



INVESTIGAÇÃO

Rosácea associada a risco aumentado de transtorno de ansiedade generalizada: estudo caso-controle de prevalência e risco de ansiedade em pacientes com rosácea^{☆,☆☆}

Pinar Incel Uysal *, Neslihan Akdogan , Yildiz Hayran , Ayse Oktem 
e Basak Yalcin 

Departamento de Dermatologia, Hospital de Treinamento e Pesquisa Ankara Numune, Ancara, Turquia

Recebido em 30 de janeiro de 2019; aceito em 28 de março de 2019

Disponível na Internet em 14 de dezembro de 2019

PALAVRAS-CHAVE

Ansiedade;
Depressão;
Rosácea;
Transtornos de ansiedade

Resumo

Fundamentos: A rosácea pode causar sofrimento emocional e ansiedade. No entanto, a literatura apresenta poucos dados sobre a ocorrência de transtorno de ansiedade generalizada em pacientes com rosácea.

Objetivo: Detectar a frequência e o nível de ansiedade e depressão em pacientes com rosácea.

Métodos: O estudo incluiu 194 pacientes consecutivos com rosácea e 194 controles pareados por idade e sexo. A gravidade da rosácea foi avaliada de acordo com os critérios do Comitê de Ética da National Rosacea Society. Tanto os pacientes como os controles foram avaliados pela escala de sete itens do Transtorno de Ansiedade Generalizada e a gravidade foi medida pelo transtorno de ansiedade generalizada-adulto.

Resultados: O diagnóstico de ansiedade e/ou transtorno depressivo foi mais comum no grupo de pacientes (24,7% vs. 7,2%, $p < 0,01$). Pacientes do sexo feminino estavam particularmente em risco de ter transtorno de ansiedade generalizada (OR = 2,8; IC 95%: 1,15-7,37; $p = 0,02$).

Limitações do estudo: Em um único centro, com amostragem limitada.

Conclusões: Pacientes com rosácea apresentam maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade, inclusive transtorno de ansiedade generalizada. Pacientes do sexo feminino, aqueles com níveis educacionais mais baixos, com subtipo fimatoso, pacientes não tratados e pacientes com histórico de morbidade psiquiátrica podem apresentar maior risco de ansiedade. É essencial considerar as características psicológicas dos pacientes para melhorar seu bem-estar. © 2019 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.03.002>

☆ Como citar este artigo: Incel Uysal P, Akdogan N, Hayran Y, Oktem A, Yalcin B. Rosacea associated with increased risk of generalized anxiety disorder: a case-control study of prevalence and risk of anxiety in patients with rosacea An Bras Dermatol. 2019;94:704–9.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital de Treinamento e Pesquisa Ankara Numune, Ancara, Turquia.

* Autor para correspondência.

E-mail: pinarincel@hotmail.com (P. Incel Uysal).

Introdução

A rosácea é uma doença cutânea crônica caracterizada por pápulas inflamatórias, telangiectasias e eritema facial, que pode causar consequências psicossociais e sofrimento emocional. Remissões e exacerbações são características importantes da doença. Originalmente, quatro variantes de rosácea foram descritas pelo Comitê de Ética da National Rosacea Society (NRSEC): eritematotelangiectásica, papulopustulosa, fimatosa e ocular.¹ Em 2017, o NRSEC divulgou critérios diagnósticos atualizados para rosácea.² O comitê propôs um sistema de classificação clínica padronizado para rosácea, uma ferramenta prática e útil para avaliação clínica, bem como para estudos de pesquisa.¹

Pacientes com rosácea são mais propensos a depressão, baixa autoestima, fobia social e estresse.³⁻⁵ A depressão é comum entre os pacientes com rosácea e a gravidade dessa está diretamente correlacionada à gravidade da depressão.^{6,7} O eritema facial persistente da rosácea se deve à vasodilatação causada por nervos autonômicos ou substâncias vasoativas circulantes. Como não existe uma modalidade de tratamento ideal e eficaz para a vermelhidão persistente, os pacientes tendem a ter uma queda da qualidade de vida (QV). Além disso, foi demonstrado que os indivíduos com rosácea grave apresentaram piores escores médios do Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) do que os indivíduos com formas mais leves.⁸

Alguns estudos sugerem que pacientes com rosácea apresentam maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade.^{7,9} Embora a literatura apresente evidências relativamente claras sobre a presença de transtornos de ansiedade em pacientes com doenças dermatológicas crônicas, inclusive acne, psoríase e vitiligo, essa associação não foi suficientemente abordada na rosácea. O presente estudo de caso-controle teve como objetivos: (i) estimar a frequência de depressão comórbida e ansiedade entre pacientes com rosácea; (ii) identificar o grau de ansiedade em pacientes com rosácea pela escala de sete itens do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG-7) e sua gravidade medida pela escala TAG-adulto; e (iii) determinar se existe uma relação entre o grau de rosácea e o grau de ansiedade.

Métodos

Desenho do estudo e pacientes

Este foi um estudo transversal de caso-controle unicêntrico com recrutamento prospectivo de pacientes e controles pareados em uma clínica terciária. Pacientes consecutivos diagnosticados com rosácea entre janeiro de 2017 e dezembro de 2017 foram incluídos no estudo. O estudo incluiu 194 pacientes e 194 controles pareados por idade e sexo. O grupo controle consistiu de voluntários saudáveis que apresentaram queixas estéticas.

Todos os participantes tinham 18 anos ou mais. Um exame sistêmico e dermatológico foi feito em todos os casos. Os critérios de exclusão para os grupos estudo e controle foram: idade menor que 18 anos e pacientes com doenças sistêmicas

crônicas, doenças dermatológicas inflamatórias crônicas ou comprometimento cognitivo.

Coleta de dados e medições

Os dados clínicos e demográficos foram registrados. Todos os pacientes com rosácea foram examinados pelo mesmo dermatologista e classificados nos quatro subtipos da classificação padrão do NRSEC.¹ A classificação clínica englobava os sintomas primários e secundários (rubor, eritema não transitório, telangiectasia, ardor/ardência, placas, ressecamento, edema), a Avaliação Global do Médico (AGM) e a Avaliação Global do Paciente (AGP). Cada categoria é pontuada de 0 a 3 e todas as pontuações são somadas para obter uma pontuação total única (0-48). Os escores de gravidade de rosácea de todos os pacientes foram registrados pelo mesmo dermatologista como ausente, leve, moderado ou acentuado. Tabagismo e consumo de álcool também foram registrados. O escore clínico de rosácea (disponível em <https://www.rosacea.org/physicians/scoreindex.php>) foi calculado para cada paciente. O autorrelato de qualquer sintoma ou diagnóstico clínico prévio de depressão e/ou ansiedade, tanto por pacientes quanto por controles, foi registrado. Todos os pacientes foram perguntados sobre a presença de exacerbação ou desencadeamento de lesões de rosácea após estresse psicológico. O histórico médico dos participantes também foi registrado.

A escala TAG-7 é uma ferramenta de triagem validada para transtornos de ansiedade, inclusive TAG, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade social na população geral.^{10,11} Os escores totais do TAG-7 são apresentados de 0 a 21. A pontuação total é usada para avaliar a gravidade da ansiedade: < 5, ansiedade leve; 5 a 10, ansiedade moderada; > 10, ansiedade acentuada. Além disso, o TAG-adulto é um questionário de dez itens a ser preenchido em uma escala de 0 (nunca) a 4 (todo o tempo) para avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade em indivíduos com 18 anos ou mais.¹² Cada item se refere à gravidade dos sintomas nos últimos sete dias. A pontuação total bruta pode variar de 0 a 40. A média da pontuação total é uma escala de cinco pontos, que permite ao médico classificar a gravidade do distúrbio de ansiedade do indivíduo em nenhum (0), leve (1), moderada (2), acentuada (3) ou extrema (4). O questionário TAG-7 e a medida de gravidade do TAG-adulto foram desenvolvidos com base nos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Doenças Mentais (DSM) IV e V, respectivamente.

Todos os pacientes e controles completaram o TAG-7 e o TAG-adulto (tabela 1) na triagem de distúrbios de ansiedade. Os dados dos pacientes internados em múltiplas ocasiões foram incluídos apenas uma vez. Pacientes com questionários ou dados incompletos foram excluídos.

Análise estatística

As análises estatísticas foram feitas no *software* SPSS (v. 21.0 para Windows; SPSS Inc. – Chicago, IL, EUA). As variáveis paramétricas foram expressas como média e desvio-padrão; já as variáveis não paramétricas, como medianas e intervalos interquartis. Para variáveis categóricas, o número de casos e porcentagens foi usado. O teste

Tabela 1 Comparação das características demográficas dos grupos estudo e controle

	Pacientes (n = 194)	Controles (n = 194)	p
<i>Sexo, n (%)</i>			
Feminino	147 (75%)	147 (75%)	-
Masculino	47 (25%)	47 (25%)	-
<i>Idade, mediana (IQR) (anos)</i>	47 (40-56)	46 (39-54,25)	-
<i>Tabagismo, n (%)</i>			
Fumante atual	41 (21,1%)	58 (29,9%)	0,005
Ex-fumante	22 (11,3%)	7 (3,6%)	0,005
Nunca fumou	131 (67,5%)	129 (66,5%)	0,05
<i>Tabagismo, em anos-maço (média ± DP)</i>	15,5 ± 1,2	12,4 ± 0,9	0,05
<i>Consumo de álcool, n (%)</i>			0,05
Já consumiu	172 (88,7%)	160 (82,4%)	
Semana passada	16 (8,2%)	17 (8,7%)	
Mês passado	6 (3%)	17 (8,7%)	
<i>Escolaridade, n (%)</i>			0,001
Ensino fundamental – ciclo 1	97 (50%)	30 (15,4%)	
Ensino fundamental – ciclo 2	24 (12,3%)	50 (25,7%)	
Ensino médio	46 (23,7%)	69 (35,5%)	
Universidade	10 (5,1%)	37 (19%)	
Nenhum	17 (8,7%)	8 (4,1%)	

DP, desvio-padrão; IQR, intervalo interquartil.

de Kolmogorov-Smirnov e as análises de histograma foram usados para determinar se as variáveis contínuas eram normalmente distribuídas. Os testes *t* de Student e Anova foram usados para analisar variáveis numéricas com distribuição normal. O teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher foram usados para análise das variáveis categóricas. Os testes U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram feitos para comparar as variáveis numéricas que não apresentavam distribuição normal. Os testes de Spearman e Pearson foram usados para avaliar a correlação de variáveis numéricas. Modelos de regressão logística múltipla foram criados para examinar as relações entre as variáveis do estudo e o diagnóstico psiquiátrico registrado e presença de transtorno de ansiedade generalizada, com razão de probabilidade (*odds ratio*, OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). O nível de significância foi definido como $p < 0,05$.

Resultados

Características dos participantes

O estudo incluiu 194 pacientes (147 do sexo feminino, 47 do sexo masculino) e 194 controles sem rosácea, pareados por idade e sexo (147 do sexo feminino, 47 do masculino). A mediana da idade dos casos foi de 47 anos (18 a 74). Ex-fumantes foram mais comuns entre o grupo de pacientes. O consumo de álcool ($p = 0,083$) e o tabagismo ($p = 0,59$) foram comparáveis entre os casos e os controles. Ter concluído o ensino médio ou universitário foi mais comum entre os controles ($p < 0,001$). A mediana de escolaridade foi ensino fundamental entre os pacientes e ensino médio nos controles.

A [tabela 1](#) apresenta as características demográficas e de estilo de vida, bem como o histórico médico dos grupos de casos e controles.

Características da rosácea

O subtipo eritematotelangiectásico foi o mais frequentemente observado (58,9%) e a gravidade da doença foi leve e moderada na maioria dos pacientes (85,1%). O escore mediano de gravidade da rosácea foi de 12 (IQR: 10-16), o que corresponde à apresentação leve. A [tabela 2](#) apresenta as características clínicas e as variáveis da tabela de avaliação clínica. Uma correlação positiva significativa foi encontrada entre os escores de gravidade, AGP ($r = 0,559$; $p < 0,001$) e a classificação médica por subtipo ($r = 0,805$; $p < 0,001$).

Rosácea e distúrbios psicossociais

A [tabela 3](#) apresenta as variáveis psicossociais associadas à rosácea.

História pessoal de diagnóstico prévio de transtorno de ansiedade e/ou depressão foi um achado frequente entre os pacientes (24,7% vs. 7,2%; $p < 0,001$). Os autores encontraram uma diferença significativa na frequência de uso de medicamentos prescritos para qualquer transtorno psicossocial no momento da admissão entre pacientes e controles (14,4% em pacientes vs. 5,2% em controles; $p = 0,002$). No total, 3,6% dos pacientes apresentavam transtornos depressivos e de ansiedade; nenhum controle tinha história prévia de ambos os transtornos. Pacientes com rosácea foram mais propensos a desenvolver transtornos de ansiedade (OR = 4,59; IC 95%: 1,69-12,43; $p = 0,003$) e depressão (OR = 3,041; IC 95%: 1,38-6,07; $p = 0,006$; [tabela 3](#)).

A mediana dos valores do TAG-7 ($p < 0,001$), a média da avaliação da gravidade segundo o TAG-adulto ($p < 0,001$) e escores brutos totais ($p < 0,001$) foram maiores nos pacientes do que nos controles ([tabela 3](#)). Observou-se que 25%

Tabela 2 Características da doença em pacientes com rosácea (n = 194)

Características da doença	n = 194
Subtipo da doença,^a n (%)	
Eritematotelangiectásica	114 (58,7%)
Papulopustulosa	95 (48,9%)
Fimatosa	9 (4,6%)
Ocular	10 (5%)
Duração da doença, mediana (IQR) (meses)	
	36 (12–72)
Modalidades de tratamento, n (%)	
Nenhum	43 (22,2%)
Proteção solar	16 (8,2%)
Tratamentos tópicos	82 (42,3%)
Combinação de antibióticos tópicos e orais	37 (19%)
Isotretinoína oral	16 (8,2%)
Avaliação médica, por subtipo, n (%)	
Leve	133 (68,5%)
Moderado	56 (28,9%)
Acentuado	5 (2,6%)
Avaliação global do paciente, n (%)	
Leve	64 (33%)
Moderado	89 (45,9%)
Acentuado	41 (21%)
Grau de rosácea,^b n (%)	
Leve	77 (39,7%)
Moderado	88 (45,4%)
Acentuado	29 (14,9%)
Escore de gravidade, mediana (IQR)	
	12 (10–16)

^a Alguns pacientes apresentaram formas mistas da doença.

^b Grupo leve (intervalo: 0–14), grupo moderado (intervalo: 15–24), grupo acentuado (intervalo: \geq 25). DP, desvio-padrão; IQR, intervalo interquartil.

dos pacientes (n = 50) apresentaram triagem positiva (TAG-7 > 9) para TAG em comparação com 4,1% dos controles (n = 8; p < 0,05). Pacientes com rosácea apresentavam maior grau de ansiedade que os controles.

Não foi observada correlação entre AGP, AGM por subtipo e escores de ansiedade (AGP e pontuação total do TGA: p = 0,95, r = 0,004; AGP e média da pontuação total do TAG: p = 0,95, r = 0,004; AGP e TAG-7: p = 0,61, r = 0,037; AGP e gravidade da ansiedade: p = 0,97, r = -0,003; pontuação total

do AGM e TAG: p = 0,17, r = -0,099; média da pontuação total do AGM e TAG: p = 0,25, r = -0,83; AGM e TAG-7: p = 0,45, r = -0,055; AGM e gravidade da ansiedade: p = 0,32, r = -0,072).

Fatores de risco para ansiedade

Os escores medianos do TAG-7 e a medida de gravidade do TAG-adulto foram comparáveis nos subtipos eritematotelangiectético e papulopustuloso (p > 0,05). No entanto, pacientes com rosácea fimatosa representaram níveis mais elevados em todos os escores de ansiedade (p < 0,05). Pacientes do sexo feminino apresentaram maiores escores de ansiedade e maior gravidade do que pacientes do sexo masculino (p < 0,05). Além disso, pacientes com histórico prévio de morbidade psiquiátrica (transtorno de ansiedade e/ou depressão) apresentaram escores mais elevados do que os demais (p < 0,05). Em comparação com os demais, os pacientes que relataram sintomas de rosácea em resposta ao estresse psicológico representaram graus mais altos de gravidade da ansiedade (p < 0,001 para o TAG-7, média do TAG-adulto, escore total bruto do TAG e gravidade da ansiedade).

Pacientes com baixos níveis educacionais apresentaram escores de ansiedade mais elevados do que aqueles com níveis educacionais mais elevados (TAG-7, TAG-adulto e gravidade da ansiedade; p < 0,05). Observou-se uma correlação negativa entre os escores de ansiedade e os níveis de escolaridade dos pacientes (TAG-7: p = 0,014, r = -0,13; TAG-adulto escore total: p = 0,018; r = -0,12; TAG-adulto escore médio: p = 0,018, r = -0,12; gravidade da ansiedade: p = 0,019, r = -0,12). As proporções de pacientes que receberam diferentes tipos de tratamento foram semelhantes em relação aos escores de ansiedade (p > 0,05). No entanto, os pacientes não tratados apresentavam risco de ansiedade acentuada (OR = 2,07; IC 95%: 1,43 ± 4,06; p = 0,04). Não foram observadas correlações significativas entre idade, idade ao início da doença, duração da doença, tabagismo ou consumo de álcool e presença ou gravidade da ansiedade.

O risco de TAG (TAG-7 > 9) foi significativamente maior no sexo feminino (OR = 2,8; IC 95%: 1,15–7,37; p = 0,02). Não foi observada relação significativa entre idade, idade ao início, escolaridade, duração da doença ou grupos de tratamento

Tabela 3 TAG-7 e TAG-adulto, gravidade da ansiedade e história pessoal de transtornos psicossociais em pacientes com rosácea e controles

	Pacientes (n = 194)	Controles (n = 194)	p
Escore TAG-7, mediana (IQR)	6 (3–10)	2 (0–3)	< 0,001
Pontuação total TAG-adulto, mediana (IQR)	12 (7–17)	3 (1–8)	< 0,001
Escore total médio de TAG-adulto, mediana (IQR)	1,2 (0,7–1,7)	0,3 (0,1–0,8)	< 0,001
Gravidade da ansiedade, mediana (IQR)	1 (1–2)	0 (0–1)	< 0,001
História pregressa de morbidade psiquiátrica, n (%)	48 (24,7%)	14 (7,2%)	< 0,001
Transtorno de ansiedade	21 (10,8%)	5 (2,6%)	0,001
Depressão	27 (12,9%)	9 (4,1%)	0,004
Uso de drogas psiquiátricas no momento da coleta de dados, n (%)	28 (14,4%)	10 (5,2%)	0,002

DP, desvio-padrão; IQR, intervalo interquartil; TAG, transtorno de ansiedade generalizada.

e presença de TAG ($p = 0,18$, $p = 0,49$, $p = 0,65$ e $p = 0,22$, respectivamente).

Discussão

Estudos têm demonstrado que comorbidades psiquiátricas e psicopatias não detectadas podem ter grande impacto na QV de pacientes com enfermidades dermatológicas. Além disso, esses quadros podem contribuir para a gravidade clínica dos problemas cutâneos. A rosácea é uma das alterações cutâneas psicossomáticas que podem flutuar de acordo com o estado emocional. De acordo com o consenso mais aceito na literatura, no caso de estresse emocional, o sistema neuroimunocutâneo é responsável pela liberação de citocinas, mediadores e neurotransmissores que contribuem para essa interação complexa.¹³ A literatura relata que pacientes com rosácea têm maior incidência de constrangimento, ansiedade social, baixa autoestima e diminuição do DLQI,¹⁴ além de sentimentos de estigmatização; todas essas condições podem causar depressão ou transtornos de ansiedade.¹⁵

No presente estudo, história pregressa ou recente de doença psiquiátrica e uso de medicação psiquiátrica foram três a quatro vezes maiores em pacientes do que em controles. Dos 194 pacientes, 3,4% tinham sido previamente diagnosticados com transtorno de ansiedade e depressão. Obviamente, os pacientes apresentavam maior risco de ter um diagnóstico antigo ou recente de depressão ou ansiedade. Em consonância com outros estudos, a presença de rosácea aumentou o risco de depressão e ansiedade.^{7,9} O presente estudo demonstrou maiores escores totais e médios de TAG-7, TAG-adulto e maior gravidade de ansiedade em pacientes com rosácea em comparação com controles. Além disso, um número considerável de pacientes (25%, $n = 50$) apresentou provável transtorno de ansiedade generalizada demonstrado pelo TAG-7. Muitos dos estudos sobre ansiedade focaram principalmente na ansiedade social e usaram medidas de QV e/ou Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HDAS).^{9,16,17} A literatura não apresenta relatos quanto ao uso dos questionários TAG-7 e TAG-adulto em pacientes com rosácea. Assim, o presente estudo fornece escalas válidas para medir o grau de ansiedade e detectar TAG em pacientes com rosácea pela primeira vez.

Alinia et al. relataram uma correlação direta entre a gravidade da rosácea e o grau de depressão.¹⁸ Em contraste, o presente estudo não detectou uma correlação entre os escores de ansiedade ou grau de ansiedade e o escore clínico de rosácea, AGP e AGM. No entanto, pacientes com rosácea fimatosa apresentaram escores mais altos do que os demais subtipos. Esse resultado respalda relatos anteriores que sugerem que a rosácea fimatosa provoca sentimentos de estigmatização e mais comprometimento geral da QV.^{16,17} Tem sido sugerido que, como os homens tendem a experimentar formas mais graves de rosácea do que as mulheres, eles são mais propensos a apresentar ansiedade social e depressão.¹⁵ Alguns estudos indicaram que os homens eram mais afetados negativamente pela doença do que as mulheres.^{16,19} No entanto, no presente estudo, pacientes do sexo feminino apresentaram escores de ansiedade significativamente maiores no TAG-7 e TAG-adulto. As diferenças relacionadas ao sexo no presente estudo foram consistentes com alguns relatos na literatura.⁷ É importante ressaltar

que esses achados podem ser facilmente explicados, uma vez que pacientes do sexo feminino parecem se concentrar no impacto da rosácea em sua aparência. Estudos anteriores revelaram que os pacientes mais jovens eram mais propensos a ser afetados pela rosácea.^{16,20} No entanto, o presente estudo não encontrou correlação entre idade e risco de depressão ou ansiedade. Tem sido demonstrado que um baixo nível socioeconômico está associado a um maior risco de depressão.⁷ Nesse contexto, é importante observar a correlação negativa evidenciada entre os escores de ansiedade e o status educacional. Pacientes com maiores níveis educacionais parecem aderir ao tratamento farmacológico, o que pode melhorar seu bem-estar e resultar em redução da ansiedade.

Tem sido demonstrado que o tratamento eficaz dos sintomas da rosácea leva a uma melhoria significativa dos sintomas psicossociais e da QV relacionada à saúde.^{17,19} De fato, todos os tratamentos direcionados ao rubor ajudam a aliviar os sintomas de depressão e ansiedade social.⁵ Do mesmo modo, o presente estudo encontrou maior risco de ansiedade em pacientes que não haviam sido tratados anteriormente. Esses achados podem ser explicados pelo fato de, dos 43 pacientes não tratados, 81% deles compareceram pela primeira vez, enquanto os outros foram pacientes recorrentes.

É importante notar que este estudo confirmou que pacientes do sexo feminino com rosácea estão particularmente em risco de TAG. Observou-se que 84% (42/50) desses pacientes não haviam sido encaminhados a uma clínica psiquiátrica anteriormente. A identificação de um número elevado de casos prováveis de TAG, não previamente detectados, entre pacientes com rosácea foi outro achado interessante do presente estudo. É importante notar que os métodos de avaliação de ansiedade usados neste estudo são incapazes de detectar causalidade. Assim, com base nos resultados do presente estudo, não é possível identificar se a ansiedade é uma consequência direta da rosácea ou um achado coincidente.

O grande tamanho da amostra e o uso de métodos validados foram os principais pontos fortes deste estudo. No entanto, tivemos algumas limitações. A população do estudo pode não ser representativa da população geral. Por outro lado, nosso hospital presta atendimento a uma grande parte da população da comunidade ao redor, inclusive uma ampla gama de classes socioeconômicas.

Conclusão

Os achados do presente estudo sugerem que pacientes com rosácea parecem apresentar ansiedade independente da gravidade da doença. Alguns grupos de pacientes podem apresentar maior risco para ansiedade. A triagem de pacientes com métodos de avaliação de QV pode não refletir a psicopatologia exata. O TAG-7 e a medida de gravidade do TAG-adulto são ferramentas válidas e de fácil aplicação na detecção de pacientes em risco na prática clínica diária. Os médicos devem estar cientes dessa relação e fornecer apoio psicológico como parte da estratégia de tratamento psicossomático.

Aprovação ética

Todos os pacientes e controles assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes da coleta de dados e questionários. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Estudos Clínicos do Hospital de Pesquisa e Treinamento Ankara Numune da Universidade de Ciências da Saúde (E-16-1064). O protocolo do estudo estava de acordo com a Declaração de Helsinque de 1975.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Pınar Incel Uysal: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Neslihan Akdogan: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Yıldız Hayran: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Ayşe Oktem: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Basak Yalcin: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:584–7.
2. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, et al. Standard classification and pathophysiology of rosacea: the 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78:148–55.
3. Gupta MA, Gupta AK, Chen SJ, Johnson AM. Comorbidity of rosacea and depression: an analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Care Survey – outpatient department data collected by the U.S National Center for Health Statistics from 1995 to 2002. *Br J Dermatol.* 2005;153:1176–81.
4. Abram K, Silm H, Maaros HI, Oona M. Subjective disease perception and symptoms of depression in relation to healthcare-seeking behaviour in patients with rosacea. *Acta Derm Venereol.* 2009;89:488–91.
5. Su D, Drummond PD. Blushing propensity and psychological distress in people with rosacea. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19:488–95.
6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16:606–13.
7. Egeberg A, Hansen PR, Gislason GH, Thyssen JP. Patients with rosacea have increased risk of depression and anxiety disorders: a Danish nationwide cohort study. *Dermatology.* 2016;232:208–13.
8. Bewley A, Fowler J, Schöfer H, Kerrouche N, Rives V. Erythema of rosacea impairs health-related quality of life: results of a meta-analysis. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2016;6:237–47.
9. Wu Y, Fu C, Zhang W, Li C, Zhang J. The dermatology life quality index (DLQI) and the hospital anxiety and depression (HADS) in Chinese rosacea patients. *Psychol Health Med.* 2018;23:369–74.
10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166:1092–7.
11. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Med Care.* 2008;46:266–74.
12. Psychiatry.org. Severity Measure for Generalized Anxiety Disorder, Adult; c2013. [acessado em 28 dez. 2018]. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>.
13. Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, Peters EM, Paus R. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol.* 2006;126:704–1697.
14. Cribier B. The red face: art, history and medical representations. *Ann Dermatol Venereol.* 2011;138 Suppl 3:S172–8.
15. Halioua B, Cribier B, Frey M, Tan J. Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:163–8.
16. Böhm D, Schwanitz P, Stock Gissendanner S, Schmid-Ott G, Schulz W. Symptom severity and psychological sequelae in rosacea: results of a survey. *Psychol Health Med.* 2014;19:586–91.
17. Moustafa F, Lewallen RS, Feldman SR. The psychological impact of rosacea and the influence of current management options. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:973–80.
18. Alinia H, Cardwell LA, Tuchayi SM, Nadkarni A, Bahrami N, Richardson IM, et al. Screening for depression in rosacea patients. *Cutis.* 2018;102:36–8.
19. Heisig M, Reich A. Psychosocial aspects of rosacea with a focus on anxiety and depression. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2018;11:103–7.
20. Beikert FC, Langenbruch AK, Radtke MA, Augustin M. Willingness to pay and quality of life in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27:734–8.