

RESUMO

PALAVRAS CHAVE

- FUNGOS,
- ONICOMICOSE,
- ONICOPATIAS,
- QUALIDADE DE VIDA,
- PODOLOGIA

RESUMO: Onicomicose é a doença de origem fúngica das unhas que surge com maior frequência e pode afetar significativamente a qualidade de vida. Esta infecção fúngica impede a função normal das unhas, pode causar dor, tem consequências nas atividades diárias e pode ter consideráveis efeitos psicossociais na vida de um indivíduo.

OBJETIVO: O objetivo principal deste estudo foi avaliar as percepções dos indivíduos sobre o impacto da onicomicose na sua qualidade de vida.

MÉTODOS: Realizou-se um questionário dividido em duas partes, a primeira com escalas de informação sociodemográficas, a segunda parte com escalas de medida específicas para relacionar a onicomicose com a qualidade de vida: dois itens para avaliar o "Social", doze relativos ao "Emocional" e três itens para os "Sintomas". Posteriormente foi realizada uma análise descritivo-correlacional das variáveis.

RESULTADOS: Um total de 36 indivíduos (11 do género masculino) responderam aos questionários. Os resultados que obtivemos indicaram impacto na qualidade de vida na área psicossocial, com diferenças de géneros, em que nas mulheres a onicomicose tem maior efeito a nível emocional, enquanto nos homens existe maior impacto a nível social e sintomático.

CONCLUSÃO: A onicomicose deve ser bem avaliada e considerada como uma doença importante pois as suas consequências são variadas na qualidade de vida dos pacientes..

ABSTRACT

KEYWORDS

- FUNGAL,
- NAILS DISORDERS,
- ONYCHOMYCOSIS,
- QUALITY OF LIFE,
- PODIATRY.

BACKGROUND: Onychomycosis is the most common nail disease affecting quality of life. This fungal infection impairs normal nail functions, may cause pain, impairs in daily activities and surely have considerable psychosocial effects in the individual's life. **OBJECTIVE:** The purpose of this study was to determine patients' perception of onychomycosis on their quality of life.

METHODS: A questionnaire divided into two parts was applied, the first part remain to general sociodemographic measures, the second part remain to a specific nail-quality of life measures: two items remain to "Social", twelve remain to "Emotional" and three items remain to "Symptoms". Later, a descriptive and correlational analysis of variables was performed.

RESULTS: A total of 36 patients (11 male) respond to the questionnaire. The results analyzed the demographic, psychosocial and symptoms items and remain to gender differences, women feel more the emotional state, than men who feel more the social and symptoms effects from the onychomycosis.

CONCLUSION: Onychomycosis should prompt more reconsideration because has a significant quality of life effects

AFILIAÇÃO DOS AUTORES:

¹ CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, Licenciada em Podologia e Mestranda em Podiatria Clínica da Escola Superior de Ciências da Saúde de Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN);

² CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, Licenciado em Podologia pelo Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN), Mestre em Psicologia da Dor pelo Instituto Superior Ciências da Saúde do Norte e Doutor em Engenharia Biomédica pela Faculdade de engenharia da Universidade de Porto;

CORRESPONDÊNCIA

Marta Maciel > m.maciel07@gmail.com

Miguel Oliveira > fmiguel.oliveira@ipsn.cespu.pt

1. INTRODUÇÃO

As unhas são placas córneas da epiderme que contêm queratina, a proteína que lhes confere dureza. Além da sua maior função, proteger as extremidades dos dedos, as unhas também ajudam na manipulação e na preensão de objetos, auxiliam no caminhar e no ortostatismo¹⁻⁴.

Onicomicose é uma patologia infecciosa de origem fúngica, causada por dermatófitos, leveduras ou fungos filamentosos não dermatófitos, que compromete a integridade da placa ungueal, podendo interferir com o caminhar, com o equilíbrio, com o exercício físico ou até mesmo com a escolha do calçado^{3,5}.

Vários estudos indicam que a onicomicose é a causa maior das patologias ungueais, representando mais de 50% das onicopatias,

e estima-se que de 2 a 14% da população total é afetada por esta doença, tende o número percentual a aumentar, principalmente em população idosa, atingindo valores de 60%^{3,6,7}.

Embora existam variados estudos relativos à influência de diversas patologias na qualidade de vida dos indivíduos, a maior parte dos problemas nos pés são considerados sem grande interesse do ponto de vista médico, no entanto, esta mentalidade tem vindo a modificar-se, principalmente com o aumento do número de pessoas afetadas e suas repercussões tanto a nível clínico como social e psicológico^{5,8-11}.

2. OBJETIVOS

O principal objetivo deste estudo foi estudar qual o impacto da onicomicose na qualidade de vida dos pacientes.

3. MÉTODOS

Este estudo é do tipo observacional-descritivo do qual participaram 36 indivíduos (11 do sexo masculino e 25 do sexo feminino) previamente diagnosticados com onicomicose e a receber tratamento na clínica Podocare em Paço de Arcos.

Dentro dos vários instrumentos para mensuração da Qualidade de Vida em pacientes com onicomicose, definimos o questionário internacional específico de Drake, et al. (1999) para aplicarmos aos pacientes. Para a primeira parte do questionário foram realizadas as seguintes perguntas: idade (anos), peso (kg), altura (m), profissão, género, estado civil, grau de escolaridade, tratamento coadjuvante e historial de infeção fúngica. As primeiras questões são do tipo “resposta aberta” e as duas últimas são do tipo “resposta fechada” com duas opções de “sim” ou “não”.

Para a segunda parte do questionário relativo à QdV foram realizadas as 17 questões que compunham o artigo, divididas em três áreas: social, emocional e sintomas. Estas questões são do tipo “resposta fechada”. Nesta segunda parte do questionário, para os indivíduos responderem devidamente e todos de igual modo, foi aplicada uma escala de Likert, com cinco níveis de resposta, em que o valor 1 correspondia a “não, de todo” e o valor 5 a “sim, extremamente” ou “sim, é extremamente incomodativo”.

Antes da análise estatística, realizou-se uma etapa fundamental para a caracterização da amostra: calculou-se o IMC com base nos dados fornecidos das respostas dos questionários. As respostas obtidas do peso e da altura foram considerados verdadeiras, não sendo necessária a medição com balança ou a verificação da altura pelo B.I. ou C.C.

Os dados da recolha de dados foram transportados para uma folha de Excel® de maneira a termos um documento descritivo de todas as variáveis pertencentes ao questionário.

Relativamente à escala de Likert, todos os 17 itens foram convertidos a uma escala de 0-100, em que 0 indica fraca qualidade de vida e 100 máxima qualidade de vida.

No final, introduziu-se os dados num computador portátil de marca Apple®, utilizando o programa IBM SPSS Statistics for Windows, version 22 para o tratamento de dados e análise estatística. Para análise

dos dados da amostra e comparação entre as variáveis utilizámos a média amostral (M) como medida de tendência central; para análise e quantificação correlacional entre as variáveis utilizámos a análise bivariada com coeficiente r-Pearson (>95) com significâncias (p) inferiores a 0,05 e magnitude do coeficiente =1.

4. RESULTADOS

As médias correspondentes às respostas do primeiro grupo “Social” é de 59,38. A média de respostas do grupo “Emocional” corresponde a 57,31. A média do grupo Sintomas corresponde a 61,95. Sendo a área do emocional mais afetada na qualidade de vida pela onicomicose.

Na tabela 1 analisou-se as médias relativas a todas as escalas da QdV, dando-se maior enfoque no grupo Emocional por ter uma média menor; as escalas “incomoda-me a aparência das minhas unhas”, “tenho receio de ter este problema de unhas para o resto da vida”, “sinto que tenho que ter as unhas sempre curtas” obtiveram maiores resultados de “fraca qualidade de vida” (abaixo dos 50%).

Tabela 1 - Médias das escalas da QdV

| | Média | N | Desvio Padrão |
|---|-------|----|---------------|
| As pessoas acham desagradável olhar para as minhas unhas | 61,81 | 36 | 33,534 |
| Acho que as outras pessoas reparam no meu problema das minhas unhas | 56,94 | 36 | 32,520 |
| As minhas unhas têm um aspeto desleixado | 68,75 | 36 | 31,834 |
| Estou desanimado/a com o meu problema de unhas | 51,39 | 36 | 33,244 |
| É dispendioso tratar das minhas unhas | 57,64 | 36 | 29,167 |
| Receio que o problema das minhas unhas seja contagioso | 60,42 | 36 | 37,500 |

Na tabela 2 comparámos por géneros as variáveis com resultados de maior significância, sendo que para o género masculino o item com mais “fraca qualidade de vida” foi relativo ao aspeto das unhas de terem de estar sempre curtas e relativo ao acharem que as pessoas reparam no seu problema de unhas. Quanto ao género feminino o valor mais baixo foi relativo à aparência das unhas e ao terem receio o problema das suas unhas perdure.

Tabela 2 - Comparação entre itens da QdV com maior significância e género

| Género | Acho que as pessoas reparam no meu problema das minhas unhas | Incomoda-me a aparência das minhas unhas | Tenho receio de ter este problema de unhas para o resto da vida | Sinto que tenho de ter as unhas sempre curtas |
|-----------------|--|--|---|---|
| Masculino Média | 50,00 | 50,00 | 63,64 | 38,64 |
| N | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Desvio padrão | 27,386 | 35,355 | 28,204 | 32,333 |
| Feminino Média | 60,00 | 37,00 | 43,00 | 46,00 |
| N | 25 | 25 | 25 | 25 |
| Desvio padrão | 34,611 | 34,701 | 36,458 | 38,649 |
| Total Média | 56,94 | 40,97 | 49,31 | 43,75 |
| N | 36 | 36 | 36 | 36 |
| Desvio padrão | 32,520 | 34,925 | 35,095 | 36,535 |

Na tabela 3 observamos as médias das escalas da QdV distribuídas por grupos de idades. Salienta-se maior percentagem de “fraca qualidade de vida” a nível social entre o grupo mais novo (50%) e entre o grupo mais velho, com valores de 55% e 49% para a área emocional e sintomas respetivamente.

Tabela 3 - Comparação entre idades e QdV

| Idades | Social | Emocional | Sintomas |
|---------------|--------|-----------|----------|
| 10-19 Média | 50,50 | 68,00 | 66,50 |
| N | 2 | 2 | 2 |
| Desvio padrão | 17,678 | 1,414 | 23,335 |
| 20-59 Média | 57,77 | 57,31 | 70,15 |
| N | 26 | 26 | 26 |
| Desvio padrão | 31,437 | 21,088 | 22,175 |
| 60+ Média | 67,38 | 55,25 | 49,00 |
| N | 8 | 8 | 8 |
| Desvio padrão | 38,807 | 19,840 | 33,620 |
| Total Média | 59,50 | 57,44 | 65,25 |
| N | 36 | 36 | 36 |
| Desvio padrão | 32,203 | 20,098 | 25,907 |

Na tabela 4 comparou-se as médias por grupos de IMC com as áreas da QdV: considerámos apenas as médias respetivas ao peso normal e excesso de peso por terem mais número de amostra. Apesar das diferenças não serem significativas observou-se maiores valores de “fraca qualidade de vida” na área do emocional para os dois grupos.

Tabela 4 - Comparação entre IMC e QdV

| Escala IMC | Social | Emocional | Sintomas |
|-------------------------|--------|-----------|----------|
| Magros Média | 38,00 | 67,00 | 50,00 |
| N | 1 | 1 | 1 |
| Desvio padrão | - | - | - |
| Peso Normal Média | 61,35 | 59,15 | 70,45 |
| N | 20 | 20 | 20 |
| Desvio padrão | 28,027 | 20,350 | 21,583 |
| Excesso de Peso Média | 59,77 | 55,85 | 58,23 |
| N | 13 | 13 | 13 |
| Desvio padrão | 40,218 | 21,786 | 32,504 |
| Obesidade Grau I Média | 25 | 54 | 50 |
| N | 1 | 1 | 1 |
| Desvio padrão | - | - | - |
| Obesidade Grau II Média | 75,00 | 38,00 | 83,00 |
| N | 1 | 1 | 1 |
| Desvio padrão | - | - | - |
| Total Média | 59,50 | 57,44 | 65,25 |
| N | 36 | 36 | 36 |
| Desvio padrão | 32,203 | 20,098 | 25,907 |

Dos 36 indivíduos, aqueles que não tinham historial de onicomi-

cose tiveram maior percentagem de impacto na qualidade de vida do que os indivíduos que já tinham tido onicomicose ou outras infeções fúngicas (média máxima de 67,05 para a área de sintomas), apesar dos valores não serem significativos (tabela 5).

Tabela 5 - Comparação entre historial onm/outras e QdV

| Existe historial passado de Onicomicose ou qualquer doença fúngica? | Social | Emocional | Sintomas |
|---|--------|-----------|----------|
| Sim Média | 55,29 | 56,71 | 63,24 |
| N | 17 | 17 | 17 |
| Desvio padrão | 28,987 | 16,781 | 26,025 |
| Mínimo | 0 | 19 | 0 |
| Máximo | 100 | 96 | 100 |
| Não Média | 63,26 | 58,11 | 67,05 |
| N | 19 | 19 | 36 |
| Desvio padrão | 35,185 | 23,111 | 26,376 |
| Mínimo | 0 | 23 | 8 |
| Máximo | 100 | 92 | 100 |
| Total Média | 59,50 | 57,44 | 65,25 |
| N | 36 | 36 | 36 |
| Desvio padrão | 32,203 | 20,098 | 25,907 |
| Mínimo | 0 | 19 | 0 |
| Máximo | 100 | 96 | 100 |

Na tabela 6 observamos as médias entre as áreas da QdV com os indivíduos que estavam e os que não estavam a fazer tratamento para outras patologias. Os valores mais baixos observam-se na área do “Emocional” apesar de não serem significativos, para ambos os grupos, sendo o grupo do “Sim” com valores mais baixos (55%).

Tabela 6 - Comparação entre tratamentos QdV

| Encontra-se a fazer algum tratamento para alguma doença/patologia sistémica? | Social | Emocional | Sintomas |
|--|--------|-----------|----------|
| Sim Média | 57,11 | 55,06 | 56,44 |
| N | 18 | 18 | 18 |
| Desvio padrão | 32,678 | 15,913 | 26,969 |
| Mínimo | 0 | 19 | 0 |
| Máximo | 100 | 81 | 100 |
| Não Média | 61,89 | 59,83 | 74,06 |
| N | 18 | 18 | 18 |
| Desvio padrão | 32,483 | 23,796 | 22,143 |
| Mínimo | 0 | 23 | 33 |
| Máximo | 100 | 96 | 100 |
| Total Média | 59,50 | 57,44 | 65,25 |
| N | 36 | 36 | 36 |
| Desvio padrão | 32,203 | 20,098 | 25,907 |
| Mínimo | 0 | 19 | 0 |
| Máximo | 100 | 96 | 100 |

Na análise comparativa entre géneros, o género masculino obteve valores mais baixos nas áreas “Social” (53,55) e “Sintomas” (62) mas na área “Emocional” o género feminino foi o que obteve

resultados mais baixos (56,92), embora não sejam significativos (tabela 7).

Tabela 7 – Comparação entre géneros e QdV

| Género | Social | Emocional | Sintomas |
|-----------------|--------|-----------|----------|
| Masculino Média | 53,55 | 58,64 | 62,00 |
| N | 11 | 11 | 11 |
| Desvio padrão | 28,051 | 19,211 | 19,162 |
| Feminina Média | 62,12 | 56,92 | 66,68 |
| N | 25 | 25 | 25 |
| Desvio padrão | 34,075 | 20,841 | 28,615 |
| Total Média | 59,50 | 57,44 | 65,25 |
| N | 36 | 36 | 36 |
| Desvio padrão | 32,203 | 20,098 | 25,907 |

Na análise entre o estado civil, o grupo “Divorciado” foi o que obteve valores mais significativos com 49,50 na área “Emocional” (tabela 8).

Tabela 8 – Comparação entre estado civil e QdV

| Estado Civil | Social | Emocional | Sintomas |
|------------------|--------|-----------|----------|
| Casado Média | 56,40 | 59,70 | 70,90 |
| N | 10 | 10 | 10 |
| Desvio padrão | 32,356 | 22,181 | 21,247 |
| Junto Média | 60,00 | 53,00 | 60,00 |
| N | 5 | 5 | 5 |
| Desvio padrão | 37,914 | 21,378 | 26,010 |
| Divorciado Média | 56,25 | 49,50 | 67,63 |
| N | 8 | 8 | 8 |
| Desvio padrão | 37,201 | 18,822 | 25,405 |
| Solteiro Média | 68,33 | 68,67 | 72,11 |
| N | 9 | 9 | 9 |
| Desvio Padrão | 24,161 | 11,587 | 21,345 |
| Viúvo Média | 53,25 | 48,00 | 37,50 |
| N | 4 | 4 | 4 |
| Desvio padrão | 43,691 | 26,969 | 38,957 |
| Total Média | 59,50 | 57,44 | 65,25 |
| N | 36 | 36 | 36 |
| Desvio Padrão | 32,203 | 20,098 | 25,907 |

Relativamente à análise correlativa, não foram encontradas correlações significativas. Na tabela 9 podemos observar que embora no grupo “Social” a significância de p tenha obtido um valor de 0,04 na variável do “tratamento para outra patologia”, o coeficiente r -Pearson não atingiu o valor 1. Este resultado poderá ter a ver com a distribuição da amostra desta variável e com a comparação das médias, em que se obteve resultados muito semelhantes.

Tabela 9 – Relação entre as variáveis sociodemográficas e as áreas específicas de QdV

| Componente | Social | | Emocional | | Sintomas | |
|--------------|--------|--------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | p | r -Pearson | p | r -Pearson | p | r -Pearson |
| Idade | 0,913 | 0,19 | 0,209 | -0,214 | 0,29 | -0,364 |
| Peso | 0,935 | -0,014 | 0,835 | -0,036 | 0,51 | -0,113 |
| Altura | 0,878 | 0,027 | 0,077 | 0,299 | 0,44 | 0,133 |
| Profissão | 0,697 | -0,067 | 0,546 | -0,104 | 0,21 | 0,214 |
| Género | 0,47 | 0,124 | 0,817 | -0,04 | 0,625 | 0,084 |
| Estado Civil | 0,743 | 0,057 | 0,988 | 0,003 | 0,254 | -0,195 |
| Escolaridade | 0,402 | 0,144 | 0,559 | 0,101 | 0,862 | -0,03 |
| Tratamento | 0,663 | 0,075 | 0,484 | 0,121 | 0,04 | 0,345 |
| Historial | 0,467 | 0,125 | 0,838 | 0,035 | 0,665 | 0,075 |
| IMC | 0,948 | -0,011 | -0,228 | -0,288 | 0,233 | -0,204 |

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo iremos apresentar os resultados mais relevantes e aqueles que responderam aos nossos objetivos iniciais comparando com outros estudos já realizados e revistos na revisão bibliográfica.

Um dos principais parâmetros a discutir foi o facto da amostra desta investigação ser composta por um número relativamente pequeno, o que não nos permitiu ter resultados muito conclusivos. Contudo foram o suficiente para referir que esta patologia tem impactos ao nível da qualidade de vida.

Relativamente à análise estatística o que nos interessava era verificar se no geral os parâmetros “Social” “Emocional” e “Sintomas” estavam relacionados com as diferentes variáveis (género, idade, peso, etc.). Posto isto, os resultados que obtivemos corresponderam a não existir relação significativa entre as variáveis, embora existam algumas diferenças. Constatámos que a qualidade de vida afeta mais os homens que as mulheres, embora em campos diferentes. Os homens sentem maior efeito da doença a nível do “Social” e do “Sintomas”, enquanto as mulheres sentem maior efeito no campo “Emocional”. Drake (1998) também relatou que as mulheres sentiam mais “vergonha” que os homens relativamente à aparência das unhas (83% para 71%).

Drake et al. (1999) também relacionou com alguns dados socio-demográficos (idade e género) e de igual modo não obteve resultados significativos respetivos à relação destas variáveis.

Contudo, obtivemos algumas relações com variáveis específicas. Relativamente às médias das áreas da qualidade de vida, o grupo com menor percentagem de “excelente qualidade de vida” foi o “Emocional” (57, onde 100 significa excelente qualidade de vida), embora não sejam valores significativos. Lubeck (1993), também obteve baixos valores na sua amostra relativamente às áreas da qualidade de vida.

As variáveis correspondentes ao grupo “Emocional”, como problemas com a aparência das unhas, limitação no comprimento da unha e receio de ter o problema para o resto da vida, foram as que mais atingiram os níveis de “fraca qualidade de vida”. Drake

(1998) também verificou que a “aparência” era uma variável significativa e com maior percentagem de “fraca qualidade de vida” (75% da amostra respondeu sentir vergonha com a aparência das suas unhas).

Relativamente às idades, a relação mais significativa foi no grupo dos indivíduos com mais de 60 anos que apresentaram “fraca qualidade de vida” no grupo dos “Sintomas”. Este resultado pode ir ao encontro de outros estudos, em que o fator idade pode estar relacionado e agravar-se com a onicomicose. Este provoca maior instabilidade e limitação nas atividades diárias¹¹.

Neste estudo houve outros valores com importância significativa mas que acabámos por não considerar pelo tamanho reduzido da amostra em questão. Foi o caso da comparação das médias com o estado civil, em que obtivemos resultados abaixo dos 50 (na escala de 0-100 em que 100 significa excelente qualidade de vida) no grupo dos divorciados e viúvos (49,50 e 48 respetivamente). No entanto, estes números corresponderam apenas a 1/3 da amostra.

REFERÊNCIAS

1. Esteves JA, Baptista AP, Rodrigo FG, Gomes MAM. Dermatologia. Lisboa: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian; 1992.
2. Dawber R, Bristow I, Turner W. Text Atlas of Podiatric Dermatology: Taylor & Francis e-library; 2005.
3. Ovalle WK, Nahimey PC. Netter Bases da Histologia: Elsevier Editora Lda; 2008.
4. Seeley RR, Stephens TD, Tate P. Anatomia & Fisiologia: Lusociência Edições Técnicas e Científicas Lda.; 2011.
5. Drake LA, Scher RK, Smith EB, Faich GA, Smith SL, Hong JJ, et al. Effect of onychomycosis on quality of life. Journal of the American Academy of Dermatology. 1998;38:702-4.
6. Allevato MAJ. Diseases Mimicking Onychomycosis. Clinics in Dermatology. 2010;164-77.
7. Bunyaratavej S, Pattanaprichakul P, Leeyaphan C, Chayangsu O, Bunyaratavej S, Kulthanan K. Onychomycosis: A study of self-recognition by patients and quality of life. Department of Dermatology. 2015;270-4.
8. Drake L. Quality of life issues for patients with fungal nail infections. AIDS Pat Care. 1995(9):S15-7.
9. Goldcher A. Podologia: Roca; 2010.
10. Lubeck DP, Patrick DL, McNulty P, Fifer SK, Birnbaum J. Quality of life of persons with onychomycosis. Quality of Life Research. 1993(2):341-8.
11. Scher RK. Onychomycosis: A significant medical disorder. Journal of the American Academy of Dermatology. 1996;35:2-5.

AGRADECIMENTOS

Ao Mestre Pedro Serra, pela ajuda com a recolha de dados deste estudo, pelo interesse e dedicação no aumento do meu desempenho como futura podologista.