

A ALOPECIA AREATA E SUA RELAÇÃO COM A GEOGRAFIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE**ALOPECIA AREATA AND ITS RELATIONSHIP WITH GEOGRAPHY AND HEALTH PROMOTION****Martha Priscila Bezerra Pereira**

UFMG

mpbcila@yahoo.com.br**RESUMO**

A Alopecia Areata (AA) caracteriza-se pela perda súbita dos pelos do corpo, em especial da cabeça, essa falta de pelos se apresentam em formas arredondadas ou ovais. Esta doença é considerada como auto-imune pelos médicos, portanto, mais relacionada à genética, poderia ser associada à Geografia e à Promoção da Saúde? A partir desses questionamentos este trabalho tem como objetivo discutir a relação da Alopecia Areata com a Geografia e a Promoção da Saúde. Os procedimentos metodológicos foram: a) levantamento bibliográfico; b) estabelecimento de relações entre a morbidade e conceitos relacionados à Geografia e; c) associação do entendimento do campo da saúde e geográfico em busca da Promoção da Saúde. Os principais resultados foram: a) A Teoria da História Natural das Doenças e o entendimento da multiescalaridade foram de grande importância para entender de forma mais ampla a AA; b) O estresse é o elemento-chave desta morbidade, devido ser tanto o fator que faz a doença se instalar quanto uma das principais morbidades consequentes; c) O nível do lugar é o que mais interfere na AA. Enfim, este estudo trouxe apenas algumas conexões e sugestões gerais para enfrentamento desta morbidade, havendo muito a ser estudado.

Palavras chave: Alopecia Areata. História Natural das Doenças. Relação multiescalar. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Alopecia Areata (AA) is characterized by the sudden loss of body hairs, especially of the head, this lack of hairs present is round or oval forms. This disease is considered as autoimmune by doctors, therefore, more related to genetics, could be associated with geography and health promotion? Based on these questions, this study aims to discuss the relationship between alopecia areata and Geography and Health Promotion. The methodological procedures were: a) bibliographic survey; b) establishment of relations between morbidity and concepts related to geography and; c) association of the understanding of the health and geographic field in search of Health Promotion. The main results were: a) The theory of the Natural History of Diseases and the understanding of multiscale relationship were of great importance to understand more broadly the AA; b) stress is the key element of this morbidity, because it is both the factor that causes the disease to settle and one of the main consequent morbidities and; c) the level of the place is what most interferes at AA. Finally, this study brought only a few connections and general suggestions for coping with this morbidity, with much to be studied.

Keywords: Alopecia Areata. Natural history of diseases. Multiscale relationship. Health promotion.

Recebido em: 11/09/2017

Aceito para publicação em: 23/10/2017

INTRODUÇÃO

De acordo com Rocha et al (2011) a Alopecia Areata (AA) é uma alopecia não cicatricial, sendo entendida como doença autoimune, mas que tem relação com fatores genéticos, psicológicos e ambientais, eles acrescentam que sua evolução é imprevisível. Rivitti (2005) afirma que essa afecção crônica atinge tanto os folículos pilosos quanto as unhas. Percebe-se que apesar de sua evolução imprevisível, ela tem cura, ou seja, o paciente tem condições a voltar a ter os pelos.

O nome que descreve a doença é proveniente do latim. Alopecia significa perda de cabelo, calvície, enquanto Areata significa ocorrendo em fragmentos (MILLER, 2016). De acordo com o Código Internacional de Doenças (CID- 10) a categoria Alopecia Areata está descrita com o intervalo de códigos: L63.0-L63.9 (OMS, 2008), como parte das afecções improváveis de causar morte. De acordo com Miller (2016) a AA pode atingir qualquer ser humano.

Sua prevalência estimada atinge 0,1 a 0,2% da população (ROCHA et al, 2011). Porém, no que diz respeito às crianças, para exemplificar, este autor afirmou em seu artigo que 1,3% das primeiras consultas de dermatologia pediátrica entre 2000 e 2008 no Hospital São Marcos, em Portugal, foram devido a Alopecia Areata.

Quanto à idade da primeira ocorrência, De Waard-Van e Peereboom-Wynia (1989, apud Rocha et al, 2011) afirmam que 20 a 50% dos casos tem sua primeira manifestação antes dos 16 anos, sendo a idade média de apresentação entre 7 e 8 anos de idade. Prado e Neme (2008) lembram que se desenvolve em ambos os sexos, tendo sua maior prevalência entre os 20 e 50 anos e no sexo masculino.

No que diz respeito à etiologia, são várias as possibilidades apontadas. Já se acreditou na teoria trofoneural, teoria distrófica e atualmente a teoria da autoimunidade é a que prevalece para explicar a alopecia areata (RIVITTI, 2005).

Rivitti (2005) defende que a AA tem origem multifatorial, mas estão envolvidos componentes autoimunes e genéticos. Prado e Neme (2008) correlacionam com doenças congênitas, reforçando a participação genética e imunológica. Porém em seus resultados, perceberam que todos os pacientes tiveram vivências traumáticas na infância, passando a defender que anterior a AA desenvolveu-se estados de ansiedade, estresse, tensão, medo e depressão. Eles afirmam que devido o estresse ser imunodepressor, dependeria do modo de enfrentamento dos eventos estressores a maior ou menor propensão à diminuição da imunidade, sendo portanto um fator original também a personalidade do paciente. Rocha et al (2011), apesar de considerarem a participação genética e imunológica, associam com fatores ambientais e psicológicos. Houve registro de acontecimento de vida significativo nos seis meses que precederam a primeira manifestação da doença causando estresse psicológico (agressões físicas vividas ou presenciadas, doença ou morte de familiar, acidente grave, divórcio dos pais) e antecedentes de atopia (dermatite atópica, asma, rinite alérgica). Blaumeiser et al (2006, apud Santiago, 2011, p. 13) entendem que seria uma doença autoimune com predisposição genética, sendo também influenciada por fatores ambientais e emocionais. Urpe, Buggiani e Lotti (2005) defendem que o cérebro pode influenciar eventos biológicos na pele. Doblado Carridoza e Hernández (2003) lembram que seriam fatores etiológicos uma personalidade anti-social e dependente. Miller (2016) afirma que é um problema complexo que envolve vários genes, sendo difícil encontrar respostas (quadro 1).

Desta forma, temos a etiologia multifatorial, mas estaria relacionada à fatores genéticos, autoimunes, traumas de infância, problemas emocionais com pelo menos 6 meses antes do início da AA, estresse, antecedentes de atopia e personalidade anti-social e dependente.

Quanto à apresentação da doença, a Alopecia Areata ocorre com a perda súbita de cabelos, sendo sua forma de apresentação variada, podendo haver a perda total ou em partes (áreas redondas ou ovais), atingir qualquer parte do corpo, e devido não haver atrofia nem destruição dos folículos, é reversível (RIVITTI, 2005; PRADO e LEME, 2008; ROCHA et al, 2011) e não é contagiosa (THOMPSON & SHAPIRO, 1996). Geralmente é assintomático, a pele nua parece suave e normal. Ocasionalmente é que pode haver sintomas no local como: queimação, coceira leve, formigamento ou sensibilidade (MILLER, 2016). Esses sintomas podem ocorrer simultaneamente ou não.

A Alopecia Areata é associada à presença de outras patologias ou eventos. Rocha et al (2011) associa à alterações ungueais concomitante à doença e afirma que há outros estudos que associam à doenças autoimunes como a patologia da tireóide, vitiligo e diabetes mellitus, e apesar de não ter sido possível observar essas patologias nas crianças, não significa que elas não estejam presentes, os autores defendem que podem apenas não ter se manifestado.

QUADRO 1 – ETIOLOGIA DA ALOPECIA AREATA

| ETIOLOGIA | REFERÊNCIAS |
|--|--|
| Atopia (dermatite atópica, asma, rinite alérgica) | Rocha et al (2011) |
| Autoimune (sendo o estresse apontado como imunodepressor, dependendo dos modos de enfrentamento dos eventos estressores) | Rivitti (2005); Prado e Neme (2008); Rocha et al (2011); Blaumeiser et al (2006, apud Santiago, 2011). |
| Congênita | Prado e Neme (2008) |
| Fatores psicológicos (vivência traumática na infância, contato deficiente entre mãe e filho, rejeições maternas, relações afetivas enfraquecidas, carência paterna, repetições de situações traumáticas, agressões físicas vividas ou presenciadas, doença ou morte de familiar, acidente grave, divórcio dos pais, causando ansiedade, estresse, tensão, medo e depressão) | Rocha et al (2011); Prado e Neme (2008); Blaumeiser et al (2006, apud Santiago, 2011) |
| Fatores ambientais | Rocha et al (2011); Blaumeiser et al (2006, apud Santiago, 2011) |
| Genética (história familiar de AA em parentes de primeiro grau) | Rivitti (2005); Prado e Neme (2008); Rocha et al (2011); Miller (2016); Blaumeiser et al (2006, apud Santiago, 2011) |
| Multifatorial | Rivitti (2005); Miller (2016) |
| Personalidade/ Cérebro (pessoas que tem dificuldade de enfrentar eventos estressores passam a ter a imunidade mais frágil, propiciando o aparecimento de doenças autoimunes; personalidade dependente, anti-social, com sintomas como transtorno de adaptação, ansiedade generalizada e episódios depressivos) | Urpe, Buggiani e Lotti (2005); Prado e Neme (2008); Doblado, Carridoza e Hernández (2003). |

Organizado por Pereira, M.P.B. (2016)

Gupta e Gupta (1998) defendem que a morbidade psicológica pode ser associada a determinados distúrbios dermatológicos, sendo importante considerar as comorbidades psiquiátricas, entre elas a depressão.

Prado e Neme (2008) defendem que a linguagem cutânea é a via de acesso para expressão de conflitos psicológicos, e além da AA pode vir associada o líquen rubro, psoríase, vitiligo, rosácea entre outras patologias (CASTRO, 1991 e COHEN, 1995 apud PRADO E NEME, 2008, p. 488).

Miller (2016) afirma que pesquisas recentes ligaram a alopecia a outras doenças genéticas comuns. De acordo com esta autora, esses resultados de pesquisa podem auxiliar no tratamento dessas pessoas.

No que diz respeito à evolução da doença, não existe uma forma, algumas pessoas desenvolvem esses fragmentos calvos uma vez apenas, enquanto outras desenvolvem a doença, seus pelos voltam a crescer, e depois ocorrem várias outras vezes da mesma maneira (MILLER, 2016; THOMPSON & SHAPIRO, 1996).

Algumas das consequências são o grande estresse emocional, e no caso da perda de pelos também nos cílios, nariz e ouvidos, podem sofrer mais doenças e alergias devido a poeira e possíveis germes que tem sua entrada facilitada (MILLER, 2016; THOMPSON & SHAPIRO, 1996).

Diante deste quadro de referência, pode-se inferir inicialmente que a AA, apesar de ser multifatorial e cada caso ser explicado de maneira singular, há algumas coerências como pode ser visto no quadro abaixo (quadro 2).

A partir dessa breve exposição sobre a morbidade Alopecia Areata, como a Geografia poderia contribuir no entendimento e até mesmo auxiliar na melhoria da doença? A partir desta pergunta este trabalho tem o objetivo geral discutir sobre a relação da Alopecia Areata com a Geografia e a Promoção da Saúde. Os objetivos específicos foram: a) entender a alopecia areata a partir do campo

da saúde; b) compreender a alopecia areata a partir de uma visão geográfica; c) Identificar formas de enfrentamento da morbidade para se chegar à Promoção da Saúde.

QUADRO 2 – QUADRO EXPLICATIVO DA ALOPECIA AREATA

| GENÉTICA | | FATORES AMBIENTAIS (CONDICIONANTES PSICOSSOCIAIS) | FATOR INTERMEDIO-DIÁRIO | POSSÍVEIS COMORBIDADES | INDICADOR DE DOENÇA SISTÊMICA | CONSEQUÊNCIAS NO CASO DA AA |
|---|---|--|-------------------------|--|-------------------------------|---|
| Física (sistema imunológico deficiente) | Psíquica (Personalidade que tem dificuldade de enfrentar situações de estresse) | Vivências traumáticas na infância (contato deficiente entre mãe e filho, rejeições maternas, relações afetivas enfraquecidas, carência paterna, repetições de situações traumáticas, agressões físicas vividas ou presenciadas, doenças ou morte de familiar, acidente grave, divórcio dos pais, etc.) | Imunopressão | Alterações psicológicas e psiquiátricas (tensão, ansiedade generalizada, medo, depressão, etc.) Doenças autoimunes (Alopecia Areata, atopias, patologias tireoidianas, diabetes mellitus, vitiligo, etc.) | Alterações ungueais | Estresse emocional, ansiedade, depressão e maior susceptibilidade a alergias, gerando um ciclo vicioso difícil de ser quebrado. |

Fonte: Organizado por Pereira, M.P.B. (2016)

Desta forma, este trabalho está dividido em quatro partes além desta introdução e das considerações finais. Na primeira, será apresentada a metodologia de trabalho, na segunda “A alopecia areata na história natural das doenças” buscou-se entender essa morbidade a partir dessa teoria. Na terceira parte “Alopecia areata e suas relações multiescalares” busca-se entender a mesma morbidade a partir de um olhar geográfico. A quarta parte “Alopecia areata e Promoção da saúde” buscam-se as soluções apontadas pelos autores para amenizar esta morbidade.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para conseguir atingir o objetivo da pesquisa foram realizados os seguintes procedimentos: a) levantamento bibliográfico e; b) estabelecimento de relações entre a morbidade e conceitos relacionados à Geografia; c) associação do entendimento do campo da saúde e geográfico em busca da promoção da saúde.

O levantamento bibliográfico foi realizado para entender a problemática, definir os procedimentos metodológicos e para fundamentar teoricamente este trabalho.

Em relação à problemática foi realizado um estudo explicativo de acordo com os parâmetros de Gil (2010), que teve como propósito identificar os fatores que contribuem para a alopecia areata. Como desdobramento pesquisou-se sobre os ambientes mais favoráveis e as comorbidades.

No que diz respeito aos procedimentos metodológicos buscou-se aprofundar mais sobre alguns parâmetros. Desta forma, Gil (2010) e Marconi e Lakatos (2010) forneceram o aporte necessário para definir a pesquisa como explicativa no sentido da pesquisa sobre a morbidade, porém exploratória no sentido da discussão sobre a correlação entre a Alopecia Areata, Geografia e Promoção da Saúde.

Em relação à fundamentação teórica, buscou-se inicialmente o aporte do campo da saúde a partir da Teoria da História Natural das Doenças para dar início à discussão principal deste trabalho. Em seguida, a intermediação estaria no entendimento multiescalar da referida teoria, o que serviria de base para se chegar ao campo da Geografia. Por último, a Promoção da saúde estaria presente como uma utopia a ser perseguida para se pensar o enfrentamento da morbidade e melhoria consequente das condições de vida do sujeito. Alguns conceitos que permearam foram lugar, cotidiano, região geográfica, cultura e território das normas.

Os resultados foram elaborados com base nesse levantamento bibliográfico para servir de base a possíveis pesquisas empíricas sobre o tema.

A ALOPECIA AREATA NA HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS

Para entender como se desenvolve a Alopecia Areata a partir do campo da saúde, buscou-se pesquisar inicialmente a Teoria da História Natural das Doenças devido perceber-se a partir dessa teoria é possível elencar possíveis métodos de prevenção e controle de morbidades (ROUQUAYROL e GURGEL, 2013).

Quando se menciona a História Natural das Doenças, lembra-se de imediato de duas obras, a original, "Medicina Preventiva" e a que popularizou esta teoria no Brasil, "Epidemiologia e Saúde".

No livro Medicina Preventiva, publicado originalmente em 1965, os autores buscaram uma forma de entender como prevenir as doenças bucais a partir da organização dos fatores que atuam no período pré-patogênico e seus possíveis comportamentos no período patogênico, alertando como pode ser realizada a prevenção primária, secundária e terciária (LEAVELL e CLARK, 1976).

No livro Epidemiologia e Saúde, com sua primeira edição em 1983, a autora resgata esse modelo explicativo e o extrapola para a explicação das enfermidades de forma genérica, popularizando esta explicação teórica sobre as doenças (ROUQUAYROL e GURGEL, 2013).

De acordo com Leavell e Clark (1976, p. 15) a História Natural das Doenças:

Compreende todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.

A História Natural das Doenças estaria dividida em dois grandes períodos: pré-patogênese e patogênese. O período de pré-patogênese estaria relacionado aos processos que estão atuando no ambiente em busca de um corpo suscetível, já no período de patogênese, a morbidade se instala no ser humano (LEAVELL & CLARK, 1976)

Rouquayrol e Gurgel (2013) representaram este esquema em três fases, sendo a primeira a vertente epidemiológica, a segunda a vertente patológica e a terceira, o desenlace (figura 1).

Na fase da vertente epidemiológica ou período pré-patogênese, os condicionantes sociais e ambientais buscam os seres humanos mais suscetíveis (com pré-condições genéticas ou somáticas desfavoráveis) (LEAVELL & CLARK, 1976; ROUQUAYROL & GURGEL, 2013).

Os condicionantes sociais caracterizam-se por fatores socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais.

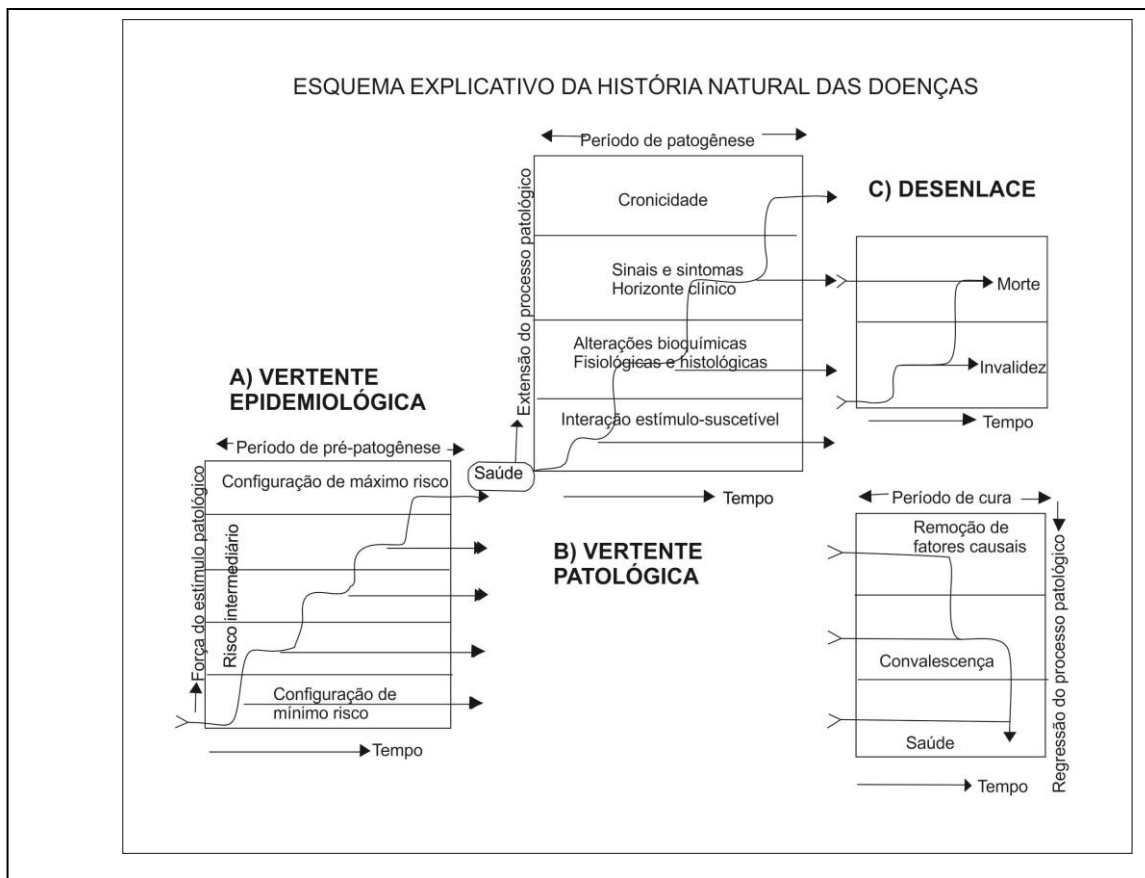
Os fatores socioeconômicos demonstram que os grupos economicamente privilegiados estariam mais protegidos da ação patogênica no ambiente.

Os fatores sociopolíticos tem relação com seu contexto econômico, cultural e psicossocial.

Os fatores socioculturais abrangem os preconceitos, hábitos culturais, crenças, comportamentos e valores que podem contribuir para ocorrência de morbidades.

Já os fatores psicossociais estariam mais relacionados à relações parentais instáveis, desconexão da cultura de origem do sujeito, falta de apoio em seu grupo social, condições de trabalho estressantes, promiscuidade, desequilíbrios econômicos, sociais ou pessoais, falta de cuidados maternos no início da vida, carência afetiva, competição ininterrupta, agressividade nos grandes centros urbanos e desemprego (ROUQUAYROL & GURGEL, 2013).

Figura 1 – Esquema explicativo da História Natural das Doenças



Fonte: Rouquayrol & Gurgel (2013, p. 14)

Os condicionantes ambientais incluem os fatores externos que fazem a comunicação entre o agente etiológico e o suscetível, além destes próprios através dos agentes patogênicos. Os agentes patogênicos (agentes que levam estímulos do meio ambiente ao meio interno do ser humano), podem ser de natureza química, física, biológica ou psicológica.

Os agentes patógenos de natureza química podem ser os produtos químicos em geral que causam sensibilidade e doenças aos seres humanos.

Para exemplificar o ambiente físico, podemos nos utilizar de Max Sorre quando em 1955 introduz a teoria dos Complexos Patogênicos em que os agentes patogênicos compreendem o homem, o agente causal da doença, seus vetores e todos os componentes que podem interferir na saúde do indivíduo suscetível. Sendo o nome da doença o que denomina o tipo de complexo, como o complexo patogênico da leptospirose, complexo bacteriano, complexo micótico, etc (SORRE, 1955). Os complexos patogênicos foram classificados por Ferreira (1991) como uma abordagem ecológica das doenças infecto-contagiosas.

Os agentes biológicos seriam os fatores nutricionais e os fatores genéticos (ROUQUAYROL & GURGEL, 2013).

Os agentes patogênicos psicológicos seriam os fatores psicossociais supracitados.

Quanto aos seres humanos suscetíveis estes estariam relacionados às condições internas ou somáticas desfavoráveis como os fatores hereditários, congênitos ou adquiridos devido alterações orgânicas resultantes de doenças antecedentes (ROUQUAYROL & GURGEL, 2013).

No limiar entre o período pré-patogênico e patogênico poderá haver “uma resposta inadequada do sistema imune, que passa a reagir contra órgãos, tecidos ou células próprias, levando à sua destruição ou prejudicando sua função adequada” (BACH, 1993, apud BUENO, PACHECO-SILVA,

1999, p. 79), são as denominadas doenças auto-imunes, como é o caso da classificação da Alopecia Areata (RIVITTI, 2005).

Na vertente patológica, ou o período de patogênese a doença se instala no paciente, inicialmente apenas está presente (interação estímulo-suscetível), depois começa a causar alterações no ser humano que já podem ser percebidas em exames clínicos, porém ainda sem manifestações de sintomas (alterações bioquímicas, histológicas e fisiológicas). Havendo evolução da doença surgem os sintomas (sinais e sintomas) e evoluir diretamente para a cronicidade.

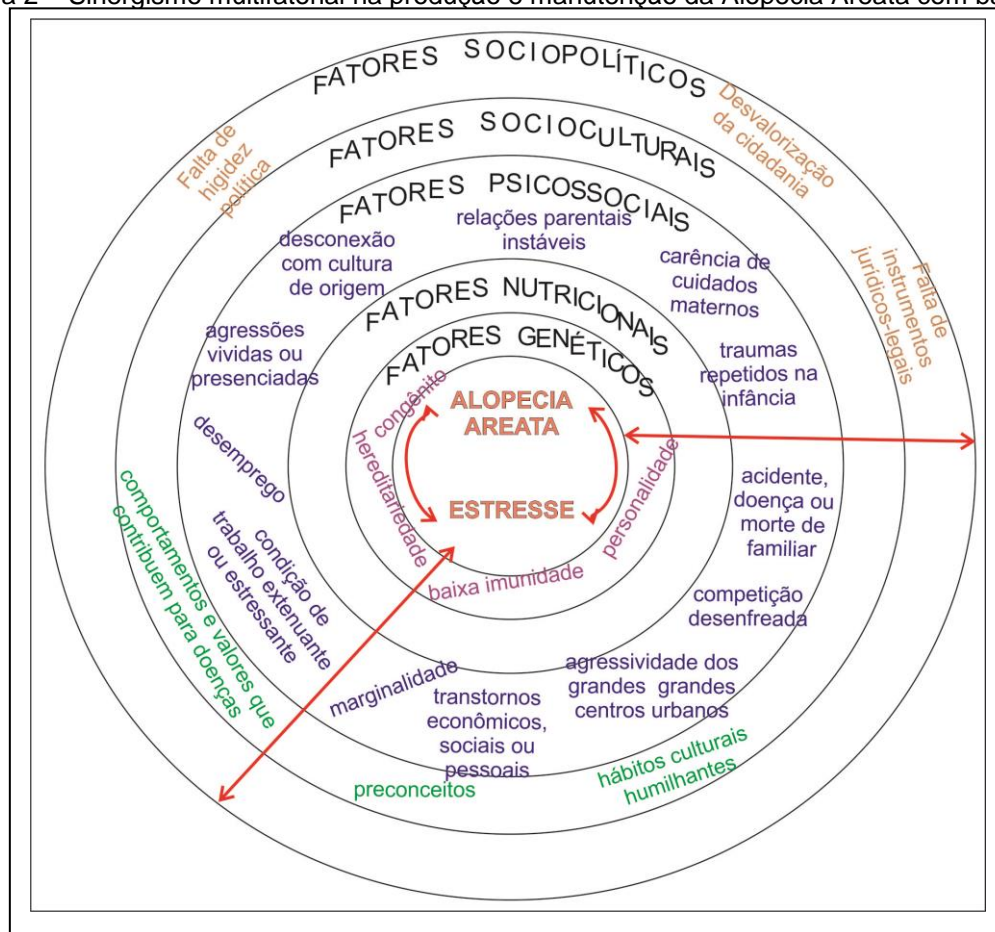
O desenlace da vertente patológica está composto da remoção dos fatores causais, fazendo com que o indivíduo fique convalescente e retorne ao seu estado de saúde inicial (período de cura), da possível validade ou mesmo a morte (LEAVELL & CLARK, 1976; ROUQUAYROL & GURGEL, 2013).

Em relação à Alopecia Areata, esta explicação seria de suma importância, uma vez que esta morbidade é repleta de possibilidades de fatores pré-patogênicos.

No que diz respeito à fase do desenlace, considerando a CID-10 (OMS, 2008) em que a alopecia areata faria parte das afecções improváveis de causar morte, pode-se afirmar que o desenlace da morte seria um fator nulo ou pouco provável, uma vez que ela só ocorreria se, por exemplo, como consequência da AA o paciente desenvolvesse uma depressão tão profunda que passasse ao comportamento suicida.

Com base no quadro 2 (quadro explicativo da alopecia areata) e na Teoria da História Natural das Doenças, pode-se entender que a alopecia areata sofre vários tipos de influência para ocorrer. E segundo Rouquayrol e Gurgel (2013) deve-se considerar que algumas dessas interferências são sinérgicas, devido uma ocasionar a outra e esta reforçar a situação anterior (figura 2).

Figura 2 – Sinergismo multifatorial na produção e manutenção da Alopecia Areata com base na



Organização: PEREIRA, MPB (2016).

Percebe-se que a AA tem forte relação com o estresse, que se configura como um fator psicossocial, mas que é o fator desencadeante tanto da Alopecia Areata quanto da de outros tipos de quedas de pelos, estando os outros influenciando de forma menos evidente.

ALOPECIA AREATA E SUAS RELAÇÕES MULTIESCALARES

O sinergismo multifatorial apontado por Rouquayrol e Gurgel (2013) pode ser interpretado a partir do olhar geográfico como uma relação multiescalar. Caberia então perguntar, existe uma escala de análise principal? Para entender melhor essa morbidade a partir da visão geográfica precisamos primeiro entender melhor o que seria escala, entender as possíveis escalas existentes e assim chegaríamos à escala pertinente e suas complexidades inerentes.

De imediato Lacoste (1997) defende que a escolha da escala não faz com que determinado estudo seja mais ou menos importante, pois cada escala permite observar determinados fenômenos e negligencia outros, que também são importantes. Desta forma, o olhar geográfico é apenas uma parte desse processo, sendo outras escalas de análise do fenômeno igualmente importantes, porém privilegiadas por outras áreas do conhecimento, como a psicologia, a medicina, etc.. Castro (1995) entende que a escala seria exatamente a medida que confere visibilidade ao fenômeno. Mas, a partir de um olhar geográfico, qual escala poderia dar melhor visibilidade ao fenômeno Alopecia Areata? Ou qual a extensão de espaço que poderia se levar em conta, no dizer de Souza (2015). E quais as relações entre essas escalas?

O primeiro nível escalar que aparece na figura 2 seria exatamente o corpo, onde iríamos observar possíveis fatores genéticos e nutricionais, melhor estudados pela medicina (científica, alternativa, complementar, integrativa) e pela psicologia, por exemplo. No nível do corpo há uma luta entre a perspectiva humanística e dialético-marxista em entender o corpo que adocece. Na perspectiva humanística o sujeito se apropria de seu corpo e é capaz de se observar, buscar informações sobre doenças de sua família, observar suas características, seus sintomas para resolver seu problema de saúde (ALVES, 2010), na perspectiva dialético-marxista, o modo de produção capitalista se apropria da escala do corpo para, através de diagnósticos, criar necessidades e conseguir investimentos e financiamentos para o setor saúde (GUIMARÃES, 1994). Devido ser uma morbidade pouco discutida, pois seus pacientes buscam muito mais esconder do que discutir sobre o assunto, passa a ser também desconhecida da maioria da população, sendo difícil essa capacidade do sujeito identificar o problema e ter soluções eficazes com rapidez, uma das poucas formas seria através das redes sociais, que apesar de pouco utilizada, tem reunido algumas pessoas na busca de medicinas alternativas, complementares e integrativas, além do compartilhamento das experiências e resultados com a medicina científica (ALOPECIA AREATA BRASIL, 2016). Por outro lado, no que diz respeito ao interesse do capitalismo em relação à morbidade, não há interesse da indústria farmacêutica ou dos serviços de saúde como um todo devido não ser uma doença de interesses da Saúde Pública e também não demandar o uso de grande quantidade de capital para a resolução do problema. Dessa forma, são utilizadas terapêuticas que atenuam o problema, mas que, em sua maioria não são específicas para AA, e sim para outras patologias (PEREIRA, 2017).

O segundo nível escalar seria o da vida cotidiana, o ambiente, o lugar onde o indivíduo relaciona-se com sua família, com a vizinhança, com as pessoas do local de trabalho, vive de acordo com sua renda, o que remete a qualidade nutricional, agora não à taxas resultantes de exames, mas ao que se come (não mencionado pelos autores como influenciadores da AA, apesar de influenciar outros tipos de alopecias), tipo de moradia, segurança, entre outros aspectos, sendo estes semelhantes aos fatores psicossociais. Neste sentido o cotidiano, genericamente apresentado por Damiani (1999) como o local onde se efetivam atividades num tempo (temporalidade humana) e num espaço social (lugar), pode-se afirmar, concordando com Ferreira (2000) que neste lugar, evidencia-se experiências e vivências, mas que também, agora concordando com Lima (2016) este cotidiano, este lugar, seria resultado das condições de vida propiciadas pela posição do indivíduo, sua família e sua comunidade na sociedade capitalista. Daí podermos afirmar que o lugar determina socialmente a saúde e a qualidade de vida deste indivíduo. A partir destes pressupostos, podem-se buscar alguns aspectos da vida cotidiana dos lugares em que poderia ocorrer a AA, que implicaria em situações de tensão, estresse, seja na família, no trabalho ou na comunidade em que se vive. E quanto ao ambiente, este seria entendido a partir da consideração da interdependência entre o meio natural, socio-econômico e cultural (BRASIL, 1999).

A terceira escala geográfica referida estaria relacionada aos fatores socioculturais, algo mais amplo que pode estar relacionado a uma região, que pode ser uma área menor, como uma área da cidade,

uma região do país ou mesmo o próprio país, quando se menciona aspectos de liga para toda essa população. Neste aspecto, a cultura dominante estaria contribuindo para a integração real da classe dominante, dando uma falsa ideia de integração com a sociedade em seu conjunto, para impor ideologias e interesses particulares (aparecendo para a sociedade como interesses universais) (BOURDIEU, 2012), mas que podem trazer danos diretos à sociedade dominada, podendo interferir no seu processo saúde-doença.

A quarta escala geográfica faz surgir uma legislação para que a liderança de determinado governo possa agir neste espaço, que obedece a uma divisão política prévia. Desta forma, essa legislação e sua aplicabilidade fazem surgir os fatores sociopolíticos que influenciam na saúde humana. Nesta categoria podem-se citar as políticas públicas que interferem na remuneração (como exemplo, mudanças nas leis da Previdência Social), na forma de acesso aos serviços de saúde e medicamentos, além de qualquer outra legislação que possa atingir um grupo social de forma a denegrir sua saúde.

Ao dar esses exemplos pode-se observar que há um relacionamento entre essas escalas que não pode ser negligenciado. Por exemplo, quando se fala em mudanças na legislação, elas são o resultado de interesses de uma classe dominante sobre uma classe dominada sujeita à essas mudanças, com pouca possibilidade de intervenção, e que irá interferir no comportamento dessas pessoas no trabalho, na família, chegando ao adoecimento de determinados grupos de pessoas mais vulneráveis geneticamente.

Diante deste quadro de referência, que ações podem ser realizadas para a Promoção da Saúde em cada uma dessas escalas? Ou que ações podem ser realizadas que contribuem com mudanças multiescalares no sentido de uma melhoria da saúde humana e na diminuição de casos de Alopecia Areata? É nesse aspecto que podemos iniciar a discussão sobre a Promoção da Saúde.

ALOPECIA AREATA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A partir do que foi exposto por pacientes que proferiram sua opinião no Blog “Alopecia Areata Brasil” e pelos autores pesquisados, um indivíduo vulnerável a Alopecia Areata (AA) geralmente é parente de alguém que já teve AA (**fator genético**) (RIVITTI, 2005) ou nasce com essa vulnerabilidade (**congênito**) (PRADO e NEME, 2008) por apresentar **baixa imunidade** e uma **personalidade mais introspectiva** (PRADO e NEME, 2008). Não foram associados com a falta de alguma alimentação específica, porém o **ambiente em que este indivíduo convive durante a infância** (relações parentais instáveis, carências de cuidados maternos, traumas repetidos na infância, acidente, doença ou morte familiar, agressões vividas ou presenciadas, desconexão com a cultura de origem), **juventude e fase adulta** (competição desenfreada, agressividade dos grandes centros urbanos, transtornos econômicos, sociais ou pessoais, marginalidade, condição de trabalho extenuante ou estressante e desemprego) (ROCHA et al, 2011) **geram fatores denominados psicossociais** que fazem com que a morbidade apareça. Em terceira instância estariam os **fatores socioculturais** (comportamentos e valores que contribuem para doenças, preconceitos e hábitos culturais humilhantes) e **fatores sociopolíticos** (desvalorização da cidadania, falta de instrumentos jurídico-legais, falta de hígidez política) que naturalmente influenciam na saúde das pessoas ou no cuidado da mesma, e que afetam ainda mais pessoas que já são vulneráveis (ROUQUAYROL e GURGEL, 2013).

Diante desse quadro de referência, a busca pela promoção da saúde perpassa várias áreas do conhecimento e setores da sociedade no sentido de discutir e desenvolver formas de tornar o ambiente e as pessoas mais saudáveis.

Há concordância com Lima e Costa (2013) que Promover a Saúde na sua totalidade seria uma utopia, porém uma utopia que deve continuar a ser perseguida para que algo melhore.

Percebe-se inicialmente que a partir da ideia da Promoção da Saúde as ações relacionadas a ela também se inserem em um jogo escalar, estando em sintonia com a multiescalaridade observada pelo campo da Geografia e com a História Natural das Doenças no campo da saúde. A partir dessa ideia, como promover a saúde em cada nível escalar já observado?

No nível do corpo, onde estão mais influentes os fatores genéticos e nutricionais (este não apresentado como influenciador), há algumas ações que têm sido realizadas, porém, até a presente data, no que diz respeito a medicamentos, os produtos apenas amenizam os sintomas, mas não resolvem a causa do problema e ainda tem fortes efeitos adversos (PEREIRA, 2017).

No blog “Alopecia Areata Brasil”, foram várias alternativas apontadas, seja de forma isolada ou associada. Estas estão subdivididas entre: remédios convencionais, práticas alternativas, complementares e integrativas e outros relacionados à fé, fatores psicossociais e estéticos no sentido de melhorar a auto-estima. Dentre as terapêuticas que tiveram algum resultado de acordo com depoimentos destacaram-se: aceitação da condição da morbidade, acupuntura, uso da argila em pó verde diluída em água no lugar do shampoo, infiltração de corticoide, florais, fricção de pedra nas lesões, nenhum tratamento, óleo de máquina com gasolina e yoga (ALOPECIA AREATA BRASIL, 2016). Apesar de alguns tratamentos serem bem questionáveis, como é o caso do óleo de máquina com gasolina, outros obedecem a uma lógica pelo que já existe de pesquisas sobre a morbidade.

Ainda no nível do corpo, alguns fitoterápicos podem amenizar os sintomas relacionados ou comorbidades, com menor custo e menos efeitos colaterais, dentre eles Pereira (2017) ressalta alguns fitoterápicos responsáveis por: a) **fortalecer a imunidade** (*Anacardium occidentale*, *Chlorella pyrenoidosa*, *Echinacea angustifolia*); b) **reduzir o estresse** (*Allium sativum* L., *Piper methysticum*, *Rosmarinus officinalis*, *Valeriana officinalis*); c) **diminuir a ansiedade** (*Artemisia vulgaris* L., *Eugenia pitanga*, *Piper methyscum*); d) **diminuir a depressão** (*Hypericum perforatum*, *Melissa officinalis*, *Rosmarinus officinalis*); e) **reduzir a irritabilidade** (*Artemisia vulgaris* L., *Erythrina aculeatissima* Desf., *Hypericum perforatum*, *Piper methyscum*, *Ruta graveolens* L.); f) **diminuir a melancolia** (*Cola nítida*, *Melissa officinalis*); c) **combater doenças alérgicas - asma** (*Allium sativum* L., *Anacardium occidentale*, *Rosmarinus officinalis*, *sabucus nigra*); g) **combater doenças auto-imunes** – diabetes (*Allium sativum* L., *Anacardium occidentale*, *Arctium lappa*) – lúpus (*Uncaria tomentosa*) – vitiligo (*Pyrostegia venusta* Miers, *Brosimum gaudichaudii* Trécul.) – **problemas da tireóide em geral** (*Artemisia alba* Turra); h) **combater doenças de pele** – psoríase (*Aloe Vera*, *Smilax papyracea*, *Solanum americanum* Mill); i) **amenizar problemas nos pelos** – anticasca e antiparasita (*Guazuma ulmifolia* Lam) – anti-seborréia (*Arctium lappa*) – ativação do couro cabeludo (*Aesculus hippocastanum*, *Arctium lappa*, *Baccharis trimera* DC) – diminuição da permeabilidade e fragilidade capilar (*Aesculus hippocastanum*, *Bauhinia forficata*, *Sabucus nigra*) – fungicida (*Arctium lappa*) – queda de cabelos (*Aesculus hippocastanum*, *Aloe vera*, *Rosmarinus officinalis*) – estimulante do crescimento (*Betula alba*).

No nível do cotidiano, do lugar em que o indivíduo vive, são apresentadas algumas formas de amenização dos problemas, dentre eles: participação de grupos de apoio formados pelo poder público municipal ou por associação de profissionais da saúde (ALOPECIA AREATA BRASIL, 2016), tratamento psicoterápico individual e/ou em grupo (ROCHA et al, 2011; SANTIAGO, 2011; URPE, BUGGIANI e LOTTI, 2005), identificação e supressão de fatores estressantes, integrada à práticas corporais (ALOPECIA AREATA BRASIL, 2016).

No nível onde se evidencia a cultura e no nível onde é possível observar o território das normas, um amenizador seria a contribuição, de acordo com a inserção deste indivíduo na sociedade, para diminuir os possíveis danos dos fatores socioculturais e sociopolíticos, quando identificados e passíveis de sofrer alguma mudança. Algumas maneiras de contribuição mais acessíveis seria a participação em sindicatos, associações de moradores, grupos religiosos, etc.. São ações que fazem o indivíduo se sentir parte ativa na mudança do que percebe como ruim e que pode de alguma maneira afetar sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Teoria da História Natural das Doenças o entendimento da multiescalaridade envolvida na explicação das morbidades foram de grande importância para entender mais sobre a Alopecia Areata (AA) tão bem explicada como auto-imune pelos médicos e como psicossocial pelos psicólogos, com poucas exceções. Essas teorias conseguiram unir essas duas explicações disciplinares (psicologia/medicina) para dar um panorama mais amplo à etiologia e ao desenvolvimento desta morbidade.

Percebeu-se também que o estresse é um elemento-chave desta morbidade, devido ser tanto o fator que faz surgir a AA quanto uma das principais morbidades consequentes, gerando um ciclo-vicioso. E que os fatores psicossociais, no nível do lugar, são os que mais interferem na AA.

Muito ainda precisa ser estudado para que se possa tratar a Alopecia Areata com precisão, inclusive em colocar em prática o que já se sabe sobre a morbidade por parte dos profissionais de saúde. Este estudo trouxe apenas algumas possibilidades de amenizar a AA com menos custos e menor efeito colateral quando esta morbidade encontra-se em seu estágio inicial, sendo um momento de se pensar ações de prevenção e ao mesmo tempo com vistas à promoção da saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos que me incentivam sempre a enfrentar de alguma forma esta morbidade.

REFERÊNCIAS

- ALOPECIA AREATA BRASIL. **Respostas de pacientes sobre as modalidades de tratamento da Alopecia Areata**. Disponível em: www.alopeciaareatabrasil.wordpress.com. Acesso em 18 de dezembro de 2016.
- ALVES, Natália Cristina. **A cidade inscrita no meu corpo: gênero e saúde em Presidente Prudente**. Presidente Prudente - SP, 2010. Dissertação (Mestrado em Geografia) (Programa de Pós-Graduação em Geografia/ Universidade Estadual Paulista), 2010, 82f.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012, 322p.
- BRASIL. **Política Nacional da Educação Ambiental**. Brasília: MMA/ Casa Civil, 1999.
- BUENO, V; PACHECO-SILVA, A. Tolerância oral: uma nova perspectiva no tratamento de doenças auto-imunes. **Revista Ass. Med. Brasil**, 1999, vol. 45, n. 1, p. 79-85. CASTRO, Iná Elias de. O problema da escala. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, 353p. P. 117-140.
- DAMIANI, Amélia Luisa. O lugar e a produção do cotidiano. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri (org.). **Novos caminhos da Geografia**. São Paulo: Contexto, 1999. P. 161-172.
- DOBLADO, S.R.; CARRIDOZA, A.; HERNANDEZ, M.J.G. Alopecia areata psychiatric comorbidity and adjustment to illness. **International Journal of Dermatology**, vol. 42, n. 6, p. 434-437, 2003. <https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2003.01340.x>
- FERREIRA, Luiz Felipe. Acepções do conceito de lugar e sua importância para o mundo contemporâneo. **Revista Território**. Rio de Janeiro – RJ, ano 5, vol. 9, p. 65-83, 2000.
- FERREIRA, Marcelo Urbano. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max Sorre. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro – RJ, vol. 7, n. 3, p. 301-309, jul/set/1991. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n3/v7n3a02.pdf>. Acesso em 20 de dezembro de 2016.
- GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas AS, 2010, 184p.
- GUIMARÃES, Raul Borges. **O transbordar do hospital pela cidade - tecnologia, espaço e saúde**. São Paulo – SP, 1994. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) (Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/ Universidade de São Paulo), 1994, 127f.
- GUPTA, M. A.; GUPTA, A.K. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. **British Journal of Dermatology**. Vol. 139, p. 846-850, 1998. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9892952. Acesso em 18 de março de 2016.
- LACOSTE, Yves. **A Geografia isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra**. Campinas – SP: Papyrus, 1997, 263p.
- LEAVELL, Hugh; CLARK, E. Gurney. **Medicina Preventiva**. São Paulo – SP: McGraw-Hill do Brasil, 1976, 711p.
- LIMA, Samuel do Carmo; COSTA, Eduarda Marques da (org.). **Construindo cidades saudáveis**. Uberlândia –MG: Assis, 2013, 285p.
- LIMA, Samuel do Carmo. **Território e promoção da saúde: perspectivas para a atenção primária à saúde**. Jundiaí – SP: Paco editorial, 2016, 182p.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010, 277p.
- MILLER, Petra. **Alopecia Areata**. New York: Cavendish Square Publishing, 2016, 62p.
- OMS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – décima revisão – CID 10**. 8. Ed. rev. e ampl. São Paulo – SP. Editora da Universidade de São Paulo, 2008 (vol. 2 – manual de instrução).

- PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Alopecia Areata a partir da visão das práticas alternativas, complementares e integrativas**: a fitoterapia em debate. João Pessoa – PB, 2017. Monografia (especialização em fitoterapia) (Fitoterapia/ Faculdade Unyleya), 2017, 50f.
- PRADO, Renata Bilion Ruiz; NEME, Carmen Maria Bueno. Experiências afetivo-familiares de mulheres com alopecia areata. **Estudos de Psicologia**. 2008, vol. 25, n. 4, out/dez 2008, p. 487-497.
- ROCHA, Joana; VENTURA, Filipa; VIEIRA, Ana Paula; PINHEIRO, Ana Raquel, FERNANDES, Susana; BRITO, Celeste. **Alopecia Areata**: análise retrospectiva da consulta dermatológica pediátrica (2000-2008). *ActaMed Port*. 2011, vol. 24: p. 207-214.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013, 709p.
- RIVITTI, Evandro. Alopecia Areata: revisão e atualização. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. 2005; 80 (1): p. 57-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n1a09.pdf>. Acesso em 18 de março de 2016.
- SANTIAGO, Gabriela Andrade. **Presença de comorbidades como fator agravante de alopecia areata em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade no Hospital Universitário de Brasília**. Brasília: 2011, 63p. (dissertação). Universidade de Brasília/ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. 2011. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9041/1/2011_%20Gabriela%20Andrade%20Santiago.pdf. Acesso em 11 de novembro de 2016.
- SORRE, Max. **Fundamentos biológicos de la Geografía Humana**: ensayo de una ecologia del hombre. Provenza – Barcelona: Editorial Juventud, S.A., 1955, 337p.
- SOUZA, Marcelo Lopes de. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015, 319p.
- THOMPSON, Wendy; SHAPIRO, Jerry. **Alopecia areata**: understanding and coping with hair loss. London: John Holpkins University press, 1996, 175p.
- URPE, M.; BUGGIANI, G; LOTTI, T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. **Dermatologic Clinics**, 23 (4), 609-617, 2005. Disponível em <http://europepmc.org/abstract/med/16112436>. Acesso em 08 de novembro de 2016.