

## Traços Atitudinais da Imagem Corporal e Qualidade de Vida em Indivíduos com Vitiligo Sedentários e Fisicamente Ativos

Lucilene Ferreira\*, Amanda Dias Postigo\*, Marcelo Callegari Zanetti\*\* e Angela Nogueira Neves\*\*\*

*ATTITUDINAL TRAITS OF BODY IMAGE AND QUALITY OF LIFE IN SEDENTARY AND PHYSICALLY ACTIVE INDIVIDUALS WITH VITILIGO*

KEYWORDS: Vitiligo, body image, quality of life.

ABSTRACT: Vitiligo is a chronic cutaneous disease characterized by blemishes of pure white color and with sharp edges of different sizes and shapes. The aim of this study was to verify if there are differences between people with vitiligo who are physically active and sedentary in relation to the quality of life and attitudinal traits of the body image – social physical anxiety, self-esteem and body appreciation. Then, if the frequency of exercise practice causes differences in the same variables. The sample consisted of 109 participants with vitiligo, of both sexes. Social Physique Anxiety Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Vitiligo-Specific Health-Related Quality of Life Instrument and Body Appreciation Scale, in their adapted versions for Brazil, were used in the evaluation of the constructs under study. Data were analyzed with Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test, adopting 95% of confidence level. The results pointed to significant differences in the quality of life among physically active and sedentary men, and those who exercise more frequently show a better quality of life. Regarding the female sample, data showed that sedentary women had a higher level of social physical anxiety, a lower level of body appreciation and a worse quality of life than the physically active ones. However, there were no significant differences in the frequency of physical exercise among women. Physical exercise is a potential resource for improving, especially the quality of life for men and women, and physical social anxiety and body acceptance in women with vitiligo. This is a process that can be facilitated by the professional when working their body's physical experiences, considering the physical, physiological, emotional and special barriers of them.

O vitiligo é uma doença cutânea crônica adquirida, idiopática, caracterizada por máculas de cor branca pura e com bordos nítidos de diferentes tamanhos e formas, com tendência a aumentar centrifugamente de tamanho (Firooz, 2004). A classificação dada às diferentes manifestações clínicas do vitiligo buscou contemplar a variabilidade de distribuição e tamanho da superfície da pele atingida pela despigmentação. Assim, pode exibir as formas localizada, na qual se exibe máculas em áreas bem definidas (nos tipos focal, segmentar e mucoso); generalizada, no qual se exibe máculas em pontos distintos do corpo (nos tipos acrofacial, vulgar e misto) e universal, no qual a despigmentação atinge 50% da pele ou mucosas (Nunes e Esser, 2011). Sua etiologia não está bem definida, mas é aceita a concepção de que seja multifatorial, tendo aspectos genéticos, mecanismos autoimunes, eventos estressores, infecções prévias, anormalidades neurogênicas e disfunções no receptor da melatonina como fatores influenciadores relevantes (Ortone, 2011). A prevalência mundial dessa doença hipopigmentosa varia entre 0,5% a 2% (Vitiligo Research Foundation, 2017) podendo ocorrer em qualquer idade, mais ou menos por volta dos 20 anos, não havendo diferenças significativa de prevalência entre os sexos (Steiner, Bedin, Moraes, Villas, e Steiner, 2004; Szczurko e Boon, 2008).

As experiências de estigmatização são muito comuns. As pessoas com vitiligo reportam serem comumente encaradas ou evitadas por repulsa das alterações em sua aparência, recebem comentários rudes, experienciam algum tipo de discriminação no

trabalho e respondem perguntas de estranhos sobre suas manchas brancas (Garg e Sarkar, 2014; Krüger e Schallreute, 2015). Ademais, embora o vitiligo não represente risco de vida e não cause dor, a desfiguração na pele causada por ele faz com que a pessoa passe por importante sofrimento psíquico, lidando com sentimentos de vergonha, inadequação, isolamento social, baixa autoestima, ansiedade físico social, que impactam diretamente a integridade do ego, a qualidade de vida e a imagem corporal (Matoo, Handa, Kaur, Gupta, e Malhotra, 2002; Silvan, 2004; Locala, 2009; Rashid, 2011; Karelson, Silm e Kingo, 2013; Pahwa, Mehta, Khaitan, Sharma, e Ramam, 2013; Ramakrishna e Rajni, 2014; Shah, Hunt, Webb, e Thompson., 2014; Khattri, Bist, Arun, e Mehta, 2015). Em especial, estes dois últimos constructos foram explorados nessa pesquisa.

Imagem corporal é a representação mental do corpo (Schilder, 1980). É singular, baseada na nossa realidade corporal e nos significados de experiências vividas constituídas pelas nossas relações sociais e pelos aspectos de nossa personalidade (Tavares, 2003). A representação mental do corpo não é estática; antes, a imagem corporal é tanto uma estrutura quanto um processo (Shontz, 1969). A imagem corporal desconstrói-se e reconstrói-se sob o cerne estável da identidade, que dá ao sujeito referências primordiais de si e esse dinamismo relaciona-se com o desenvolvimento da imagem corporal (Schilder, 1980). Possibilita ao sujeito ressignificar elementos de sua vida e incorporá-los, num novo significado, à sua identidade (Tavares, 2003). A percepção subjetiva do sujeito está então, conectada com a imagem corporal e este é um aspecto

Correspondência: Centro de Capacitação Física do Exército, Escola de Educação Física do Exército, Divisão de Pesquisa e Extensão. Avenida João Luis Alves, s/n, Urca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 22291-090. +55 21 998309051. Email: [angelaneves.esefex@yahoo.com.br](mailto:angelaneves.esefex@yahoo.com.br)

\* Universidade Sagrado Coração, Bauru, SP, Brasil.

\*\* Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, Brasil.

\*\*\* Escola de Educação Física do Exército, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

"Artículo invitado con revisión por pares"

ênfatisado nas definições de qualidade de vida (Tavares, 2004).

É a partir da interação com o mundo que o sujeito vivencia suas próprias percepções, num movimento de ampliação da consciência, reconhecendo-se como agente transformador do mundo, estabelecendo seu olhar sobre si mesmo e sua forma de “ver” o mundo. Assim, podemos considerar a expansão da consciência, própria do desenvolvimento da imagem corporal, como um agente de influência positiva na qualidade de vida, uma vez que o sujeito tem ampliada as possibilidades de modificar as contradições e situações desconfortáveis vivenciadas e alterar a percepção das experiências em sua vida e no contexto social (Tavares, 2004).

É pertinente considerar que alguns tipos de experiências corporais são particularmente positivas para promover a conexão do indivíduo com sua realidade corporal, ser aceito e se aceitar, elaborar as perdas e reconhecer as vulnerabilidades (Krueger, 2002; 2001). Entre estas experiências destacam-se aquelas que podem emergir durante a prática de atividade física. Apesar de seu reconhecido valor, há algumas barreiras que dificultam o acesso das pessoas com vitiligo à prática regular de atividade física.

A exposição solar da pele é uma das principais barreiras físicas no processo de aderência das pessoas com vitiligo à prática de exercício físico, sob risco de sua exacerbação (Karamfilov e Elsner, 2002). Este é um fator de especial relevância no Brasil, com clima tropical, no qual predomina os dias ensolarados. Entretanto, a proteção solar adequada minimiza esse risco e permite que as pessoas com vitiligo pratiquem exercícios físicos em ambiente aberto (Purim e Leite, 2010).

Outra barreira importante é fisiológica, e diz respeito ao estresse oxidativo causado pelo exercício físico. Uma das causas do vitiligo é a degeneração de melanócitos, causada pelas ROS (reactive oxygen species), um oxidante produzido nas reações químicas das células da pele no processo de defesa do corpo contra agentes agressivos (Pelle, Mammone, Maes, e Frenkel, 2005). Nesse caso, há dois extremos: os exercícios moderados e regulares parecem oferecer proteção contra o estresse oxidativo, enquanto exercícios ocasionais, realizados sem preparo físico adequado, parecem mediar o estresse oxidativo (Kruk e Duchnik, 2014).

Uma terceira barreira é a emocional. Pacientes com vitiligo tendem a se isolar, “sentem-se feios, sentem-se outro, não conseguem esclarecer quem são nessa nova identidade corporal... gostariam de não ser diferentes ... anônimas na multidão” (Szabo e Brandão, 2016, p.959). A função e a aparência corporal são aspectos que afetam a reação dos outros em relação ao corpo do indivíduo, como o próprio sujeito interage com o mundo social e a visão interna do próprio corpo (Cash, 2000). Nesse movimento, sair de casa, participar de atividades sociais, estar com outras pessoas passa a ser um desafio, pois o olhar do outro também diz algo sobre o olhar do sujeito sobre si mesmo (Schilder, 1980). A imagem corporal de uma pessoa com alterações na aparência é fortemente influenciada por percepções e atitudes em relação ao corpo “não-normal”; a pessoa precisa lidar com a visão social e com sua própria visão de sua desfiguração concomitantemente, e assim, as alterações que ocorrem na imagem corporal após o início da alteração na pele causada pelo vitiligo é dada por essas experiências de olhar e pelas experiências corporais que as seguem (Harcourt & Rumsey, 2011). Todavia, sair para a prática do exercício físico pode se tornar um fator importante no processo de reconfiguração da identidade corporal. Para Tavares (2003), a atividade física e o exercício físico devem proporcionar ao indivíduo vivências que possibilitem desenvolvimento de sua imagem corporal, o que implica, em última instância, tornar-se consciente de seus próprios sentimentos e

reações fisiológicas em relação ao corpo e ao movimento, respeitando seus limites e suas possibilidades. Pode ser um meio para retomar o desenvolvimento da imagem corporal, porquanto permite ao sujeito encontrar lugares de afeto, de novas vivências corporais que ofereçam oportunidades de reconstruir a identidade, apesar das lacunas (Neves, 2015). Segundo Krueger (2002), para alcançar este intento, os trabalhos com exercícios físicos, atividades físicas ou terapias corporais devem permitir uma experiência direta do “eu” corporal e do afeto, sem culpa. Para os profissionais que trabalham com atividade física e movimento, cria-se uma expectativa sobre suas possibilidades de intervenção para a promoção de uma identidade corporal integrada (Neves, Hirata e Tavares, 2015).

Considerando esses argumentos, o objetivo deste trabalho foi verificar se há diferenças entre pessoas com vitiligo que são fisicamente ativas e sedentárias em relação à qualidade de vida e traços atitudinais da imagem corporal – ansiedade físico social, autoestima e apreciação do corpo. Num segundo momento, verificar se dentre aquelas que são fisicamente ativas, há diferença nas mesmas variáveis em relação à frequência da prática de exercícios.

## Método

### Participantes

A amostra foi selecionada de forma não probabilística, adotando dois critérios de inclusão: apresentar o diagnóstico de vitiligo por pelo menos 1 ano e possuir 18 anos de idade ou mais. Foram convidados a participar da pesquisa pacientes do Hospital Lauro Souza Lima, na cidade de Bauru (SP). Utilizando-se da amostragem por bola de neve, outros participantes foram identificados na comunidade em geral, indicados por participantes prévios. Considerando-se o objetivo do trabalho e determinando-se tamanho de efeito de .8 (grande), nível de confiança de 95% e intervalo de confiança de 5%, o tamanho amostral mínimo calculado foi de 84 participantes (Faul, 1992).

A amostra do estudo foi composta por 109 participantes - dos quais 59.6% (65 participantes) eram mulheres, com idade média de 32.29 ( $\pm$  11.09; max = 59; min = 18) anos e tempo médio de diagnóstico do vitiligo de 13.70 ( $\pm$  10.11; max = 40; min = 1) anos. Em relação ao tipo de vitiligo, 41.3% (45 participantes) foram diagnosticados com a forma localizada e 58.7% com a forma generalizada. Do total, 36.7% (40 participantes) estavam solteiros, viúvos, divorciados ou sem qualquer tipo de relacionamento, estando os demais 63.3% em algum tipo de relacionamento afetivo. Em relação ao nível educacional, 11.9% (13 participantes) tinha nível fundamental, 24.8% (27 participantes) tinha nível médio, 52.3% (57 participantes) tinha nível superior e 11% (12 participantes) tinha nível de pós-graduação. Por fim, em relação à prática de atividade física, 53.8% do total (58 participantes) declararam-se fisicamente ativos, sendo que 13.8% (15 participantes) praticavam exercícios de 1 a 2 vezes por semana, 23.9% (27 participantes) de 3 a 5 vezes na semana e 14.7% (16 participantes) de 6 a 7 vezes por semana.

### Instrumentos de avaliação

**Social Physique Anxiety Scale (SPAS; Hart, Leary e Rejesky, 1989).**

A SPAS é uma escala originalmente unifatorial de 12 itens, criada para avaliar a ansiedade que se pode experimentar em resposta à avaliação de outra pessoa sobre seu físico/aparência. No Brasil, a escala foi validada por Campana (2011), e Neves,

Neves, Zanetti, Brandão e Ferreira (in press), tendo estrutura fatorial distinta para homens e para mulheres. Para a amostra feminina, o modelo com melhor ajuste foi unidimensional com 10 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12); RMSEA = .065, GFI = .99, AGFI = .99, NFI = .99, CFI = 1, NNFI = 1; e para a amostra masculina o melhor ajuste ocorreu no modelo unidimensional de 9 itens (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12); RMSEA = .076, GFI = .99, AGFI = .98, NFI = .98, CFI = .99, NNFI = .99. As respostas das escalas estão dispostas numa escala tipo Likert de cinco pontos, que variam de 1 = nada parecido comigo a 5 = tudo a ver comigo. O escore final da escala é dado pela soma de todos os itens. Quanto maior a soma do escore, maior é o grau de ansiedade frente ao olhar do outro. Na amostra deste estudo, o alpha de *Cronbach* foi de  $\alpha = .82$  para a amostra feminina e  $\alpha = .90$  para a amostra masculina.

#### **Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1979).**

A RSES é constituída por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. A versão Brasileira da RSES validada por Hutz e Zanon (2011) foi usada nesse estudo. Após a realização de análise fatorial exploratória, os autores determinaram que a melhor explicação da estrutura fatorial foi àquela organizada em apenas um fator, conforme modelo original da medida. Metade dos itens está enunciada positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta (concordo totalmente = 4; concordo = 3; discordo = 2 e discordo totalmente = 1). O escore final é dado pela soma de todos os itens. Quanto maior a soma do escore, mais elevada pode ser considerada a auto-estima. Neste estudo, o teste de alpha de *Cronbach* mostrou um adequado nível de confiabilidade interna  $\alpha = .86$ .

#### **Body Appreciation Scale (BAS; Avalos, Tylka e Wood-Barcalow, 2005).**

A BAS mensura a apreciação do corpo, um aspecto da Imagem Corporal Positiva. A versão Brasileira do instrumento foi feita em amostra de ambos os sexos, empregando análise fatorial exploratória. A solução unifatorial encontrada foi formada por 10 dos 13 itens originais - itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11 e 13 (Swami, Campana, Ferreira, Barret, Harris, e Tavares, 2011). As respostas estão dispostas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, que variam entre nunca = 1 a sempre = 5. Para ter o resultado da escala, soma-se todos os itens. O escore final é dado pela soma de todos os itens. Quanto maior a soma do escore, maior é a apreciação corporal. Na presente pesquisa,  $\alpha = .91$ .

#### **Vitiligo-Specific Health-Related Quality Of Life Instrument (VitiQol; Lilly et al., 2013).**

O VitiQol é um instrumento de 15 itens, que variam em um escore de 0 (nunca) a 6 (o tempo todo), criado para investigar a qualidade de vida em indivíduos com vitiligo. Tem ainda um item adicional, que avalia numa escala de 0 (sem envolvimento da pele) a 6 (o pior caso) a severidade percebida pelo paciente do vitiligo. O escore final é dado pela soma de todos os itens. Na VitiQol, maiores escores indicam pior qualidade de vida. A versão brasileira (Boza, Fabbrin, Giongo, Kundu, Horn e Cestari, 2015) foi validada para ambos os sexos, para pacientes que tinham recebido diagnóstico há aproximadamente 11 anos. Todos os itens foram mantidos na versão brasileira do instrumento, que apresentou evidências satisfatórias de confiabilidade interna e estabilidade temporal. Na presente pesquisa,  $\alpha = .94$ .

#### **Questionário demográfico.**

Especialmente desenvolvido para esta pesquisa, no qual foram coletadas informações reportadas pelos próprios

participantes sobre idade, sexo, escolarização, estado civil, prática e frequência da atividade física.

#### **Procedimentos**

O estudo teve início apenas após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração sob o parecer nº 1.119.791 de 30/05/2015 (CAAE: 45547915.9.0000.5502). A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a agosto de 2016, no Hospital Lauro de Souza Lima e em visitas domiciliares de pacientes indicados por participantes prévios. Após terem sido informados oralmente dos objetivos da pesquisa, os participantes individualmente leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam, em ambiente privado, o pacote com os instrumentos de pesquisa. Nenhum tipo de compensação foi oferecido em retribuição à participação, que foi completamente voluntária.

#### **Análise de dados**

Para cada escala, foi avaliada inicialmente a consistência interna das mesmas para os dados e caso algum fator fosse  $\alpha < 0,70$  este seria excluído da análise. Sequencialmente, o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* mostrou que os dados não eram aderentes à distribuição normal e o teste de *Mann-Whitney* foi usado para investigar diferenças entre grupos, formados de acordo com a prática de exercício físico. Foi adicionalmente investigado se a frequência da prática de exercício físico tinha alguma influência sobre as variáveis. Para este fim, utilizamos o teste *Kruskal-Wallis*, seguido pelo teste de *Mann-Whitney* com a aplicação da correção de *Bonferroni*, o que por sua vez resultou num nível de significância estabelecido em  $p < .017$ . Ademais, como a imagem corporal tem forte influência do sexo (Thompson, 2004; Campana e Tavares, 2009) os dados das amostras masculina e feminina foram analisados separadamente.

Para todos os testes, com exceção daqueles que foram corrigidos por *Bonferroni*, foi utilizado nível de confiabilidade de 95%. O software SPSS, versão 21, foi utilizado para todas as análises.

## **Resultados**

#### **Amostra masculina.**

Na amostra masculina ( $n = 44$ ), o teste U de *Mann-Whitney* indicou haver diferenças significantes entre os homens fisicamente ativos ( $n = 28$ ) e sedentários ( $n = 16$ ) apenas em relação à qualidade de vida ( $U = 120, p = .01, r = .38$ ), sendo que aqueles que praticam exercício físico tem melhor qualidade de vida ( $Md = 18.79$ ) que homens sedentários ( $Md = 29$ ).

Quando se analisa especificamente se a frequência de prática do exercício físico tem alguma influência sobre as variáveis em estudo, o teste de *Kruskal-Wallis* indicou haver diferenças significantes em relação à qualidade de vida ( $\chi^2 = 10.32, p = .01$ ) e à ansiedade físico social ( $\chi^2 = 6.51, p = .04$ ). O teste *post hoc* apontou que a qualidade de vida dos homens da amostra que praticam exercício físico de 6 a 7 vezes por semana é melhor que aqueles que praticam exercício físico de 1 a 2 vezes por semana ( $U = 1, p = .001, r = .79, Md = 3.67$  e  $Md = 10.38$ , respectivamente). Ainda, aqueles que praticam exercício de 6 a 7 vezes ( $Md = 4.83$ ) por semana também apresentam melhor qualidade de vida que aqueles que praticam exercício de 3 a 5 vezes por semana ( $Md = 12.93$ ),  $U = 8, p = .003, r = .62$ . Em

relação à ansiedade físico social, o teste de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni* não foi suficientemente sensível para indicar entre quais grupos estavam as diferenças.

#### Amostra feminina.

Já na amostra feminina ( $n = 65$ ), o teste U de *Mann-Whitney* indicou haver diferenças significantes entre mulheres fisicamente ativas ( $n = 30$ ) e sedentárias ( $n = 35$ ) em relação à ansiedade físico social ( $U = 280.5, p = .001, r = .39$ ), à apreciação corporal ( $U = 261.5, p < .001, r = .43$ ) e à qualidade de vida ( $U = 272.5, p = .001, r = .41$ ). Os dados evidenciaram que as mulheres sedentárias tinham nível mais elevado de ansiedade físico social ( $Md = 39.99$ ), menor nível de apreciação corporal ( $Md = 25.46$ ) e qualidade de vida pior, ( $Md = 40.21$ ), que as mulheres fisicamente ativas, ( $Md = 24.85, Md = 41.8$  e  $Md = 24.58$ , respectivamente).

Entre as mulheres fisicamente ativas, a frequência semanal da prática do exercício físico não tem influência na ansiedade físico social ( $\chi^2 = .27, p = .87$ ), na apreciação corporal ( $\chi^2 = .84, p = .65$ ), na autoestima ( $\chi^2 = 4.22, p = .12$ ), assim como não na qualidade de vida ( $\chi^2 = .62, p = .73$ ).

## Discussão

O objetivo desta pesquisa era determinar se a prática e a frequência da prática de exercício físico teriam alguma influência em variáveis atitudinais da imagem corporal que poderiam ser mais afetadas pelas alterações na pele, a ansiedade físico social, a autoestima e a apreciação do corpo, assim como a qualidade de vida.

Tanto a atividade física quanto o exercício físico têm sido apontados como precursores e mantenedores de inúmeros benefícios físicos e mentais (Penedo e Dahn, 2005; Södergren, Sundquist, Johansson, e Sundquist, 2008). A atividade física relaciona-se a qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos e que resulta em consumo de energia. O exercício físico, por sua vez, é uma atividade física que é planejada, estruturada, repetitiva e com um objetivo a ser atingido, por exemplo, exercícios aeróbicos e resistidos (Caspersen, Powell, e Christenson, 1985).

Nossos dados demonstraram que, especialmente para as mulheres, a prática de exercício físico teve influência positiva na ansiedade físico social - que versa especificamente sobre a ansiedade causada pela avaliação, real ou imaginária, da aparência feita por outrem (Hart, Leary, e Rejesky, 1989). Esse é um dado relevante, já que a ansiedade físico social tem sido relatada como um constructo que impacta de forma importante e abrangente os pacientes com vitiligo (Aghaei, 2006). A ansiedade em relação ao olhar do outro limita as atividades sociais, as relações pessoais íntimas, dificulta as relações de trabalho e ainda, modula o olhar sobre si mesmo. Todas essas limitações acabam por impactar a qualidade de vida, uma vez que a percepção do mundo fica mais negativa. Nesse sentido, a evidência aqui gerada, mostra uma possibilidade de ter uma ação concreta para a minimização desse sentimento negativo.

As mulheres de nossa amostra que praticam exercício físico também geraram evidências de uma melhor apreciação do corpo, que diz respeito a gostar de si, a aceitar-se apesar das imperfeições e a se cuidar, a despeito de atender ou não ao padrão de beleza vigente (Avalos, Tylka e Wood-Barcalow, 2005). Ser considerado belo depende da concordância com padrões de beleza vigentes, constituídos de acordo com parâmetros que determinam o adequado e o ideal naquela

cultura específica (Mauss, 1974). Para as mulheres, belo é o corpo magro, a pele clara e sem marcas ou rugas, cabelos lisos e olhos, de preferência, claros também (Vigarello, 2006; Grogan, 2008). Estar fora destas expectativas pode gerar desde um estado de insatisfação até um profundo desconforto, que implica numa condição mais estressante e inibitória que a insatisfação corporal inicial (Rosen, Orosan, e Reiter, 1995). As manchas na pele causadas pelo vitiligo tiram das mulheres a possibilidade atingir plenamente o padrão social de beleza, mas as evidências apontam para uma oportunidade de viver bem consigo a despeito desse fato, sendo o exercício físico um instrumento potencial para o movimento de reintegração da imagem corporal que se construiu após o aparecimento das manchas brancas na pele e das subsequentes alterações na pele.

Já a qualidade de vida foi um constructo que variou, tanto para homens quanto para mulheres entre os grupos sedentários e fisicamente ativos, tornando-se melhor para estes últimos. É bem estabelecido que pessoas com vitiligo tem alta carga de estresse e experiência de estigmatização frequentes geradas por sua condição (Aghei, 2006). A estigmatização provoca uma percepção subjetiva de ser inferior, de ter menor valor, de merecer menos que os outros as oportunidades e a felicidade na vida. Kent e Al'Abadie (1996) constataram que a experiência de estigmatização foi responsável por uma variação de 39% da qualidade de vida, para níveis inferiores, em pacientes com vitiligo. Já o estresse é reconhecido como um dos possíveis elementos desencadeadores do vitiligo – por aumentar os níveis dos hormônios neuroendócrinos, levando a danos nos melanócitos, por afetar o sistema autoimune – alterando o número de neuropeptídeos (Passard, 2010).

Minimizar estes estados negativos da imagem corporal e melhorar a qualidade de vida deve ser um dos objetivos terapêuticos do tratamento do vitiligo – multidisciplinar por excelência. Atuais intervenções terapêuticas para vitiligo, incluindo terapia oral, tópica, combinação, camuflagem, terapia cognitivo-comportamental e enxerto, já se mostram efetivas para a melhora da qualidade de vida e redução do estresse, com menos efeito nas dimensões sociais e funcionais (Lert, 2010). Nossos dados evidenciam o exercício físico como mais um recurso de apoio na terapêutica do vitiligo, frente aos resultados aqui evidenciados. Essa possibilidade, vem ao encontro das conclusões de por Trapp *et al.*, (2015). Os autores observaram que pacientes com vitiligo apresentaram maior excitação vegetativa para a tarefa de estresse físico do que os controles, e concluíram que pacientes com vitiligo podem se beneficiar de uma intervenção terapêutica multidisciplinar com treinamentos físicos relaxantes e intervenções comportamentais, como formas de reduzir a excitação individual e melhorar a qualidade de vida.

É relevante ainda comentar a diferença da influência da prática de exercício físico entre homens e mulheres nas variáveis do estudo. Nas mulheres não houve diferença significativa na frequência dos exercícios em nenhuma das variáveis. Nessa amostra feminina, não é exatamente o quanto de exercícios que se faz que é importante, mas sim, começar a fazê-los – em especial para a qualidade de vida, ansiedade físico social e apreciação do corpo. Já para os homens, a respeito da qualidade de vida, mais é melhor: maior frequência de exercícios parece ter efeito mais positivo sobre a qualidade de vida. Esses resultados estão em acordo com o conceito de que homens e mulheres cuidam e concebem de forma distinta a saúde física, emocional e social. Homens tendem a considerar

corpo mais como um instrumento para a ação, que deve ter sua função preservada, sendo sua capacidade de trabalho, de resistir, a potencia de trabalho como aspectos de maior importância que apenas aparência - o que seria considerado vaidade excessiva, e por isso “errado” (Bottamini e Ste-Marie, 2006). Já as mulheres também se preocupam com a função corporal, mas a aparência, manter o corpo apresentável ao outro tem um peso adequado é muito relevante (Saltonstall, 1993). Exercícios mais frequentes exacerbam potencialmente estas características e podem então, explicar a melhor percepção da qualidade de vida encontrada em nossos dados para os homens. Já para as mulheres, o exercício é uma parte da questão, e apenas o fato de passar a compor os recursos de manejo da aparência parecem já fazer efeito, independentemente da frequência, já que a percepção de melhora não vem exclusivamente desta fonte, mas de uma combinação de ações para melhora da aparência – como dietas, vestuário, maquiagem ou tatuagem pigmentosa (Lert, 2010).

O fato de não podermos generalizar os resultados aqui encontrados é uma das limitações desse trabalho. Mesmo tendo buscado uma amostra de tamanho estatisticamente adequado, usando uma técnica de seleção amostral que permitiu acesso a

pessoas na comunidade geral, não apenas no ambiente hospitalar, ela ainda não é aleatória. Por ser um estudo transversal, não podemos afirmar categoricamente que o exercício físico tem efeito sobre as variáveis investigadas, mas apenas que há diferenças entre os grupos fisicamente ativo e sedentário investigados. Nessa perspectiva, recomenda-se que estudos futuros de corte longitudinal, observável ou experimental, explorem as variáveis aqui investigadas e outras que possam ser relevantes para a promoção da qualidade de vida e reintegração da identidade corporal. Estudos futuros devem também pesquisar efeitos de diferentes tipos, intensidades e duração de exercícios, para que as evidências inicialmente aqui geradas possam progredir e possibilitar a melhora do trabalho físico com este público específico.

Por fim, concluímos que o exercício físico é um potencial recurso para a melhora, em especial, da qualidade de vida para homens e mulheres e da ansiedade físico social e aceitação corporal em mulheres com vitiligo. Este é um processo que pode ser facilitado pelo profissional da educação física ao trabalhar experiências corporais este público, considerando as barreiras físicas, fisiológicas, emocionais e as características especiais dos mesmo.

#### *RASGOS DE ACTITUD DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS SEDENTARIOS Y FÍSICAMENTE ACTIVO CON VITILIGO*

**PALABRAS CLAVE:** Vitiligo; imagen corporal; calidad de vida.

**RESUMEN:** El vitiligo es una enfermedad cutánea crónica que se caracteriza por manchas de color de blanco puro y con los bordes afilados de diferentes tamaños y formas. El objetivo de este estudio fue verificar si existen diferencias entre las personas con vitiligo que son físicamente activos y sedentarias en relación con la calidad de vida y los rasgos de actitud de la imagen corporal - ansiedad física social, autoestima y apreciación corporal. A continuación, si la frecuencia de la práctica de ejercicios provoca diferencias en las mismas variables. La muestra consistió en 109 participantes con vitiligo, de ambos sexos. *Social Physique Anxiety Scale*, *Rosenberg Self-Esteem Scale*, *Vitiligo-Specific Health-Related Quality of Life Instrument* y *Body Appreciation Scale*, en sus versiones adaptadas para Brasil, se utilizaron en la evaluación de las construcciones en estudio. Los datos fueron analizados utilizando *Mann-Whitney* y *Kruskal-Wallis*, adoptando un nivel de confianza del 95%. Los resultados apuntan a diferencias significativas en la calidad de vida entre los hombres físicamente activos y sedentarios, y los que ejercen con mayor frecuencia muestran la mejor calidad de vida. En la muestra femenina, los datos mostraron que las mujeres sedentarias tenían un mayor nivel de ansiedad física social, un menor nivel de apreciación corporal y una peor calidad de vida que las físicamente activas. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la frecuencia del ejercicio físico entre las mujeres. El ejercicio físico es un recurso potencial para mejorar, sobre todo la calidad de vida de los hombres y las mujeres, y la ansiedad social y aceptación física y corporal en las mujeres con vitiligo. Este es un proceso que puede ser facilitado por el profesional al trabajar las experiencias físicas del cuerpo, considerando las barreras físicas, fisiológicas, emocionales y especiales de los mismos.

#### *TRAÇOS ATITUDINAIS DA IMAGEM CORPORAL E QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM VITILIGO SEDENTÁRIOS E FISICAMENTE ATIVOS*

**PALAVRAS CHAVE:** Vitiligo; imagem corporal; qualidade de vida.

**RESUMO:** O vitiligo é uma doença cutânea crônica caracterizada por máculas de cor branca pura e com bordos nítidos de diferentes tamanhos e formas. O objetivo deste trabalho foi verificar se há diferenças entre pessoas com vitiligo que são fisicamente ativas e sedentárias em relação à qualidade de vida e traços atitudinais da imagem corporal – ansiedade físico social, autoestima e apreciação do corpo. Seguidamente, se a frequência da prática de exercícios provoca diferenças nas mesmas variáveis. A amostra foi composta por 109 participantes com vitiligo, de ambos os sexos. *Social Physique Anxiety Scale*, *Rosenberg Self-Esteem Scale*, *Vitiligo-Specific Health-Related Quality of Life Instrument* e *Body Appreciation Scale*, em suas versões adaptadas para o Brasil, foram usadas na avaliação dos constructos em estudo. Os dados foram analisados com teste *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, adotando nível e confiança de 95%. Os resultados apontaram para diferenças significantes na qualidade de vida entre os homens fisicamente ativos e sedentários, sendo que aqueles que praticam exercício com mais frequência evidenciam uma melhor qualidade de vida. Na amostra feminina, os dados evidenciaram que as sedentárias tinham nível mais elevado de ansiedade físico social, menor nível de apreciação corporal e qualidade de vida pior que as fisicamente ativas. Todavia, não houve mas sem diferenças significantes em relação a frequência da prática de exercício físico entre mulheres. O exercício físico é um potencial recurso para a melhora, em especial, da qualidade de vida para homens e mulheres e da ansiedade físico social e aceitação corporal em mulheres com vitiligo. Este é um processo que pode ser facilitado pelo profissional ao trabalhar experiências corporais deste público, considerando as barreiras, físicas, fisiológicas, emocionais e as especiais dos mesmos.

## References

- Aghaei, S. (2006). Impact of vitiligo on body image: An overview. In M. K indes (Ed), *Body image: New research*. (pp. 291–308). Columbus, NY: Nova Science.
- Avalos, L., Tylka, T. L., e Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285–297.
- Bottamini, G. e Ste-Marie, D. M. (2006). Male voices on Body image. *International journal of men's Health*, 5, 109–132
- Boza, J. C., Kundu, R. V., Fabbri, A., Horn, R., Giongo, N., e Cestari, T. F. (2015). Translation, cross-cultural adaptation and validation of the vitiligo-specific health-related quality of life instrument (VitiQoL) into Brazilian Portuguese. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 90(3), 358–362.
- Campana, A. N. N. B. e Tavares, M. C. G. C. F. (2009). *Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa*. São Paulo: Phorte.
- Campana, A. N. N. B. (2011). *Relações entre as dimensões da imagem corporal: um estudo com homens brasileiros*. Tese de doutorado, Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil.
- Cash, T.F. (2000) *The Body Image workbook: an 8-step program for learning to like your looks*. New York: The Guilford Press.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., e Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126.
- Firooz, A., Bouzari, N., Fallah, N., Ghazisaidi, B., Firoozabadi, M. R., e Dowlati, Y. (2004). What patients with vitiligo believe about their condition. *International journal of dermatology*, 43, 811–814.
- Garg, S., e Sarkar, R. (2014). Impact of vitiligo in afflicted patients. *Pigment International*, 1(2), 81–89.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: understanding body dissatisfaction in men, women and children*. New York, NY: Routledge.
- Harcourt, D & Rumsey, N (2011). *Body Image and Biomedical Interventions for Disfiguring Conditions*. In: T. Cash & L. Smolak (ed). *Body Image: a handbook of science, practice and prevention* (pp.404 – 414). New York: Guilford Press.
- Hart, E., Leary, M.R. e Rejesky, W.J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 94–104.
- Hutz, C. S., e Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revisão da adaptação, validação, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41–49.
- Karamfilov, T., e Elsner, P. (2002). [Sports as a risk factor and therapeutic principle in dermatology]. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 53(2), 98–103.
- Karelson, M., Silm, H., e Kingo, K. (2013). Quality of life and emotional state in vitiligo in an Estonian sample: comparison with psoriasis and healthy controls. *Acta Dermato-Venereologica*, 93, 446–450.
- Khatri, S., Bist, J. S., Arun, A., e Mehta, A. K. (2015). Clinical correlates of vitiligo with depression and anxiety: a comparative study in patients and their caregivers. *International Journal of Advanced Research*, 3(1), 200–205.
- Kent, G., e Al-Abadie, M. (1996). Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clinical and Experimental Dermatology*, 21, 330–333.
- Krueger, D. W. (2002) *Integrating body self and psychological self: creating a new history in psychoanalysis and psychotherapy*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Krueger, D.W. (2001). Body self: Development, psychopathologies and psychoanalytic significance. *Psychoanalytic Study of Child*, 56, 238–262.
- Krüger, C., e Uta Schallreuter, K. (2015). Stigmatisation, avoidance behaviour and difficulties in coping are common among adult patients with vitiligo. *Acta Dermato-Venereologica*, 95, 553–559.
- Kruk, J., e Duchnik, E. (2014). Oxidative stress and skin diseases: possible role of physical activity. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15, 561–568.
- Lert, C. T., e Fai, C. M. (2010). A systematic review of the effectiveness of therapeutic interventions on quality of life (QoL) for adult vitiligo patients. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 6, 1169–1201.
- Lilly, E., Lu, P. D., Borovicka, J. H., Victorson, D., Kwasny, M. J., West, D. P., e Kundu, R. V. (2013). Development and validation of a vitiligo-specific quality-of-life instrument (VitiQoL). *Journal of the American Academy of Dermatology*, 69(1), e11–e18.
- Locala, J. A. (2009). Current concepts in psychodermatology. *Current psychiatry reports*, 11(3), 211–218.
- Mattoo, S. K., Handa, S., Kaur, I., Gupta, N., e Malhotra, R. (2002). Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16, 573–578.
- Mauss, M. (1974). *As técnicas corporais*. Sociologia e antropologia, São Paulo: EPU/EDUSP.
- Neves, A. N. (2015). Body experience as the core of body image development. In A. M. Columbus. (Org.). *Body Image: Advances in Psychology Research*. (pp.21–36). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Neves, A. N., Hirata, K. M., e Tavares, M. D. C. G. C. (2015). Imagem corporal, trauma e resiliência: reflexões sobre o papel do professor de Educação Física. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(1), 97–104.
- Neves, A. N., Neves, A. B., Zanetti, M. C., Brandão, R. F., e Ferreira, L (in press). *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y del Deporte*
- Nunes, D. H., & Esser, L. M. H. (2011). Perfil epidemiológico dos pacientes com vitiligo e sua associação com doenças da tireoide. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86, 241–248.
- Ortonne, J.P. (2011). Vitiligo e outras desordens de hipopigmentação. In J. L. Bolognia, J. L. Jorizzo e R. P. Rapini (Eds). *Dermatologia*. (pp. 913–938). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Pahwa, P., Mehta, M., Khaitan, B. K., Sharma, V. K., e Ramam, M. (2013). The psychosocial impact of vitiligo in Indian patients. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*, 79, 679–685.
- Passard, D. (2010). Quality of life. In M. Picardo e A. Taieb (Eds). *Vitiligo*. (pp. 135–137). Berlim; Springer.
- Pelle, E., Mammone, T., Maes, D., e Frenkel, K. (2005). Keratinocytes act as a source of reactive oxygen species by transferring hydrogen peroxide to melanocytes. *Journal of investigative dermatology*, 124(4), 793–797.
- Penedo, F. J., e Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current opinion in psychiatry*, 18(2), 189–193.
- Purim, K., e Leite, N. (2010). Fotoproteção e exercício físico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 16(3), 224–229.
- Ramakrishna, P., e Rajni, T. (2014). Psychiatric morbidity and quality of life in vitiligo patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36, 302–303.

- Rashid, M. H. A., Mullick, M. S., Jaigirdar, M. Q. H., Ali, R., Nirola, D. K., Salam, M. A., e Ahsan, M. S. (2011). Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo in two tertiary hospitals in Bangladesh. *Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University Journal*, 4(2), 88–93.
- Rosen, J. C., Orosan, P. e Reiter, J. (1995) Cognitive behavior therapy form negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26, 25–42.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York, NY: Basic Books.
- Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science & Medicine*, 36(1), 7–14.
- Schilder, P. (1980). *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da Psiquê*. São Paulo: Martins Fontes.
- Shah, R., Hunt, J., Webb, T. L., e Thompson, A. R. (2014). Starting to develop self-help for social anxiety associated with vitiligo: using clinical significance to measure the potential effectiveness of enhanced psychological self-help. *British Journal of Dermatology*, 171, 332–337.
- Shontz, F. C. (1969). *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. London: Academic Press.
- Silvan, M. (2004). The psychological aspects of vitiligo. *Cutis*, 73(3), 163–167.
- Södergren, M., Sundquist, J., Johansson, S. E., e Sundquist, K. (2008). Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health*, 8(1), 352–360.
- Steiner, D., Bedin, V., Moraes, M. B., Villas, R. T. e Steiner, T. (2004). Vitiligo. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79, 335–351.
- Szabo, I., e Brandão, E. R. (2016). “Mata de tristeza!”: representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 953–965.
- Szczurko, O., e Boon, H. S. (2008). A systematic review of natural health product treatment for vitiligo. *BMC Dermatology*, 8(1), 2–14
- Swami, V., Campana, A. N. N. B. C., Ferreira, L., Barret, S., Harris, A. S. e Tavares, M. C. G. C. F. (2011). The acceptance of cosmetic surgery scale: Initial examination of its factor structure and correlates among Brazilian adults. *Body Image*, 8, 179–185.
- Tavares, M.C.G.C.F. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole.
- Tavares, M. C. G. C. F. (2004). Imagem corporal e qualidade de vida. In.: A. Gonçalves e R. Vilarta (Eds). *Qualidade de vida e atividade física*. (pp. 79 – 102). Barueri: Manole.
- Tavares, M. C. G. C. F. (2007). *O dinamismo da imagem corporal*. São Paulo: Phorte.
- Thompson, J. K. (2004). The (mis) measurement of Body Image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1(1), 7–14.
- Trapp, E. M., Trapp, M., Sampogna, F., Rohrer, P. M., Egger, J. W., Wolf, P., ... Hofer, A. (2015). Autonomic nervous tone in vitiligo patients—A case-control study. *Acta dermato-venereologica*, 95(2), 169–172.
- Vigarello, G. (2005). *A história da Beleza*. Rio de Janeiro: Ediouro
- Vitiligo Research Foundation (2017). *Vitiligo prevalence in the world*. Visto em 10 janeiro 2017, disponível em <http://vrfoundation.org/map>.