram descritos vários casos de vitiligo congênito, apesar de ser considerada uma doença adquirida, e um caso de aparecimento de lesão aos 97 anos.

Alguns estudos sugerem que a idade de início é mais precoce em mulheres do que em homens. Porém outros estudos foram divergentes, o que faz pensar que a idade de início da doença não deve variar conforme o sexo. O fato de as mulheres se preocuparem mais com a aparência pode contribuir para que precocemente haja o reconhecimento de lesões vitiligóides. Outros estudos referem que 50% dos casos de vitiligo ocorrem em menores de 10 anos de idade, com início em qualquer época da infância (ARNOLD *et al.*, 1994).

É sabido que há ocorrência familiar entre 30 e 35% dos casos, com antecedente em 21% nos familiares de primeira geração por herança autossômica dominante de expressividade variável (ARNOLD *et al.*, 1994).

No presente estudo, a ocorrência familiar foi de 66,7% a 77,8% de vitiligo na família.

Assim, contrastando com a literatura, a porcentagem de antecedente familiar foi mais alta no presente trabalho. Contudo, o fato do estudo abranger apenas crianças de até 12 anos, faz pensar que o vitiligo, quando ocorre na infância, pode estar mais relacionado ao antecedente genético do que quando acontece numa fase adulta, quando pode haver correlação não só com antecedente genético, mas também com doenças crônicas, doenças auto-imunes, alopecia areata, tireoidopatia, diabetes mellitus, anemia perniciosa, doença de Addison, etc.

Com relação aos três pacientes que apresentaram patologias tratadas (giardíase e infecção urinária), não foi possível notar diferença na evolução da doença após o tratamento destas infecções.

Há uma ampla associação do vitiligo com doenças auto-imunes. O aumento da incidência do hipertireoidismo e da tireoidite de Hashimoto em pacientes com vitiligo é bem conhecida. A incidência de doenças tireoidianas nos pacientes com vitiligo, no entanto, varia de 1,28% a 30%. A anemia perniciosa é diagnosticada 30 vezes mais em pacientes com vitiligo do que na população - controle. Sabe-se que 15% dos pacientes com doença de Addison têm vitiligo. A prevalência de diabetes mellitus em pacientes com

vitiligo varia de 1% a 7,1%. Dawber escreveu que o diabetes deve ser investigado nos pacientes com início tardio do vitiligo. (DAWBER, *et al.*, 1971). Várias doenças intestinais, com ou sem parasitose, têm sido relacionadas ao vitiligo. Além disso, tal enfermidade tem sido associada à neoplasia interna maligna e também ao melanoma maligno.

Enquanto no grupo I todos os pacientes trouxeram os exames solicitados, três pacientes do grupo II não realizaram exames para avaliar a tireóide e a função hepática na data prevista, sendo necessário refazer o pedido e reiterar a necessidade.

Esse fato também é importante ao se considerar as posturas dos pacientes diante dos dois esquemas de tratamento. No grupo II, apesar do número de consultas ser menor, houve mais faltas e encaixes, o que leva a crer que o vínculo com o terapeuta não se tornou tão forte como ocorreu no grupo I; além disso, aparentemente o interesse em se tratar por parte do paciente e de seus pais era menor.

Os sistema imunitário, endócrino e nervoso estão intimamente ligados à personalidade, e os achados mostram que os estados de saúde e de doença dependem de complexos mecanismos psicofisiológicos. Fatores muito importantes para a manutenção da saúde são, entre outros: genética, personalidade, estresse e capacidade de lidar com ele, situação econômico-social e familiar, etc. A imunidade está relacionada com a personalidade, o pensamento, as atitudes e as emoções, cujo tipo, força e adequação dependem do sentido de coerência de cada indivíduo.

A maioria dos pacientes apresentava já numa fase precoce (menor de 12 anos) um acometimento generalizado e, talvez, tenha advindo daí o baixo número de repigmentações completas obtidas, pois o tratamento para lesões generalizadas numa fase infantil é mais difícil do que para lesões localizadas, ou quando elas se generalizam numa fase mais tardia.

ASPECTOS EMOCIONAIS

Constituição familiar

O número de separações entre os pais foi maior no grupo de doentes. Toda separação gera uma acentuada tensão familiar à qual, sem dúvida, tais pacientes foram expostos. Além disso, o fato de haver maior dissolução matrimonial no grupo das crianças com vitiligo seja talvez um reflexo de um casamento em idade mais precoce.

Quanto ao estado civil dos pais na época do nascimento, no grupo de doentes, apenas a metade deles eram casados, vínculo mais seguro que poderia indicar maior comprometimento com a constituição de uma família estável. Já no grupo - controle, 88,9% dos pais eram casados na época do nascimento dos filhos.

No grupo dos pacientes com vitiligo, 33,3% dos pais mantinham-se solteiros ou com vínculo instável, mostrando talvez imaturidade para assumir relacionamentos mais duradouro, ou incerteza com relação ao vínculo afetivo.

Concepção da criança

Com relação à variação de idade das mães por ocasião do nascimento dos filhos, uma parcela maior de mães de crianças com vitiligo tinha até 19 anos por ocasião dos respectivos partos, o que contrasta com o grupo - controle, no qual os filhos nasceram numa idade mais tardia - nenhuma mãe deste segundo grupo era adolescente na ocasião dos respectivos partos.

Com relação às idades dos pais por ocasião do nascimento de seus filhos, a faixa de idade também foi superior no grupo - controle. Talvez o fato de a gestação acontecer numa fase mais precoce do que a 'convencional' seja indicativo de problemas familiares, pois para pais mais jovens tal responsabilidade, somada a outras inerentes a esta fase da vida, possa representar uma sobrecarga, precipitando, por vezes, ambientes familiares hostis.

Uma criança que iniciou sua vida sem ser desejada, sem se sentir amada mesmo antes do nascimento, pode trazer consigo algum tipo de registro emocional de fatos ocorridos nesta fase; isso pode, de alguma forma, interferir negativamente na sua vida futura – mais especificamente na sua saúde.

A falta de planejamento da gravidez das crianças com vitiligo reafirma a hipótese da falta de organização familiar.

Independente da aceitação ou rejeição da gravidez, a maioria das mães estava consciente que tinha um filho no ventre e a grande maioria procurou assistência médica, fazendo diagnóstico de gravidez.

Evidencia-se um conflito muito precoce na vida destes pacientes, reforçando mais uma vez a hipótese de que alguns deles não foram amados no início de suas vidas e alguns teriam vivenciado situação de estresse mesmo na vida intra-uterina.

O puerpério das mães das crianças com vitiligo foi bem mais triste, com relatos de queixas, sofrimentos e desapontamentos.

As mães deste grupo tiveram mais queixas com relação ao puerpério, talvez por serem mais jovens, e talvez por não possuírem vínculo estável com os pais de seus filhos. Note-se que três delas tiveram que retornar ao hospital logo após o parto, e uma delas doou a criança.

Que fatores poderiam levar à depressão pós-parto no caso destas mães, e como tal distúrbio pode ser influído no desenvolvimento do vitiligo nas crianças?

Embora sejam estes fatores traduzidos em dados difíceis de serem analisados quantitativamente, há fortes indícios de que a desorganização estrutural familiar é mais acentuada entre mães que ficam mais suscetíveis à depressão pós - parto.

Modelos de ambiente

Quanto aos modelos de ambiente familiar em que os pacientes se desenvolveram, o grupo de crianças com vitiligo está mais exposto e convive mais com problemas de alcoolismo, drogas, alterações psiquiátricas, tentativas (e consumação) de suicídio, infidelidade e problemas com jogos de azar na família, quando comparado com o grupo - controle.

Assim, pode-se admitir que as crianças com vitiligo vivenciam um ambiente com mais fatores geradores de estresse emocional quando comparadas aos indivíduos do grupo - controle, podendo haver correlação entre esses fatores e o aparecimento das lesões vitiligóides.

O estresse está presente na vida de todas as pessoas, traduzindo-se por ansiedade, angústia, depressão e até pânico, com correspondentes modificações no corpo, como taquicardia, elevação de pressão arterial, sudorese, taquipnéia, aumento das taxas de colesterol e glicose no sangue. O estresse psicológico, que causa as mesmas alterações corporais que o de natureza física ou ambiental, é produzido por pensamentos e emoções por vezes desencadeados por crenças, valores, fantasias, imaginação e conceitos não comprováveis materialmente, mas tão reais que geram fatos bioquímicos no organismo. Estes podem ser ou não prazerosos, mas ambos são resultado do acoplamento do mensageiro químico ao receptor da célula; enfim, alterações psicológicas interferem no estado físico do indivíduo.

A aplicação dos conceitos de psiconeuroimunologia à patologia da pele gerou a assim chamada dermatologia integrativa, que vê não apenas o órgão doente, mas o paciente como um todo, enquanto ser constituído de corpo, mente e emoções integrados. Tal perspectiva leva a um enfoque ampliado da condição patológica, considerando que o estado íntimo do paciente relaciona-se com seu respectivo quadro clínico, devendo receber a mesma atenção dada às alterações cutâneas.

Vale lembrar a importância da figura paterna para as crianças, tanto quanto as consequências do convívio numa família desagregando-se pelo alcoolismo (CHEVALIER & GREENBRANT, 1991). Este fator estressante, sabidamente nocivo para personalidades em formação, pode desencadear o aparecimento de doenças, entre elas o vitiligo. Apesar dessa diferença não ser significativa, nota-se uma leve tendência do alcoolismo paterno estar mais presente nos grupos I e II.

No grupo de crianças com vitiligo, três mães tentaram o suicídio e três mães foram internadas em hospitais psiquiátricos, fatos estes não encontrados no grupo - controle.

No grupo dos pais de crianças com vitiligo, problemas de infidelidade foram mais frequentes do que no grupo - controle, mostrando uma desestruturação familiar maior no ambiente destas crianças.

Desenvolvimento infantil

Admitindo-se alguma relevância, avaliou-se a posição em que estava inserida a criança com vitiligo com relação à irmandade, pois diversos aspectos, tais como superproteção, cobranças, nascimento de irmãos mais novos, imaturidade e/ou pouca experiência dos pais, poderiam estar relacionados com o surgimento do vitiligo.

O número de filhos, tanto no grupo de doentes como no grupo - controle, foi semelhante (a maioria tinha até quatro filhos) e o lugar da filiação não foi um item significativo para ser avaliado isoladamente, e sim como um dado relevante apenas em casos específicos, tendo em vista que tivemos duas crianças que correlacionaram o aparecimento da doença com o nascimento de irmãos.

A lesão inicial em 77,8% dos casos foi constatada pela mãe, confirmando as suspeitas de que as mães quase sempre têm maior proximidade com seus filhos, maior preocupação, e está incumbida de cuidar de sua prole, observando e zelando por ela.

Avaliando o que as crianças e seus pais faziam na hora que detectaram a lesão, 38,9% não se lembraram, talvez porque quisessem apagar da memória o fato desagradável que, no futuro as preocuparia ou porque alguns eram pequenos demais para se recordarem. Houve, no entanto, certa prevalência de ser a hora do banho (27,8%) uma hora propícia para detectarem-se as lesões vitiligóides.

O aleitamento materno prima por ser um contato físico estreitíssimo entre mãe e filho, não só no aspecto físico como também no afetivo. As crianças com vitiligo não foram privadas da amamentação. Sabe-se da importância do afeto durante a lactação para o bom desenvolvimento psíquico da criança.

Aspectos psicológicos da criança perante a doença

Alguns pacientes referiram não se incomodar nada com o aparecimento da lesão de vitiligo. Talvez este 'nada' seja devido à idade precoce quando do surgimento das lesões, ou porque a lesão inicial é única e pequena. Muitas crianças passam a se incomodar com a lesão após o início da escolaridade.

Outros, porém, podem referir não ter sentido nada para negar o que realmente os afligia no momento da descoberta.

Apesar de muitos pacientes já conhecerem pessoas com vitiligo (inclusive familiares), alguns não tinham noção exata do que era a doença. Contudo, muitos referiram-se a sentimentos de tristeza, medo, desespero, revolta e ansiedade.

Geralmente, as crianças com vitiligo começam a se preocupar com a doença e encará-la como um problema após os seis anos de idade.

Isso faz pensar que o convívio com outras crianças sem vitiligo as tornam mais suscetíveis a apelidos, discriminação e até mesmo rejeição por alguns colegas que talvez pensem tratar-se de doença contagiosa. Essa queixa foi referida por pais de crianças que foram convocados pela escola para saber sobre o perigo das manchas para a comunidade escolar.

Três crianças com vitiligo já tiveram ideação suicida, uma delas inclusive relatava tal pensamento toda vez que via outras pessoas com vitiligo. No grupo - controle nenhuma criança referiu tal ideação. Poder-se-ia pensar que a auto-estima de algumas destas crianças com vitiligo esteja comprometida pela própria doença, que proporciona uma desfiguração cosmética quase inaceitável para alguns doentes e um comprometimento psicológico evidente (AGARWAL, 1998).

A criança, com a idade, passa a olhar-se mais no espelho; daí o comprometimento psicológico advir numa fase mais tardia, mais consciente.

Talvez o baixo aproveitamento escolar, levando inclusive à repetência, deva-se a algum distúrbio de aprendizagem que as crianças com vitiligo apresentem devido à qualidade de vida e meio familiar conturbado em que vivem. São crianças mais ‘preocupadas’, pois suas mentes ficam ligadas nos problemas familiares e, neste caso, há uma sensível redução da receptividade necessária para um aproveitamento escolar adequado.

Com relação aos três repetentes do grupo - controle, são pacientes que também apresentavam problemas de relacionamento no âmbito familiar, tais como suicídio paterno e alcoolismo.

Todas as crianças estavam estudando durante o ano da psicoterapia e nenhuma das crianças do grupo I repetiu neste ano.

AVALIAÇÃO DOS TRATAMENTOS

Nos grupos dos pacientes com vitiligo a duração média do tempo das consultas foi maior que no grupo - controle (crianças saudáveis). Em parte, isso deve-se ao fato de que no grupo de doentes estes respondiam a mais perguntas referentes ao vitiligo. No entanto, tal acréscimo no tempo também é devido ao fato de estas crianças apresentarem maiores problemas emocionais e histórias de vida mais conturbadas, tendo havido a necessidade de que tais fatos fossem por elas relatados – um aspecto significativo, que inclusive pode influir positivamente no tratamento.

As raízes da relação médico-paciente são estabelecidas durante a entrevista inicial dedicada à avaliação e ao aconselhamento.

A assiduidade do grupo I pela psicoterapia foi bem mais elevada em comparação com o tratamento do vitiligo nos ambulatórios de dermatologia.

De acordo com os relatos das crianças acometidas, quem mais desejava o tratamento eram suas mães.

Segundo AZAMBUJA (1994), os resultados de qualquer tipo de tratamento do vitiligo são variáveis. Ainda não existe o agente repigmentante universal. Nenhuma estatística a este respeito é inteiramente confiável, porque o vitiligo é uma doença multifatorial e o corpo não é uma máquina, mas sim um sistema vivo em equilíbrio dinâmico. Os efeitos dos tratamentos não dependem exclusivamente da ação dos medicamentos, mas principalmente da capacidade do organismo de reagir, naquele momento, ao estímulo químico aplicado. Não é possível, também, fazer uma avaliação global da repigmentação em cada paciente, porque cada região reage diferentemente. O rosto, os antebraços, os joelhos e as pernas geralmente respondem com mais rapidez do que mãos, pés, punhos, tornozelos e região genital. Que porcentagem de melhora dir-se-ia que teve um paciente que alcançou 80% de repigmentação no pescoço, 100% nas pálpebras, 20% nos antebraços e zero nas mãos e tornozelos? O cálculo da eficácia do tratamento teria que ser feito por região e levando em consideração ainda o tipo do vitiligo, pois os tipos circunscrito, assimétrico e segmentar reagem melhor do que o simétrico estabilizado e, este, melhor do que o simétrico expansivo.

Tendo em vista esses aspectos e o fato de que nenhum medicamento funciona em todos os casos, supõe-se que o problema da cura do vitiligo reside no paciente, não nos medicamentos. Há pacientes com tendência a formar tipos de vitiligo mais resistentes e que, ao mesmo tempo, respondem muito dificilmente ao tratamento. Tal diferença tanto poderia ser genética quanto decorrente de fatores passíveis de modificação.

Pensando que a última hipótese possa ser verdadeira, pelo menos em parte de portadores da doença, e entendendo que o estado psicológico do paciente influi poderosamente em muitos casos, torna-se interessante salientar alguns aspectos do grupo de tratamento em questão.

No grupo I, no qual as crianças foram submetidas à psicoterapia, havia seis crianças com acometimento generalizado, duas na região genital e um paciente com lesão localizada na mama.

Quanto aos dois pacientes com lesão genital optou-se por não fazer tratamentos medicamentosos, e houve uma repigmentação completa. Deve-se investigar abuso sexual em crianças com acometimento desta região, porém em ambos os pacientes foi descartada tal correlação; entretanto, um deles apresentava encoprese e, durante as consultas, foi pedido que o paciente trouxesse tabela diária com desenhos de face: (feliz ☺, normal ☺ e triste ☹), dependendo se conseguisse ir ao banheiro (☺), se fosse ao banheiro mas não desse o tempo de chegar até lá (☹) ou se deixasse escapar suas fezes nas calças (☹), sem se preocupar em tentar ir até o banheiro. No início, eram muitas carinhas tristes mas paulatinamente houve controle do paciente que se envolveu com tal atividade, melhorou pouco a pouco da encoprese e, após cinco meses desta cura, a lesão anal de vitiligo estava completamente repigmentada.

Antes de iniciar a investigação, em nenhum dos pacientes com vitiligo (I + II) ocorria melhora espontânea; com a psicoterapia, dois pacientes com lesões genitais conseguiram repigmentação total, espontaneamente.

Foi dada ênfase a alguns pontos específicos, como por exemplo a um paciente com sindactilia encaminhado à cirurgia ortopédica após persuadir seus pais, que concordaram, após grande resistência, com a cirurgia. Desde então, seu vitiligo, que era apenas articular, desapareceu em um punho, diminuiu 50% em outro punho, joelhos e pés, e repigmentação completa das lesões do tornozelo e do cotovelo. (Foto 6 do GI pág. 66).

Vale ressaltar o caso de uma paciente com vitiligo articular: sua mãe a havia enjeitado, doando-a para uma tia. Contudo, a paciente era irmã de outra criança, não enjeitada, que por coincidência estudava na mesma escola e no mesmo período que a primeira. A criança que permaneceu com a mãe contou a todos na escola sobre a situação, certamente com inevitáveis 'cores' infantis, o que evidentemente ocasionou, para a paciente em questão, um ambiente escolar impraticável. O caso foi relatado no grupo e a partir disso, foi elaborada uma carta solicitando alteração do período escolar da criança. Com a mudança, integrou-se novamente à escola. Foi nítido, neste caso, que só iniciou-se a repigmentação após a reintegração escolar, em novo período.

Os outros quatro pacientes com lesões generalizadas apresentavam acometimento periocular, vistos na literatura como mais resistentes ao tratamento e, de fato, se por um lado as lesões periorbitais diminuíram visivelmente, não regrediram totalmente. Já nos outros locais do corpo em alguns pontos regrediram totalmente (joelhos, pés), noutros apresentavam-se ilhotas de repigmentação, mostrando uma melhora menos evidente. Vale salientar que estas crianças com acometimento periocular apresentam muita raiva contida em si; um exemplo disso é que uma destas pacientes, ao ser-lhe pedido um desenho, desenhou uma bruxa (com manchas de vitiligo nos mesmo locais que apresentava) e dizia que ‘odiava’ esta mulher, espetava o desenho com a caneta como se realmente estivesse flagelando-a. O outro paciente com lesão periocular dormia com um revólver de plástico sob o travesseiro ‘para matar o pai’; os outros dois pacientes eram crianças visivelmente tristes e com limitações sociais, por vergonha de suas lesões (não usavam no início saias, tampouco iam a clubes ou a locais públicos, relatando ficar sempre em casa, escondendo-se das pessoas por vergonha das manchas). (Foto 5 do GI pág. 65).

O acesso a estas histórias de vida foi paulatino, com um número de consultas maior quando comparado ao grupo II, no qual não houve tanto acesso às respectivas histórias de vida - talvez por este motivo tenham ocorrido mais desistências. Houve um caso de um paciente que veio apenas duas vezes com agendamento correto; as outras consultas foram encaixe e às vezes comparecia apenas a mãe, relatando que não fazia bem para seu filho ver outras crianças com o vitiligo tão extenso. Assim, trazia fotos dele que, segundo ela, não podia perder aulas para vir às consultas, e que, além da escola, praticava futebol e outras atividades que não permitiam assiduidade às consultas.

Outros pacientes do grupo II vinham muitas vezes fora dos horários agendados ou simplesmente faltavam.

No grupo II, quatro dos nove pacientes não referiram melhora com a medicação (estacionado), em contrapartida com apenas um, que negou melhora medicamentosa no grupo I. Dois pacientes do grupo II referiram piora e três reconhecem melhora lenta, estando insatisfeitos com tal lentidão do tratamento.

Tanto no grupo I como no grupo II as crianças reclamavam do fato de terem que tomar sol após duas horas da ingestão da medicação, referindo que as manchas ardiam, coçavam, ficavam vermelhas, etc. Nas sessões de psicoterapia de grupo dos pais, as mães se conscientizaram da importância de estarem ao lado dos filhos no momento de tomar sol, às vezes por apenas 15 minutos, uma vez que os pacientes as requisitavam para conversas e até mesmo para tomarem sol juntos. Esta atitude foi incentivada para as demais mães do grupo I, que também passaram a acompanhar seus filhos no banho de sol, valorizando este período que desfrutavam juntos. Muitas vezes, durante a terapia de grupo, houve queixas quanto ao tempo que despendiam fazendo o serviço doméstico, e outras mães concordavam, identificando-se com os comentários. Nessas horas, muitas vezes, sugeria-se maneiras mais práticas, saudáveis e não dispendiosas para mudarem seus costumes em função de que sobrasse um tempo maior para ser dedicado às crianças. Nas consultas subseqüentes, várias delas que aceitaram as sugestões, falavam que estavam tomando sol com os filhos ou que eles estavam acompanhando-as nas suas tarefas, tornando-se, enfim, mais amigos.

Assim, o tratamento para o grupo I deixou de ser tão desagradável e com tantas queixas como continuavam sendo para o grupo II que, talvez por isso, obteve menor sucesso.

Além disso, muitas crianças depois do sexto mês de tratamento começaram a perguntar sobre as doenças dos outros membros do grupo, falando sobre os apelidos que recebiam, às vezes até riam com as histórias que eles mesmos contavam, identificando-se com as histórias dos colegas. Houve até mesmo um incidente emocionante: os pacientes que tinham lesões mais visíveis perguntaram para outros com lesões menos evidentes onde estavam suas manchas; em resposta, estes começaram a retirar partes das roupas para mostrar as lesões sob as vestes, comparando-as entre si de maneira divertida. Dessa forma, demonstravam já não ter mais vergonha de vir às consultas com roupas que expunham suas lesões.

Nesta fase algumas mães relataram que os meninos pediam para ganhar calções e as meninas, saias, constatando a evolução de seus filhos no sentido de assumirem suas manchas – sinal de que, psicologicamente, estavam se aceitando melhor.

Além disso observou-se que os vínculos entre pais e filhos eram fortalecidos, o mesmo ocorrendo entre os pacientes e terapeuta e médico e mesmo entre os pacientes, que passaram a se encontrar fora do hospital, telefonando-se para avisar que iriam faltar ou para saber por que um ou outro amigo não havia comparecido; até mesmo fizeram uma festa de confraternização (no final do ano) durante a sessão de psicoterapia, juntos, com a participação dos pais.

Estes laços certamente valeram como incentivo para que todos buscassem a cura, tendo nos terapeutas e médicos um seguro ponto de apoio. Aparentemente buscavam melhorar até mesmo para agradar a equipe, sabendo que suas melhoras fariam todos muito felizes.

Ocorreu ainda que, próximo da data do encerramento do período previamente estipulado de psicoterapia de grupo, as mães e as crianças insistiram para que o tratamento não fosse interrompido, demonstrando, dessa forma, seu grau de conscientização e de comprometimento com a psicoterapia.

Já no grupo II, seis continuam a freqüentar o ambulatório de dermatologia em consultas trimestrais, enquanto que três pacientes abandonaram o acompanhamento ou perdem o dia da consulta, remarcando-o sempre para bem mais adiante, não podendo se falar realmente num vínculo forte e estreito.

Freqüentemente, pacientes do grupo II eram lembrados por telefone sobre o dia da consulta, demonstrando assim o valor, a importância do seu comparecimento, bem como a atenção médica para com eles. Porém, os comportamentos dos grupos I e II eram completamente diferentes.

Foi verificado que os vínculos entre a autora - colaboradores e as crianças foram se fortalecendo. É interessante notar que os desenhos realizados durante as sessões deixavam de ser linhas retas e frias e ganhavam 'vida', parecendo representar seus conflitos, seus sonhos, ou mesmo momentos marcantes de suas vidas.

As crianças se tornaram amigas umas das outras e pareciam se conhecer há muito tempo. Este aspecto, evidenciado a partir do 6º mês de tratamento, sugere que a doença possa ter se transformado em um fator de identidade, fortalecendo a amizade entre semelhantes.

Foi ainda observado que a comunicação gestual da criança indica o local em que apresenta as lesões, como se a pele fosse um órgão de choque para a expressão de seu sofrimento, da sua inquietação. No sentido oposto, também foi possível reconhecer o repertório de gestos das crianças a partir dos locais das lesões.

A gratidão das mães em relação às reuniões quinzenais foi cada vez mais evidente, com relatos de que estas haviam aprendido muito, sentiram-se ajudadas e que seus relacionamentos com os filhos melhoraram qualitativamente, com aumento dos diálogos e menos gritos e/ou repreensões. As mães ainda relataram, espontaneamente, um incremento no rendimento escolar dos filhos decorridos os primeiros meses da psicoterapia de grupo.

Assim, com relação ao tratamento no grupo I, foram evidenciá-las melhoras tanto subjetivas quanto objetivas, comentadas a seguir:

Modificações subjetivas:

- A doença assumiu uma dimensão mais real, devido ao maior conhecimento sobre sua etiologia, eliminando crenças errôneas, o que exerceu um efeito tranquilizador sobre o paciente;
- Maior tolerância ao sentimento de rejeição originado pelos olhares, perguntas e atos de outrem;
- Consciência da relação estresse – início da doença e estresse – manutenção e agravamento do quadro;
- Diminuição do sentimento de isolamento e da sensação de ser o único ‘diferente’;
- Esperança no controle clínico da doença e até mesmo na cura;
- Melhora no relacionamento interpessoal, familiar e social;
- Melhora no rendimento escolar.

Modificações objetivas:

- Mudanças no modo de se vestir, trocando as roupas fechadas por roupas mais abertas, mais leves, e peças menores;
- Maior participação nas atividades sociais: frequência a clubes, shopping centers, praias;
- Capacidade de discorrer com desenvoltura e segurança sobre a doença: suas possíveis causas, não contagiosidade, hereditariedade, forma de apresentação e diferentes tratamentos;
- Maior adesão ao tratamento clínico instituído, com repigmentação das lesões (parcial ou total), e em nenhum caso houve piora da doença;
- Maior conscientização da relação do aparecimento da doença com o estado emocional.



CONCLUSÃO

a) No grupo de crianças com vitiligo os aspectos emocionais influíram na evolução da doença, não só como fatores desencadeantes, mas também como mantenedores, interferindo na qualidade de vida dos pacientes. Muitos temas abordados pelo grupo de crianças doentes refletiam um ambiente familiar desestruturado, e seu histórico de vida é mais sofrido quando comparadas com o grupo de crianças controle.

b) O grupo I, submetido à tratamento medicamentoso e psicoterapia de grupo, apresentou melhora significativa quando comparado com o grupo II (somente tratamento medicamentoso), não só quanto à evolução do vitiligo, mas também com melhora na socialização das crianças durante o período de estudo.

REFLEXÕES:

O trabalho reafirma a importância de um enfoque amplo no tratamento das doenças, principalmente das doenças psicossomáticas, entre as quais considera-se que o vitiligo esteja incluído. A cooperação entre o dermatologista e o grupoterapeuta pode levar a uma compreensão mais profunda da problemática existencial vivida pelo paciente portador de uma doença dermatológica estigmatizante, contribuindo para alcançar condutas cada vez mais adequadas, tanto do ponto de vista clínico, como psicológico.

É preciso validar as informações trazidas pelo paciente, ou seja, este precisa perceber que à sua história é dado crédito, que seus sentimentos e necessidades são compreendidos e valorizados. Para isso é importante ter toda atenção voltada para o paciente, estar metaforicamente ‘dentro da sua pele’, saber ouvi-lo, estar atento ao seu ritmo de vida, buscando, enfim, uma sintonia emocional e afetiva com o mesmo.

Registre-se, por oportuno, que no presente estudo não foi considerada qualquer possível influência psicológica da presença do médico dermatologista durante as sessões de psicoterapia, tendo em vista que sua função era tão-somente gravar as sessões, sem qualquer interação direta. Embora tenha havido, efetivamente, um significativo incremento no relacionamento deste com os pacientes, crê-se que os resultados deste tratamento não seriam consideravelmente afetados em função desta presença, ou, de outra forma, tampouco sua eventual ausência far-se-ia notar de forma determinante.

Foi interessante notar que, a dinâmica do grupo I, com os pacientes comunicando-se e interagindo de forma realmente íntima, aberta, revelando seus sentimentos, problemas e idéias aos colegas, foi possível graças ao ambiente de psicoterapia propício a que pudessem primeiro conhecer e depois compreender as verdadeiras relações de sentidos entre as experiências vividas e os sintomas que apresentavam.

Estes resultados dependem da presença de um psicoterapeuta experiente em perceber, e fazer os pacientes perceberem, os aspectos inconscientes associados à condição humana em seus variados e complexos modos de existir.

Percebe-se porque na visão psicanalítica uma doença não vem para uma pessoa por acaso. Uma patologia em um paciente apresenta significado e determinação radicalmente diferente do que em outro paciente. O vitiligo que acomete uma pessoa não é da mesma ordem, não tem o mesmo significado que o vitiligo que acomete uma outra. Isso porque a estrutura anatomofisiológica do indivíduo é estreitamente relacionada a um campo simbólico, campo este que pode determinar mudança nessa estrutura. O ‘campo simbólico’ pode ser entendido como o conjunto formado pelo momento histórico do nascimento, o discurso da cultura em que está inserido os desejos conscientes e inconscientes dos pais, a história das duas linhagens familiares, e a forma como cada um se vê e se localiza diante disso. Para o psicanalista, cada doença é um caso singular, a ser tratado sem dogmas e princípios preestabelecidos.

É agradável a surpresa de perceber que existe no médico uma preocupação que vai além da dermatose. Tal forma de encarar o paciente está fundamentada na visão que a psicanálise tem do ser humano, ser integral no qual não existe separação real entre o corpo e o psiquismo.

PROPOSTA EMANADA DO TRABALHO DESENVOLVIDO

O tempo de consulta deve permitir uma abordagem psicossocial, possibilitando esclarecimentos sobre a doença, e deve-se oferecer oportunidades para que os pacientes discorram sobre seus sentimentos; se possível até mesmo compartilhando experiências com outros pacientes. Assim, a doença passa a ser um fator de identidade, que fortalece a amizade entre os semelhantes. O médico deve fazer com que o paciente saiba que existe uma preocupação real com sua doença e possíveis conseqüências desta, inclusive as de natureza psicológica.



SUMMARY

Vitiligo is an acquired, idiopathic disease that is often associated with a positive familial history and it is characterized by achromic or hypochromic patches of different shapes and sizes, that often disfigure the individual.

It affects between 1% to 3% of the human race, is more prevalent in the female sex and approximately 50% of these patients develop some kind of disease by the age of 10 years.

Some studies on psychoneuroimmunological mechanisms consider emotional estresse a fundamental part of its etiology –either as a catalyst or an aggravator (8). The psychosocial aspects of vitiligo greatly affect the patient's self-esteem and act as feedback factors in the evolution and aggravation of the disease (33). The objectives of this study are to: a) assess the eventual differences in the response to treatment of 18 children with vitiligo who used the same medication but, in 9 of these patients, it was applied group psychotherapy; b) the second objective recognize and understand the emotional aspects presented by children with vitiligo.

Nine children with vitiligo between 8 years to 12 years old participated in analytical group psychotherapy. These sessions, which lasted for an hour, were held fortnightly and the group of parents or individuals responsible for the children participated simultaneously in similar sessions. Thirty sessions were conducted over a year and six months and the children were assessed monthly. They were treated with specific medication (Viticromin®) in combination with phototherapy. These children presented behavioral changes such as: better performance at school, reduction of inhibition, stronger family ties, repigmentation of all or a great majority of the lesions. These results showed a statistical difference with the results of the group of children that did not have submitted to psychotherapy. It would be better to associate analytical group psychotherapy for vitiligo in the treatment of vitiligo in children.

KEYWORDS: vitiligo, emotional aspects, treatment, group psychotherapy.



***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- AGARWAL, G. - Vitiligo: a under-estimated problem. **Fam Pract**, 15 (Suppl. 1): 519-23, 1998.
- ALMEIDA FILHO, N - **Epidemiologia das desordens mentais da infância no Brasil**. Salvador, Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1985.
- ARNOLD, H.L.; ODOM, R.B.; JAMES, W.D. - **Doenças da pele de Andrews-** Dermatologia Clínica, 8^a ed, São Paulo, Editora Manole Ltda. 1994, 1.124.
- AZAMBUJA, R.D. - Tratamento do vitiligo. **Jornal Dermatológico**, 62: 11-2, 1994.
- BIBLICAL TIMES (Special article). – **Arch Dermatol**, 93:744-53, 1966.
- BREMER, S.M.; CORMANE, R.H.; VAN DICK, E.; WRITE, S. - Group therapy of psoriasis. **J Am Acad Dermatol**, 12: 61-6, 1985.
- CHEVALIER, J. & GREENBRANT, A. - **Dicionário dos símbolos**. 4^a ed., Rio de Janeiro, José Olympio, 1991.
- COELHO, A.M.F. - Cuidando de cuidadores: uma experiência institucional com um grupo de pais de adolescentes. Campinas, 1977. [Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas].
- CONOVER, W.J. - **Practical nonparametric statistics**, New York, John Wiley & Sons, 1971,307p.
- DAWBER, R.P.R.; BLEEHER. S.S.; VALLANCE – OWEN, J. – Vitiligo and diabetes mellitus. **Br J Dermatol**, 84:600, 1971.
- DUVIC, M.; RAPINI, R., HOOTS, W.K. Human immunodeficiency virus associated vitiligo: expression of autoimmunity with immunodeficiency? **J Am Acad Dermatol**, 17:656-62, 1987.
- ECO, U. - Como se faz uma tese. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1977.170p.

- FABER, E.M.; GLEM, R.; LANIGAN, S.W. - Stress and psoriasis psychoneuroimmunologic mechanisms. **Int J Dermatol**, **30**:8-12, 1991.
- FITZPATRICK, T.B. – Hypomelanosis. **South Med J**. **57**:995-1.005, 1964.
- FRANKEL, F.H. & MISCH, R.C. - Hypnoses in. a case of long standing psoriasis in a person with character problem. **Int J Clin Exp Hypn**, **21**:121-30, 1973.
- GINSBURG, I.H. & LINK, B.G. - Psychosocial consequences of rejection and stigma feeling in psoriasis patients. **Int J Dermatol**, **32**:587-91, 1993.
- GINSBURG, I.H. & LISIK, B.G. - Feeling of stigmatization in patients with psoriasis. **J Am Acad Dermatol**, **20**:53-63, 1989.
- GRIMES, P.E. - Diseases of hypopigmentation. In: SAMS, W.M; LYNCH, P.J.; eds. **Principles and practice of dermatology**. 2^a. ed, New York, Churchill-Livingstone, 843-57, 1996.
- GRIMES, P.E.; SEVALL, J.S.; VOJDANI, A. - Cytomegalovirus DNA identifies in skin biopsy specimens of patients with vitiligo. **J Am Acad Dermatol**, **35**:21-6, 1996.
- HANN, S.K.; CHUNG, H.S.; DARK, Y.K. - Epidemiologic case control study in patients with vitiligo. **J Am Acad Dermatol**, **36**:282-3, 1997.
- HANN, S.K. & LEE, H.J. - Segmental vitiligo: clinical findings in 208 patients. **J Am Acad Dermatol**, **35**:671-4, 1996.
- HANSON, S.G. & NIGRO, J.F. - Pediatric dermatology. **Med Clin North Am**, **82** (6): 1.381-403, 1998.
- HAUTMANN, G. & PANCONESI, E. - Vitiligo: a psychologically influenced and influencing disease. **Clin Dermatol**, **15**:879- 90, 1997.
- HOGAN, R.A. - Self help groups for patients with chronics skin diseases. – **Br J Dermatol**, **118**:505-8, 1988.

- HUGUES, H.H.; ENGLAND, R.; GOLDSMITH, D.A. - Bio feedback and psychotherapeutic treatment of psoriasis: a brief report. **Psychol Dis**, **48**: 92-102, 1981.
- JAISANKA, T.J.; BARUAH, M.C.; GORG, B.R. - Vitiligo in children. – **Int J Dermatol**, **131**:621-3, 1992.
- JIMBOW, K.: - Vitiligo: therapeutic advances. **Dermatol Clin**, **16** (2): 399-407, 1988.
- JOWETT, S. & RYAN, T.J. - Dermatology patients and their doctors. **Clin Exp Dermatol**, **10**:246-54, 1985.
- KENT, G. - Understanding the experiences of peoples with disfigurements: an integration of four models of social and psychological functioning. **Psycholol Health Med**, **5** (2):117-29, 2000.
- KOBLENZER, C.S. - Psychosomatic concepts in dermatology. **Arch Dermatol**, **119**: 501-12, 1983.
- KORANE, R.V.; DERM, D.; SASHDEVA, K.G. - Vitiligo. **Int J Dermatol**, **27**: 676-681, 1988.
- KOVACS, S.O. - Vitiligo. **J Am Acad Dermatol**, **38**:647-66, 1998.
- LERNER, A.B. - Vitiligo. **J Invest Dermatol**, **32**:285-310, 1959.
- MACKENZIE, K.R. - In: **Terapia de grupo e prática clínica**. Washington, D.C., American Psychiatrich Press, 1992.
- MAJUMDER, P.; DAS, S.; LI, C. - A genetical model for vitiligo. **Am J Hum Genet**, **43**:119-25, 1988.
- MAJUMDER, P.; NORDLUNG, J.; NATH, S. - Pattern of familial aggregation of vitiligo. **Arch Dermatol**, **129**:994-8, 1993
- MOREIRA, M.J. – **O grito dos drogados**. São Paulo, Lemos, 1996, 179p.

- NAIR, B.K.H. - Vitiligo - A retrospect. **Int J Dermatol**, 17:755-7, 1978.
- NEDONSSKY, R.S. & HANDLER, R.M. - Dermato-psychosomatics classification, physiology and therapeutic approaches. **J Am Acad Dermatol**, 5:125-36, 1981.
- NJOO, M.D.; DAS, P.K.; BOS, J.D.; WESTERHOF, W. - Association of the koebner phenomenon with disease activity and therapeutic responsiveness in vitiligo vulgaris. **Arch Dermatol**, 135:4407-13, 1999.
- NORRIS, D.A.; KISSINGER, M.; GAIL, M.N.; BYSTRYN, J.C. - Evidence for immunologic mechanisms in human vitiligo: patient's sera induce damage to human melanocytes *in vitro* by complement-mediated damage and antibody-dependent cellular cytotoxicity. **J Invest Dermatol**, 90:783-9, 1988.
- PAPADAVID, E.; YU, R.C.; MUNN, S.; CHU, R.C. - Strict anatomical coexistence of vitiligo and psoriasis vulgaris- a koebner phenomenon? **Clin Exp Dermatol**, 21: 130-40, 1996.
- PAPADOPOULOS, L.; BOR, R.; LEGG, C. - Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive- behavioural therapy. **Br J Med Psychol**, 72:385-96, 1999.
- PORTER, J.R.; BEUF, A.H.; LERNER, A.; NORDLUND, J. - Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with "normal" control subjects, with psoriasis and with patients with other pigmentary disorders. **J Am Acad Dermatol**, 15:220-4, 1986.
- SALZER, B.A. & SCHALBEUTER, K.U. - Investigation of the personality structure in patients with vitiligo and a possible association with impaired catecholamine metabolism, **Dermatology**, 190:109-15, 1985.
- SAMPAIO, S.A.P. & RIVITTI, E.A. - **Dermatologia**. São Paulo, Ed. Artes Médicas, 1998, 1.155p.
- SHENEFELT, P.D. - Hypnosis in dermatology. **Arch Dermatol**, 136:393-9, 2000.

SIEGEL, S. - **Estatística não paramétrica para a ciências do comportamento.**
São Paulo, MC Graw Hill, 1975, 204p.

WHITNEY, W.D. **Atharva Veda Samhita** (Translation and notes). Harvard Oriental Series, Vol.7. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1905. (quoted by Fitzpatrick and Pathak, 1959).



***FONTES
CONSULTADAS***

1. HERANI, M.L.G. – Normas para apresentação de dissertações e teses. BIREME, São Paulo, 1991, 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – OF. CIR/PRP/06/95 – Normas ABNT, 1998, 8p.



ANEXOS

Questionário

HC :.....

Data:.....

Início:.....

Fim:.....

1 - Nome :

2 - Idade : 3 - Sexo : 4 - Cor :

5 - Data de Nascimento : Local :

7 - Endereço :

.....

8 - Telefone :

9 - Heredograma :

(c/ abortos)

10 - Constituição familiar (inclui falecidos, empregados, com data , desde que nasceu)

Sexo	Parentesco	Idade	Cor	Profissão	Estado Civil
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

	(s/ n)	(por quem)
11 - Concepção :	desejado	
(mãe, pai,	planejado	
ambos,	aceito	
nenhum)	rejeitado	
	ignorado	
	idéias de aborto ou tentativas	

12 - Fez pré-natal Desde

13 - Vida intra - uterina (doenças, internações, sangramento, medicamentos, intercorrências, sustos, traumas)

14 - Parto (normal, cesárea, fórceps, com ou sem anestesia, motivo)

15 - Estado civil dos pais na época do nascimento :

casados amasiados.....

separados (quando você tinha..... anos)

16 - Condições maternas no puerpério :

17 - Cor dos pais e avós :

18 - Ocorrências familiares (modelos até 18 anos) :

	pai	mãe				
alcoolismo						
drogadicção						
int. psiquiat.						
polícia/just.						
tent. suicid.						
suicídio						
fumo						
histerectomia						
infidelidade						
jogos						

19 - Condições ao nascer (vacinação, puericultura, doenças próprias da infância, internação) :

20 - Por quem foi criado (mãe, substituta, creche)

em que período :

mamou no seio : quanto tempo : mamadeira até

chupeta até

hábitos

controle esfíncter vesical anal

- 21 - Com quem mora atualmente
- 22 - Há quanto tempo
- 23 - Se você não fosse um(a) menino(a) e pudesse escolher, qual animal você gostaria de ser ? por quê ?
- 24 - Qual animal você não gostaria de ser ?
por quê ?
- 25 - Traumas durante a infância (acidentes, perdas, animais de estimação, abuso sexual)
- 26 - Onde surgiu a primeira lesão ? Idade :
Quem notou ? Situação (local) :
O que sentiu :
- 27 - Que cor você desejaria ter ?
Como você chama a sua cor ?
- 28 - Quando começou a sentir que o vitiligo constituía-se um problema ?
Idade O que aconteceu ?
.....
- 29 - Algum familiar apresenta vitiligo ? Como são as características da personalidade desta pessoa ?.....
.....
- 30 - Quem você sente que gosta mais de você ?
- 31 - De quem você mais gosta ?
- 32 - Já teve internação psiquiátrica ? e idéias suicidas ?
- 33 - Tratamentos realizados (alopático e/ou psicoterápico):
- 34 - Tratamentos alternativos (umbanda, homeopatia, simpatia, florais) :.....
.....
- 35 - Quem mais quer o tratamento ?

36 - Com quantas pessoas você pode se abrir, comentar seus problemas mais íntimos, pedir ajuda ?

37 - Estuda atualmente ? 38 - Estudou no passado ?

39 - As pessoas lhe perguntam sobre as lesões ?
Você se incomoda ?

40 - Períodos de melhora com tratamento medicamentoso
com repigmentação espontânea
estacionário
piora

Tempo de doença

O paciente apresenta (s/ n) :

- 41 - Canície
- 42 - Poliose.....
- 43 - Melanoma maligno
- 44 - Queimadura solar
- 45 - Alteração visual
- 46 - Alteração auditiva
- 47 - Síndrômico
- 48 - Trauma mecânico
- 49 - Cabelo grisalho na família

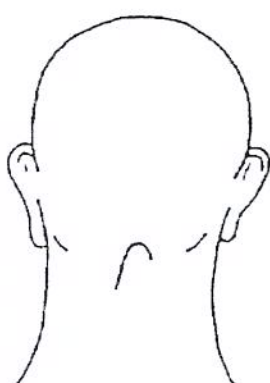
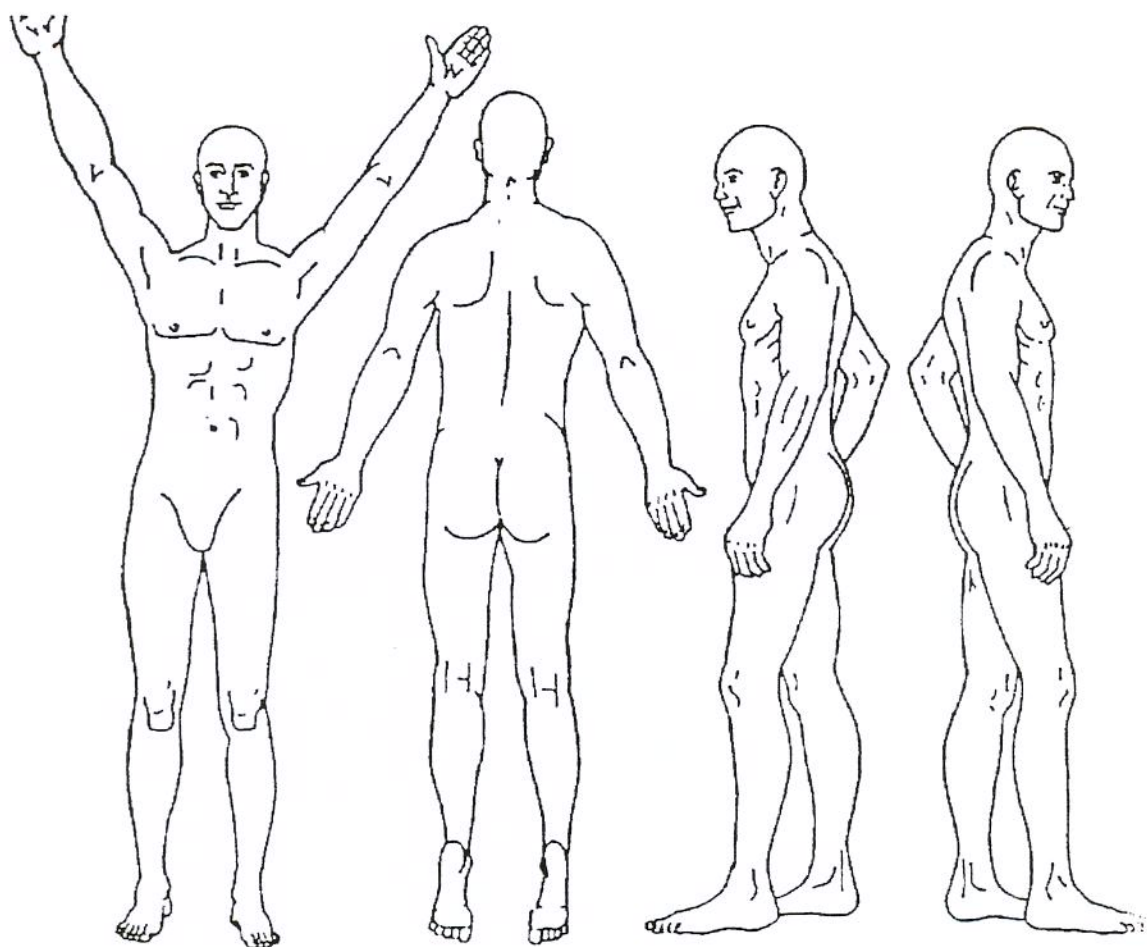
Exames : Glicemia
 T3 / T4 / TSH
 Hemograma
 Proto
 Urina
 Perfil hepático
 Hepatites

Outro diagnósticos:

Foto:

Retorno:

Desenho livre:



Questionário de morbidade psiquiátrica infantil – QMPI

Responda às questões utilizando o seguinte código:

Não, nunca = 0	Mais ou menos, às vezes = 2
Pouco, raramente = 1	Muito, sempre = 3

Nome:

Idade:

- 01 – Demorou para andar ()
- 02 – Não consegue ficar quieto ()
- 03 – Tem (ou teve) dificuldade para falar ()
- 04 – Tem (ou teve) gagueira ()
- 05 – Urina na cama ou nas calças ()
- 06 – Faz cocô nas calças ()
- 07 – Tem tiques, cacoetes ()
- 08 – Chupa dedos ()
- 09 – Rói unhas ()
- 10 – Tem manias ()
- 11 – Mente ()
- 12 – Rouba ()
- 13 – É nervoso ()
- 14 – Se zanga com facilidade ()
- 15 – Não se dá bem com os de casa ()
- 16 – É brigão, agressivo ()
- 17 – É cruel com menores e animais ()
- 18 – É uma criança triste ()
- 19 – Tem medo de muitas coisas ()
- 20 – Tem muito medo de algumas coisas ()
- 21 – Tem dificuldade de dormir ()
- 22 – Acorda gritando, tem pesadelos ()
- 23 – É tímido, retraído ()
- 24 – Acha que é pouco estimado ()
- 25 – É excessivamente preocupado ()
- 26 – Chora com facilidade ()
- 27 – Dá ataques quando chora ()
- 28 – Sente falta de ar (se contrariado) ()
- 29 – Tem dor de barriga (se contrariado) ()
- 30 – Tem dor de cabeça freqüentemente ()
- 31 – Tem desmaios, perde a consciência ()
- 32 – Tem crises convulsivas ()
- 33 – É esquecido, não presta atenção às coisas ()
- 34 – Tem dificuldade de aprender ()
- 35 – É retraído, abobalhado ()

Escore:

Data:

Para verificar se existe associação entre os grupos I, II e controle com relação às variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Quando os valores esperados são menores que 5, utiliza-se o teste exato de Fisher, sendo considerada significativa a associação quando o p-valor $\leq 0,05$.

Tabela 27: Tabelas de frequência da variável 'idade dos pais por ocasião do seu nascimento', por grupo

Grupo = I + II				
MAENASC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
Até 19	6	33.3	6	33.3
20 a 29	11	61.1	17	94.4
40 e +	1	5.6	18	100.0
PAINASC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
Até 19	1	5.9	1	5.9
20 a 29	12	70.6	13	76.5
29 a 39	2	11.8	15	88.2
40 e +	2	11.8	17	100.0
Frequency Missing = 1				
Grupo = Controle				
MAENASC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
20 a 29	11	61.1	11	61.1
29 a 39	6	33.3	17	94.4
40 e +	1	5.6	18	100.0
PAINASC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
20 a 29	5	31.3	5	31.3
29 a 39	9	56.3	14	87.5
40 e +	2	12.5	16	100.0
Frequency Missing = 2				

Tabela 28: Dupla entrada da variável 'mãe até 19 anos', por grupo

GRUPO	ADOLESC		
Frequency,			
Percent ,			
Row Pct ,			
Col Pct ,	não	sim	Total
I + II	12	6	18
	33.33	16.67	50.00
	66.67	33.33	
	40.00	100.00	
Controle	18	0	18
	50.00	0.00	50.00
	100.00	0.00	
	60.00	0.00	
Total	30	6	36
	83.33	16.67	100.00
Statistic			Prob
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.019

A diferença é significativa

Tabela 29: Dupla entrada da variável 'desejava a gravidez', por grupo

GRUPO	DESEJSN		
Frequency,			
Percent			
Row Pct			
Col Pct	N	S	Total
I + II	9	8	17
	25.71	22.86	48.57
	52.94	47.06	
	75.00	34.78	
Controle	3	15	18
	8.57	42.86	51.43
	16.67	83.33	
	25.00	65.22	
Total	12	23	35
	34.29	65.71	100.00
Statistic			Prob
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.035

A diferença é significativa

Tabela 30: Dupla entrada da variável 'desejava a gravidez', por estado civil dos pais na época do nascimento, por grupo

DESEJSN		ESTCVPAI				
Frequency,						
Percent ,						
Row Pct ,						
Col Pct ,	amasiado,	casado ,	namorado,	solteiro,	Total	

N	2 ,	5 ,	1 ,	4 ,	12	
	5.71 ,	14.29 ,	2.86 ,	11.43 ,	34.29	
	16.67 ,	41.67 ,	8.33 ,	33.33 ,		
	50.00 ,	20.00 ,	50.00 ,	100.00 ,		

S	2 ,	20 ,	1 ,	0 ,	23	
	5.71 ,	57.14 ,	2.86 ,	0.00 ,	65.71	
	8.70 ,	86.96 ,	4.35 ,	0.00 ,		
	50.00 ,	80.00 ,	50.00 ,	0.00 ,		

Total	4	25	2	4	35	
	11.43	71.43	5.71	11.43	100.00	

Statistic					Prob	
-----					-----	
Fisher's Exact Test (2-Tail)					0.0036	

A diferenca é significativa						

Tabela 31: Dupla entrada da variável 'planejou a gravidez', por grupo

GRUPO	PLANEJSN		
Frequency,			
Percent ,			
Row Pct ,			
Col Pct ,	N	S	Total
I + II	13 ,	4 ,	17
	37.14 ,	11.43 ,	48.57
	76.47 ,	23.53 ,	
	61.90 ,	28.57 ,	
Controle	8 ,	10 ,	18
	22.86 ,	28.57 ,	51.43
	44.44 ,	55.56 ,	
	38.10 ,	71.43 ,	
Total	21	14	35
	60.00	40.00	100.00
Statistic			Prob
Chi-Square			0.053

A diferença é levemente significativa

Tabela 32: Dupla entrada da variável 'sensação de puerpério, por desejou a gravidez', por grupo

DESEJSN	PUERPERI				
Frequency,					
Percent					
Row Pct					
Col Pct	NS	bem	normal	tristeza	Total
N	4	4	1	3	12
	11.43	11.43	2.86	8.57	34.29
	33.33	33.33	8.33	25.00	
	100.00	25.00	11.11	50.00	
S	0	12	8	3	23
	0.00	34.29	22.86	8.57	65.71
	0.00	52.17	34.78	13.04	
	0.00	75.00	88.89	50.00	
Total	4	16	9	6	35
Statistic					Prob
Fisher's Exact Test (2-Tail)					0.010

A diferença é significativa

A diferença se deu pelo grupo que respondeu que não sabe que são 4 pessoas que rejeitaram

Tabela 33: Dupla entrada da variável 'alcoolismo paterno', por grupo

GRUPOS	ALCOLPAI		
Frequency,			
Percent			
Row Pct			
Col Pct	N	S	Total
I + II	8	9	17
	22.86	25.71	48.57
	47.06	52.94	
	36.36	69.23	
Controle	14	4	18
	40.00	11.43	51.43
	77.78	22.22	
	63.64	30.77	
Total	22	13	35
	62.86	37.14	100.00
Statistic			Prob
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.086

A diferença não é significativa

Existe uma leve tendência ao alcoolismo paterno estar mais presente nos grupos I e II.

Tabela 34: Frequência da variável 'aleitamento materno', por grupo

Grupo = I + II					Grupo = Controle				
Cumulative MAMOSEIO Percent	Frequency	Percent	Cumulative Frequency		Cumulative MAMOSEIO Percent	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Percent
N	3	16.7	3	16.7	S	17	94.4	17	94.4
S	15	83.3	18	100.0					

Tabela 35: Frequência da variável 'tempo de aleitamento materno', por grupo

Grupo = I + II					Grupo = Controle				
Cumulative MAMTEMP Percent	Frequency	Percent	Cumulative Frequency		Cumulative MAMTEMP Percent	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	
--					--				
0 - 2m	3	20.0	3		0 - 2m	1	5.9	1	
20.0					5.9				
3 - 4m	3	20.0	6		5 - 6m	1	5.9	2	
40.0					11.8				
5 - 6m	1	6.7	7		7 e +	15	88.2	17	
46.7					100.0				
7 e +	8	53.3	15						
100.0									
				Frequency Missing = 3					Frequency Missing = 1

Tabela 36: Frequência das variáveis ‘idade atual do paciente’ (idade), ‘forma clínica’ (tipo), ‘trauma associado com o aparecimento do vitiligo’ (trauma), ‘idade de aparecimento da primeira lesão’ (Idlesão), ‘tratamentos alopáticos anteriores’ (Alopat), ‘melhora medicamentosa’ (Melmed), ‘melhora espontânea’ (Melesp), ‘período em que a doença esteve estacionada’ (Est), ‘período de piora da doença’ (Piora)

	Nome	Idade	Tipo	Trauma	Idlesao	Alopat	Melmed	Melesp	Est	Piora
GI	A	13	gen.	internação psiquiátrica	3	S	Há 2a	N	3.5 - 7	7 - 11
	B	10	gen.	mudança de estado	6	N	Há 2a	N	7 - 8	6 - 7
	C	11	Genital	não sabe	4	N	N	cura	7 - 9	4 - 7
	D	12	gen.	queimadura	5	N	Há 2a	N	9 - 10	5 - 8
	E	9	gen.	problemas com irmãos	4	N	Há 2a	N	7 - 9	4 - 7
	F	11	gen.	abandono (pai/mãe)	7	S	Há 1a	N	9 - 10	7 - 9
	G	13	loc.	problemas com irmãos	10	N	N	N	11-13	10 - 11
	H	12	Genital	brigas dos pais	10	N	N	cura	10-11	10a
	I	12	gen.	problemas com irmãos	9	S	Há 2a	N	10-11	8.5 - 10
GII	J	13	gen.	problemas com irmãos	6	S	9-10	N	11-13	6 - 8
	K	9	seg.	não sabe	2	S	N	N	5 - 9	2 - 5
	L	10	gen.	problemas com irmãos	2	S	7-9	N	5 - 6	2 - 5
	M	13	gen.	Problemas com irmãos	9	N	N	N	11-13	9 - 11
	N	9	gen.	Queimadura	3	S	5-9	N	NS	3 - 5
	O	11	gen.	Abandono (pai/mãe)	7	S	N	N	NS	7 - 11
	P	13	gen.	Brigas dos pais	2	S	10-13	N	8 - 10	2 - 8
	Q	12	gen.	Mudança de estado	7	S	N	N	9 - 12	7 - 9
	R	13	loc.	Morte parente	11	N	N	N	NS	11 - 13

Tabela 37: Dupla entrada entre as variáveis 'grupo' e 'melhora' com o tratamento

Grupos	Cura	Melhora	Piora	Estacionário
I	2	6	0	1
II	0	3	2	4
Total	2	9	2	5

MELH	GRUPO		
Frequency,			
Percent ,			
Row Pct ,			
Col Pct ,	1,	2,	Total
cura	2 ,	0 ,	2
	11.11 ,	0.00 ,	11.11
	100.00 ,	0.00 ,	
	22.22 ,	0.00 ,	
estacion	1 ,	4 ,	5
	5.56 ,	22.22 ,	27.78
	20.00 ,	80.00 ,	
	11.11 ,	44.44 ,	
melhora	6 ,	3 ,	9
	33.33 ,	16.67 ,	50.00
	66.67 ,	33.33 ,	
	66.67 ,	33.33 ,	
piora	0 ,	2 ,	2
	0.00 ,	11.11 ,	11.11
	0.00 ,	100.00 ,	
	0.00 ,	22.22 ,	
Total	9	9	18
	50.00	50.00	100.00
Statistic	Prob		
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.110

A diferença não é significativa

MELH	GRUPO		
Frequency,			
Percent ,			
Row Pct ,			
Col Pct ,	1,	2,	Total

melhora	8 ,	3 ,	11
	44.44 ,	16.67 ,	61.11
	72.73 ,	27.27 ,	
	88.89 ,	33.33 ,	

piora	1 ,	6 ,	7
	5.56 ,	33.33 ,	38.89
	14.29 ,	85.71 ,	
	11.11 ,	66.67 ,	

Total	9	9	18
	50.00	50.00	100.00
Statistic			Prob

Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.050

A diferença é significativa

FRAGMENTOS DE DISCURSOS DOS PARTICIPANTES

As alterações emocionais revelaram ser conseqüentes de problemas familiares, conjugais, escolares, mudanças, perdas, etc, envolvendo tanto a própria criança quanto os familiares.

Apresentam-se a seguir alguns fragmentos de discurso do grupo de criança com vitiligo e dos pais:

Na primeira sessão do grupo de crianças a terapeuta propõe que cada criança desenhe a si mesma para se apresentar ao grupo.

‘Eu nem sei como sou’

‘Eu estou no barro’

Enquanto desenhavam conversavam espontaneamente sobre o tratamento.

‘Não gosto de passar pomada e nem de tomar sol’, diz uma criança

‘Eu detesto tomar sol’

‘Um dia tomei sol no rosto e depois fiquei com as manchas nos olhos. Agora eu tenho que tomar sol para esconder as manchas’

‘Eu sempre fico no sol, mas porque minha mãe me enche o saco’

‘Eu detesto tomar sol, porque fico vendo estrelinhas’

No grupo de pais nas primeiras sessões cada um conta a sua história de vida

Todos têm ou tiveram problemas de alcoolismo na família

‘O problema em casa é o alcoolismo do meu marido’

‘Prá fugir de casa eu casei. Ele era alcoólatra. Tive filho e daí foi mais desgraça’

‘Meu problema é o marido. Depois de 10 anos de casada começou a beber e jogar’

‘Penso em divorciar. As filhas não gostam muito do pai. Ele é alcoólatra’

‘A V. não gosta do pai, foi depois da briga com o pai que apareceu vitiligo no joelho. Ela mudou o canal da TV, ele bateu nela e disse que se ela fizesse isso de novo, ele ia matar ela picadinho’

‘A K fica com a avó. A mãe dá aquela sumida e foi disso então que surgiu o vitiligo. A ausência da mãe foi que causou o vitiligo nela. Não sabia se a mãe estava morta ou viva e de repente ela aparecia e sumia. Do pai, tem muita mágoa’

‘Morreu um tio de acidente de moto, na mesma época que nasceu a irmã da M. Foi quando apareceu o vitiligo’

Em outra sessão do grupo de crianças a terapeuta observa muita agressividade nas brincadeiras. Ao propor que se converse sobre a atitude do grupo alguns contam sobre episódios de agressividade na escola, com colegas e professores, e em casa com os irmãos.

‘Eu já ouvi falar que vitiligo é o nervosismo’

‘Quando fico nervosa, minhas manchas ficam todas vermelhas’

Todos concordam dizendo que ficam iguais, quando ficam nervosos.

E referindo aos pais e irmãos, comentam:

‘Minha mãe é muito nervosa. Não tenho como ficar calma. Minha irmã também me tira do sério’

‘A minha também é, mas, acho meu pai pior’

‘A minha vive batendo em mim por causa da minha irmã. Às vezes tenho vontade de matar minha irmã por isso’

Vocês conversam com seus pais?

‘Minha mãe conversa bastante comigo’

‘A minha não tem conversa não’

Em outra sessão:

E o relacionamento com os colegas?

‘Já deixei de sair com minhas amigas’

‘Acabo brincando mais sozinha em casa’

‘Elas (colegas) acham que (o vitiligo) pega’

Nesta sessão os integrantes mostram suas manchas uns para os outros dizendo que já diminuiram. Contam como as manchas ficam quando estão nervosas e como elas apareceram.

Comentam sobre os efeitos do grupo onde elas brincam e conversam.

‘Conversar também ajuda’

‘É bom a gente poder desabafar’

‘Se remédio adiantasse esse pessoal que toma calmante já tinha sarado’

No grupo de pais desse mesmo dia:

‘As manchas já estão sumindo’

‘A V. passou de ano’

Todos os integrantes do grupo de crianças passaram de ano.

‘Eu melhorei bastante’, comenta uma das mães.

‘As vezes eu grito pra me aliviar. Aprendi aqui que devo falar e não gritar’, diz outra.

‘Hoje eu aprendi o poder da palavra que é grande e às vezes a gente não consegue falar. Vou tentar falar cada vez mais. A palavra bem dita às vezes cai direitinho, vai lá embaixo direitinho onde tem que ir’

