

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO

FIGUEIRA (IMIP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM SAÚDE INTEGRAL

**PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO, NÍVEL DE
QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS
PACIENTES COM ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE**

Marcella Maria de Souza Araújo

2019

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO

FIGUEIRA (IMIP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM SAÚDE INTEGRAL

**PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO, NÍVEL DE
QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS
PACIENTES COM ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE**

Dissertação apresentada no Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
(IMIP) como parte dos requisitos para
obtenção do grau de mestre em Saúde
Integral

Mestranda: Marcella Maria de Souza Araújo

Orientadora: Maria de Fátima Costa Caminha

Coorientadores: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Matilde Campos Carrera

Linha de pesquisa: Estudos epidemiológicos, clínicos e cirúrgico na saúde
do adulto

Julho 2019

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-030/2019
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

A663p Araújo, Marcella Maria de Souza

Perfil social e epidemiológico, nível de qualidade de vida, ansiedade e depressão dos pacientes com alopecia frontal fibrosante / Marcella Maria de Souza Araújo. Orientadora: Maria de Fátima Costa Caminha. Coorientadores: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa; Matilde Campos Carrera – Recife: Do Autor, 2019.

77 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Integral) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2019.

1. Alopecia. 2. Qualidade de vida. 3. Epidemiologia. I. Caminha, Maria de Fátima Costa: orientadora. II. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes: coorientador. III. Carrera, Matilde Campos. IV. Título.

CDD 306

**PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO, NÍVEL DE QUALIDADE
DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS PACIENTES COM
ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE**

**Dissertação de Mestrado em Saúde Integral do Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira (IMIP), submetida à defesa pública na Diretoria de
Ensino do IMIP e aprovada pela banca examinadora em 02/07/2019**

Dra. Maria de Fátima Costa Caminha

Dra. Livia Andrade

Dra. Fátima Brito

2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre estiveram do meu lado e me estimularam a estudar.

Aos meus filhos, que compreenderam minhas ausências e foram minhas maiores fontes inspiradoras.

Aos residentes da Dermatologia do IMIP, que me ajudaram na coleta dos dados e que entenderam minhas ausências para o mestrado.

A família da Dermatologia do IMIP, que me incentivou nessa conquista.

As amigas que fiz durante o mestrado, Carol, Joana e Cátia, que me estimularam e fizeram o ano de aula mais leve.

A Mariana Araújo, aluna do PIBC, que sempre foi muito prestativa, atenciosa e me ajudou na coleta dos dados.

Aos docentes do mestrado, pelo aprendizado.

A Dra Matilde, por sempre me incentivar, orientar e me entender.

A Dr Leopoldo Barbosa, pela confiança e pela tranquilidade nas suas orientações.

A Dra Fatima Caminha, por me ajudar e me incentivar na reta final.

Aos pacientes, por aceitarem participar de minha pesquisa e por tornar meu amor pela medicina, cada vez maior.

RESUMO

Introdução: Descrita inicialmente por Kossard em 1994, a alopecia frontal fibrosante (AFF) é um tipo de alopecia cicatricial linfocítica, caracterizada pela recessão progressiva da linha de implantação frontotemporal do cabelo, geralmente associada com a perda da sobrancelha. As recentes publicações sobre o tema indicam provável aumento da incidência dessa patologia. No entanto, sua patogênese ainda é incerta. Por gerar perda de cabelo, a AFF pode alterar a autoimagem do indivíduo e, conseqüentemente, gerar um impacto negativo na qualidade de vida, podendo ser um fator precipitante para um quadro de ansiedade e/ou de depressão. **Objetivos:** Avaliar o perfil socioepidemiológico, nível de qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes com AFF atendidos em ambulatório de referência em Recife-PE. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal com amostra por conveniência. Os pacientes passaram por uma avaliação clínica, em seguida, foram aplicados os questionários: Dermatology Life Quality Index (DLQI) para avaliar a qualidade de vida e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) para rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão. O DLQI é um instrumento destinado para avaliar a interferência das doenças dermatológicas na qualidade de vida do indivíduo, composto por 10 questões, que avaliam os domínios físicos, psicológico e de relação pessoal, gerando um score de 0 a 30. Sua pontuação foi categorizada em 2 grupos: 0-5 sem impacto na qualidade de vida, ≥ 6 com impacto na qualidade de vida. A EHAD consiste em 14 perguntas, sendo sete de ansiedade e sete de depressão, com score de 0-21 para cada entidade, valores maiores ou igual a oito são indicativos de presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão. A análise dos dados foi realizada pelo software Stata 12.0. Foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher para verificar a associação entre o impacto negativo da qualidade de vida, de depressão e de ansiedade com variáveis clínicas. Para fins estatísticos foi considerado valor $p < 0,05$. Esta pesquisa

foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CAAE 85659517.9.0000.5201).

Resultados: Foi obtida uma amostra de 32 pacientes, com a média de idade de 57,5 anos, sendo 29 mulheres e 3 homens. Segundo a classificação de AFF, a maioria era do tipo II e apresentavam perda de pelo em outra parte do corpo, além do couro cabeludo e sobrancelhas. As pápulas faciais foram os achados clínicos mais comuns. O impacto negativo da qualidade de vida foi observado em 40,6% dos pacientes, os sintomas de ansiedade em 53% e de depressão em 28%. Os sintomas de ansiedade apresentaram-se associados ao impacto negativo da qualidade de vida ($p=0,026$), assim como o tipo de AFF com os sintomas de depressão ($p=0,005$). **Conclusões:** AFF parece ter impacto negativo na saúde mental dos pacientes, podendo alterar a qualidade de vida e participar do aumento dos casos de ansiedade e depressão. Assim, uma avaliação não só clínica, mas também psicológica, com uma equipe multiprofissional, deve ser recomendada.

Palavras-chaves: Alopecia, fibrose, ansiedade, depressão, qualidade de vida

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFF – Alopecia frontal fibrosante

DLQI – Índice dermatológico de qualidade de vida

EHAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IMIP – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

IPQ-R – Revised Illness Perception Questionnaire

LPP – Líquen plano pilar

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1. Classificação das alopecias.....	2
Figura 2. Classificação das alopecias cicatriciais.....	3
Figura 3. Tipos de líquen plano pilar.....	4

ÍNDICE DE TABELAS

PAG.

Tabela 1. Distribuição de freqüência da caracterização epidemiológica dos pacientes diagnosticados com alopecia frontal fibrosante acompanhados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Pernambuco, Brasil. 2018/2019.....	23
Tabela 2. Distribuição de freqüência da caracterização clínica dos pacientes diagnosticados com alopecia frontal fibrosante acompanhados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Pernambuco, Brasil. 2018/2019..	24
Tabela 3.. Comparação do impacto negativo da qualidade de vida, ansiedade e depressão com variáveis clínicas dos pacientes diagnosticados com alopecia frontal fibrosante acompanhados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Pernambuco, Brasil. 2018/2019.....	25

SUMÁRIO

I.INTRODUÇÃO	1
1.1. Alopecias	1
1.2. Alopecia frontal fibrosante	4
1.3. Qualidade de vida, ansiedade e depressão.....	6
II.OBJETIVOS	10
2.1. Objetivos gerais.....	10
2.2. Objetivos específicos.....	10
III. MÉTODO	11
3.1. Desenho do estudo.....	11
3.2. Local do estudo	11
3.3. População do estudo	11
3.4. Período do estudo	11
3.5. Amostragem	11
3.6. Critério e procedimento de seleção de participantes	12
3.6.1. Critérios de inclusão	12
3.6.2. Critérios de exclusão	12
3.6.3. Procedimento de seleção dos participantes	12
3.7. Fluxograma de seleção e acompanhamento dos participantea.....	13
.....	13
3.8. Definição e operacionalização de termos, critérios e variáveis.....	13
3.8.1. Variáveis biológicas	13
3.8.2. Variáveis sociodemográficas.....	13
3.8.3. Variáveis reprodutivas.....	14
3.8.4. Variáveis clínicas da alopecia frontal fibrosante.....	14
3.8.5. Variáveis de doença mental.....	15
3.9. Procedimentos	15
3.9.1. Coleta de dados	15
3.9.2. Instrumento de coleta de dados	15
3.10. Processamento e análise dos dados	16
3.11. Aspectos éticos	16
3.12. Conflitos de interesse	17
IV. RESULTADOS	18
V. CONCLUSÕES.....	34
VI. RECOMENDAÇÕES	35
VII.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

APÊNDICE 1. LISTA DE CHECAGEM.....	44
APÊNDICE 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45
APÊNDICE 3. FORMULÁRIO 1.....	48
ANEXO 1. DLQI	50
ANEXO 2. ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – EHAD.....	51
ANEXO 3. CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP-IMIP....	54
ANEXO 4. INSTRUÇÕES AOS AUTORES.....	57

I. INTRODUÇÃO

O cabelo é uma barreira física, que apresenta função de proteção contra radiação solar e frio e de auxiliar na regulação da temperatura do nosso organismo. Além de sua funcionalidade e representatividade na saúde global, é considerado um elemento de beleza e jovialidade, fundamental para a autoimagem do indivíduo.^{1,2,11,3-10} Sua perda ou diminuição pode gerar distúrbios da autoestima e das interações psicossociais,^{1,2,11,3-10} e tem se tornado queixas frequentes nas consultas dermatológicas.⁹

1.1. Alopecias

As causas para doenças do cabelo e couro cabeludo são variadas, levando, em geral, a perda dos fios e conseqüente graus variáveis de rarefação capilar ou alopecia. O conhecimento de sua causa é essencial para o correto diagnóstico e instituição da terapêutica adequada.

Diante de suas causas, as alopecias são classificadas inicialmente em congênitas (bastante raras) ou adquiridas.¹⁰ Esse último grupo, por sua vez, pode ser dividido em não cicatriciais e cicatriciais.^{10,12,13} As não cicatriciais são aquelas em que o folículo piloso permanece intacto e mantém sua habilidade de gerar o pelo, como por exemplo, o eflúvio telógeno, alopecia areata e alopecia androgenética.^{10,12} Já as cicatriciais são caracterizadas pela destruição do folículo. Nessas, o tratamento será focado apenas na prevenção da progressão, já que não se consegue a repilação da área afetada.

As alopecias cicatriciais podem também ser inicialmente subdivididas em dois grupos: primárias, em que o folículo é alvo da destruição, e as secundárias, quando a

destruição do folículo foi um dano secundário, como a alopecia por agentes físicos, químicos, infecciosos e neoplásicos.^{10,13-16} A Figura 1, abaixo, ilustra essas subdivisões.

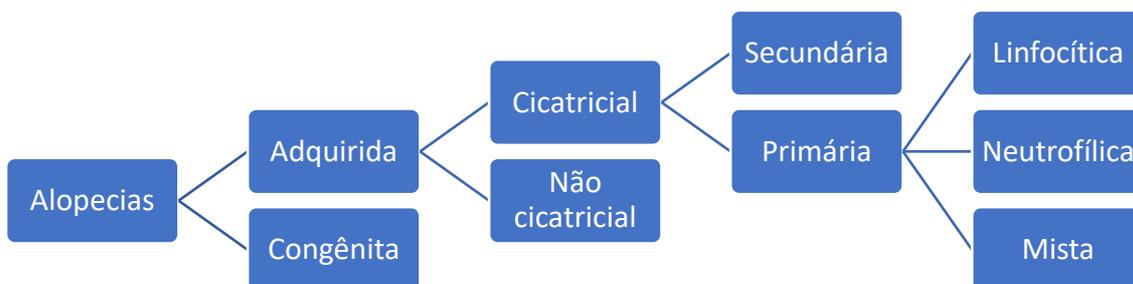


Figura 1 Classificação das alopecias

O quadro clínico das alopecias cicatriciais primárias varia de acordo com o estágio da doença. Inicialmente o paciente pode apresentar apenas eritema e descamação perifolicular, evoluindo para uma rarefação dos cabelos, até uma placa atrófica sem pelos, típica do estágio terminal da doença.¹³⁻¹⁷ A confirmação diagnóstica é realizada pelo histopatológico da lesão que, além do infiltrado inflamatório, evidencia fibrose perifolicular.¹³⁻¹⁷

A fim de estudar as alopecias cicatriciais primária, foi realizado um consenso por especialista na Universidade de Duke (Estados Unidos da América), que instituiu uma classificação baseada no predomínio das células inflamatórias encontradas ao redor do folículo piloso. Assim, as alopecias cicatriciais primárias foram categorizadas em três grupos: linfocíticas, neutrófilicas e mistas.¹⁸

As alopecias primárias linfocíticas são as mais prevalentes entre as cicatriciais, em média 4:1, quando comparadas às neutrofilicas e mistas.¹⁴⁻¹⁶ Fazem parte desse grupo: lúpus discoide, líquen plano pilar clássico, alopecia frontal fibrosante, síndrome de Graham-Little Piccardi Lassueur, Pseudopelada de Brocq, alopecia central centrífuga, alopecia mucinosa e a queratose folicular espinulosa.¹³⁻¹⁸ A Figura 2, abaixo, ilustra essa subdivisão.

Linfocíticas	Neutrofilicas	Mistas
<ul style="list-style-type: none"> • Líquen plano pilar • Lúpus cutâneo • Pseudopelada de Brocq • Alopecia central centrífuga • Alopecia mucinosa • Queratose folicular espinulosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Foliculite decalvante • Foliculite dissecante 	<ul style="list-style-type: none"> • Foliculite queloidiana • Dermatose pustulosa erosiva

Figura 2 Classificação das alopecias cicatriciais

O líquen plano pilar clássico, a alopecia frontal fibrosante e síndrome de Graham-Little Piccardi Lassueur são considerados variantes do líquen plano pilar por apresentarem quadros histológicos difíceis de serem distinguidos, caracterizados por infiltrado inflamatório predominantemente linfocítico ao nível do istmo e infundíbulo do pelo e fibrose folicular.^{16,19,20} Apesar da semelhança histológica, apresentam quadro clínico bastante distintos. A forma clássica manifesta-se com placas, geralmente circunscrita, sem pelos e sem aberturas foliculares, acometendo preferencialmente o vértice.^{13,16,19} A alopecia frontal fibrosante acomete a linha de implantação dos cabelos

na região frontotemporal, geralmente iniciada pela perda das sobrancelhas. Já a síndrome de Graham-Little Piccardi Lassueur é caracterizada pela tríade: alopecia cicatricial de couro cabeludo, alopecia não cicatricial das axilas e púbis e pápulas liquenóides em tronco e extremidades.^{13,16,19}

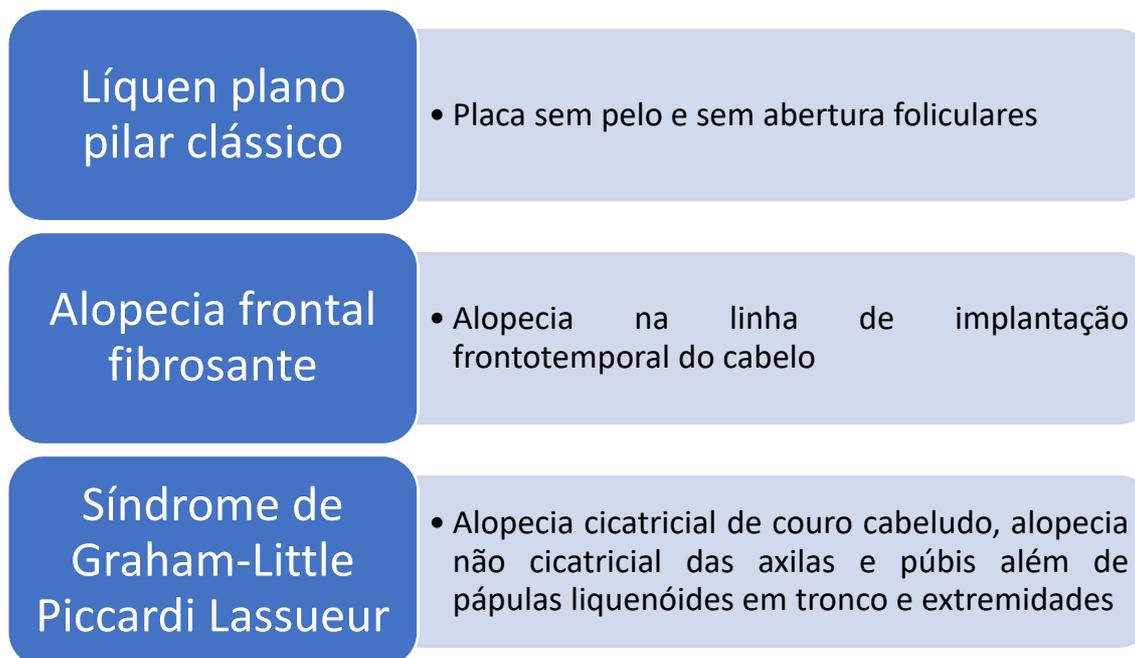


Figura 3. Tipos de líquen plano pilar

1.2. Alopecia frontal fibrosante

A alopecia frontal fibrosante (AFF), alvo desse estudo, foi descrita inicialmente em 1994 por Kossard,²¹ em uma relato de séries com seis casos. Desde então, o número de casos relatados na literatura vem crescendo exponencialmente.²²⁻²⁶ Embora não exista dados concretos sobre sua incidência ou prevalência, esse crescente número de publicações em todos os continentes associado ao aumento do número de pacientes por estudos geraram a hipótese que existiria uma epidemia dessa doença.²⁴

A patogênese da AFF é incerta. Inicialmente, como os primeiros trabalhos descreviam apenas mulheres no pós- menopausa, gerou-se uma hipótese que a baixa de

estrogênio seria o precursor da alopecia.^{27,28} Após relatos de casos em mulheres em idade fértil e homem, essa relação foi questionada. No entanto, como as mulheres pós-menopausa são as mais afetadas e, muitas vezes, respondem ao inibidor da 5- α redutase, o hormônio ainda é questionado como um possível fator desencadeante.²⁹ Algumas publicações mostraram a associação da AFF com doenças autoimunes, questionando se sua patogênese não estaria relacionada com a autoimunidade.^{27,30,31} Casos familiares também já foram descritos, levantando a hipótese que algum fator genético estaria implicado na sua patogênese.^{28,32,33} Em estudo recente, foi encontrada uma associação da AFF com quatro loci genômico, associado ao HLA-B*07:02, indicando uma predisposição imune-inflamatória da doença.³⁴

Pelo seu número crescente de publicações,²⁴ é questionado se algum fator ambiental não estaria envolvido na patogênese da AFF.^{24,25,29} Estudo realizado na Inglaterra mostrou uma maior incidência do uso de protetor solar em pacientes com AFF quando comparada ao controle,³⁵ levantando a hipótese que alguma substância cosmética pode ser um fator desencadeante para essa doença.

O quadro clínico clássico da AFF se inicia com perda das sobrancelhas, seguido por pelos velos em frente e recessão da linha de implantação frontotemporal progressivamente, com ausência de orifício folicular.^{13,16,19,21,29,36-39} Baseado na linha de implantação do cabelo, Moreno-Arrones et al. classificaram a AFF em três grupos: tipo I - caracterizado por recessão uniforme da linha de implantação, tipo II - recessão em zig-zag associado a perda difusa do pelo e tipo III - pacientes com sinal da pseudo-franja, em que uma faixa de pelos são poupados na linha de implantação, seguidos por uma área sem pelos e depois o cabelo não afetado.³⁹

Apesar da alteração na linha de implantação frontoparietal ser mais evidente, diminuição de pelo na região occipital e em outras partes do corpo também são

descritas.^{22,40-42} Alterações cutâneas, como pápulas na face,⁴³ líquen plano pigmentoso,^{44,45} depressão da veia facial,⁴⁶ pontos vermelhos glabellares,²⁹ também são observadas, confirmando a hipótese que AFF não seria apenas uma doença do pelo.

Inicialmente, exame histopatológico era necessário para realizar o diagnóstico da AFF. Hoje, com o maior conhecimento sobre a patologia, critérios clínicos e tricoscópicos podem confirmar o diagnóstico sem necessidade da biópsia.⁴⁷

No Brasil, tivemos nosso primeiro relato da doença em 2007, uma série de 6 casos de mulher pós-menopausa no Paraná.⁴⁸ Assim como observado em todo mundo, também é evidente no Brasil, o aumento do número de casos dessa patologia.¹⁹ No entanto, não foi encontrado em pesquisa na base de dados PUBMED e SCIELO, nenhum relato dessa entidade no Nordeste do Brasil.

1.3. Qualidade de vida, ansiedade e depressão

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Para sua melhor avaliação, a OMS sugere seis domínios a serem analisados: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religião/ crença pessoal.⁴⁹

Um grupo conhecido como World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) criou um questionário para avaliar a qualidade de vida geral das pessoas em diferentes culturas, com os seis domínios sugeridos pela OMS na sua versão longa ou com três domínios na sua versão curta.^{50,51} Na área médica, vários questionários já foram criados tentando avaliar o impacto de uma doença na qualidade de vida, retirando a interferências dos sintomas por ela causado.

Para avaliar a interferência das doenças dermatológicas na qualidade de vida, foi criado em 1994, no Reino Unido, um instrumento conhecido com Dermatology Life Quality Index (DLQI)⁵², validado em 2004 para língua portuguesa⁵³, ele avalia os domínios físicos, psicológico e de relação pessoal, não só em relação a doença, mas também ao tratamento.⁵² Ele é composto por 10 questões, cada uma com 4 alternativas e algumas com a opção não relevante, que pontuam de 0 a 3, dependendo da resposta (muitíssimo=3, muito=2, um pouco=1, nada=0, não relevante=0), gerando um score de 0 a 30. Seu achado pode ser categorizado em: sem impacto na qualidade de vida (0-5), impacto negativo leve (6-10) e impacto negativo grave (≥ 11) ou sem impacto (0-5) e com impacto negativo (≥ 6). Inicialmente utilizado para avaliar doenças crônicas de pele, hoje é utilizado mundialmente em várias publicações para avaliação da qualidade de vida dos pacientes com queda de cabelo.^{2,3,5,7,54}

De modo geral, os domínios afetados pela qualidade de vida estão intimamente relacionados e, na medida em que a qualidade de vida é afetada, condições emocionais também sofrem repercussão negativa.

A ansiedade e depressão são transtornos mentais que vêm aumentando nas grandes cidades, tornando-se uma questão relevante de saúde pública.⁵⁵ A urbanização, isolamento social, exposição ao crime e sensação de insegurança parecem contribuir para esse aumento.⁵⁵ Em estudo transversal com uma amostra de 5.037 adultos, realizado na cidade de São Paulo, Andrade et al. encontrou uma prevalência de 19,9% de ansiedade e 9,4% de depressão entre os participantes. Outro estudo realizado em São Paulo mostrou que os transtornos mentais estão entre as principais causas de diminuição de produtividade laboral.⁵⁶

A fim de ajudar no diagnóstico ansiedade e depressão, alguns instrumentos foram criados. Os Inventários de Ansiedade e de Depressão de Beck são provavelmente as

medidas de auto-avaliação mais amplamente usadas.⁵⁷ Composto por 21 itens, ele avalia presença e a intensidade de sintomas depressivos.⁵⁷ Com o intuito de retirar a interferência dos distúrbios somáticos na avaliação e com o objetivo de identificar casos de transtornos de ansiedade e/ou depressão leves, foi criado em 1983, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD).⁵⁸ Ela foi desenvolvida inicialmente para pacientes de hospitais clínicos não psiquiátricos,⁵⁹ sendo, posteriormente, utilizada em outros tipos de pacientes não internados e com outro tipo de doença.^{57,60} A escala consiste em 14 perguntas, sendo sete de ansiedade e sete de depressão, com score de 0-21 para cada entidade, valores maiores ou igual a oito são indicativos de sintomas de ansiedade ou depressão.^{57,58,60}

Embora seja de conhecimento comum que a alopecias gerem impacto negativo na autoestima dos pacientes, foram poucos os estudos encontrados nessa área, principalmente com as alopecias cicatriciais. Estudo realizado comparando pacientes com alopecias não cicatriciais e cicatriciais, mostrou um maior impacto negativo na qualidade de vida, e um maior risco de ansiedade e depressão nos pacientes com alopecia cicatricial. Acredita-se que esse achado seja relacionado com pouca resposta aos tratamentos e irreversibilidade do quadro.⁵

Williamson et al. comparou seus dados de impacto da qualidade de vida de seus pacientes com alopecia não cicatricial com achados de doenças crônicas de pele, como psoríase e eczema atópico, mostrando similaridade entre os grupos. Em pergunta aberta, 40% dos seus pacientes disseram que os médicos eram insensíveis e não os apoiavam.⁷

Estudo indiano mostrou que 73,9% dos pacientes analisados com alopecia cicatricial apresentavam impacto psicossocial negativo moderado a severo na qualidade de vida devido a alopecia.¹¹ Dados confirmados por Chiang et al. que, além do impacto negativo na qualidade de vida, encontrou nível elevado de ansiedade e depressão nos pacientes com alopecia cicatricial primária. Ainda nesse estudo, foi utilizado questionário

de percepção da doença, mostrando que os pacientes entendiam sua alopecia como uma doença crônica, com impacto emocional negativo e com pouca resposta ao tratamento. Assim, os autores recomendaram que uma avaliação da saúde mental dos pacientes com alopecia cicatricial primária faça parte da consulta médica.³

Devido a seu quadro clínico, a AFF pode gerar importante impacto na autoimagem do indivíduo. São poucos os estudos que avaliam a saúde mental desses pacientes.^{54,61} Assim, esse ponto geralmente é negligenciado nas consultas dermatológicas. Com o crescimento do número de casos dessa patologia, não só a patogênese e o tratamento, mas também a saúde mental, tão importante para a qualidade de vida desses pacientes, precisa ser estudada. Não foi encontrado em base de dados PUBMED e SCIELO, estudo brasileiro sobre esse tema. Assim, esse trabalho tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico, avaliar nível de qualidade de vida, ansiedade e depressão das pacientes com AFF atendidas no ambulatório de referência para doenças do cabelo no Serviço de Dermatologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

II.OBJETIVOS

2.1. Objetivos gerais

Avaliar o perfil epidemiológico das pacientes de alopecia frontal fibrosante, seu nível de qualidade de vida, ansiedade e depressão.

2.2. Objetivos específicos

Nos pacientes com alopecia frontal fibrosante:

1. Descrever as características biológicas (idade, sexo e cor de pele) e sociodemográficas (estado civil e escolaridade) e reprodutivas (idade da menarca e menopausa).
2. Classificar a alopecia frontal fibrosante e descrever seus achados clínicos.
3. Avaliar a qualidade de vida.
4. Determinar a frequência de sintomas de ansiedade e/ou depressão.
5. Analisar a associação entre qualidade de vida, ansiedade e depressão.
6. Analisar a associação entre qualidade de vida, sintomas de ansiedade e de depressão e as variáveis clínicas

III. MÉTODO

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de tricologia, do Serviço de Dermatologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP, localizado na cidade de Recife-PE

O IMIP é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para atendimento da população carente pernambucana, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas, com mais de 1000 leitos e mais de 600 mil atendimentos anuais em seus serviços.

O Setor da Dermatologia atende em média 1.000 pacientes por mês, com serviço de Residência Médica em Dermatologia. O ambulatório de tricologia foi criado em 2012, acontece uma vez por semana, nas sextas-feiras pela manhã e atende em média 60 pacientes por mês.

3.3. População do estudo

A população do estudo foi os pacientes atendidos no ambulatório de tricologia do serviço de Dermatologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

3.4. Período do estudo

O estudo foi realizado entre abril de 2017 e junho de 2019. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2018 e janeiro de 2019.

3.5. Amostragem

A amostra foi consecutiva por conveniência dos pacientes com alopecia frontal fibrosante atendidos no ambulatório de tricologia do serviço de Dermatologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

3.6. Critério e procedimento de seleção de participantes

3.6.1. Critérios de inclusão

- Paciente com diagnóstico clínico e histológico de alopecia frontal fibrosante atendido no ambulatório de tricologia do IMIP
- Pacientes maiores que 18 anos

3.6.2. Critérios de exclusão

- Paciente com diagnóstico de deficiência mental.

3.6.3. Procedimento de seleção dos participantes

Os pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade, de acordo com a lista de checagem (Apêndice 1) foram convidados a participar do estudo. Aqueles que concordaram voluntariamente em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), após leitura cuidadosa em voz alta e explicações pelo pesquisador.

Todos os participantes passaram por uma avaliação clínica pelo pesquisador principal, em que foram registrados em instrumento específico junto com os dados sociodemográficos (Apêndice 3). Em seguida, foram utilizados os questionários: DLQI (Anexo 1) para avaliar a qualidade de vida e a EHAD (Anexo 2) para rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão.

3.7. Fluxograma de seleção e acompanhamento dos participantes

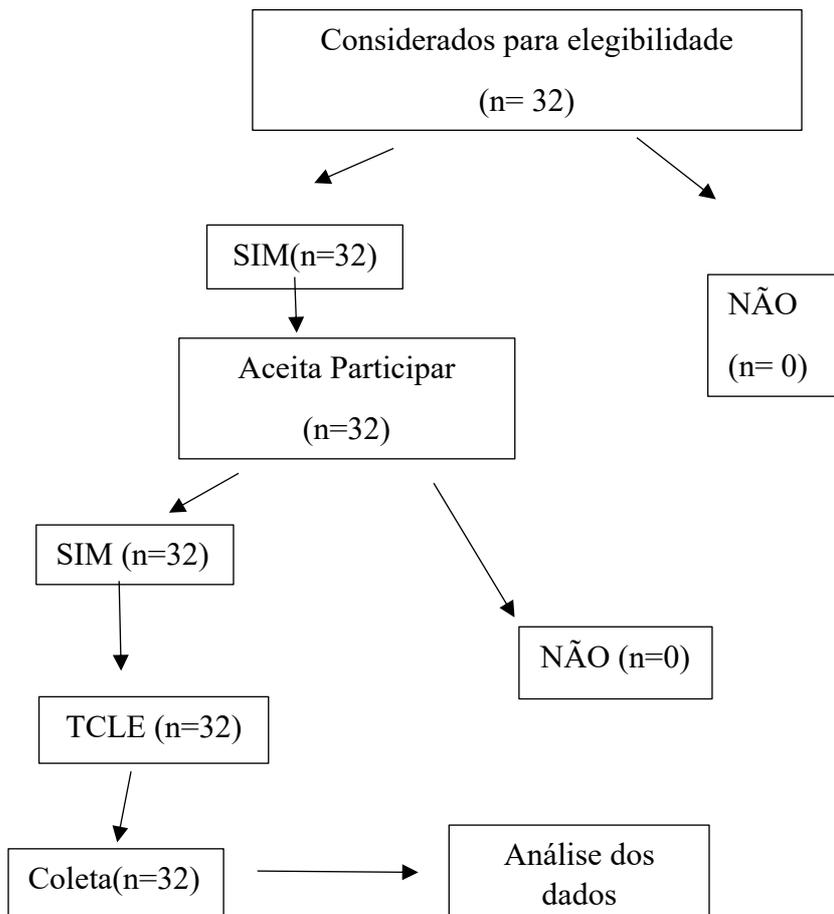


Figura 1. Fluxograma de seleção

3.8. Definição e operacionalização de termos, critérios e variáveis

3.8.1. Variáveis biológicas

- Idade: expressa em anos; variável numérica e discreta.
- Sexo: feminino ou masculino; variável categórica e dicotômica.
- Cor da pele: declarada pela paciente, dividida em cinco categorias: negra, branca, parda, amarela e indígena; variável categoria e policotômica.

3.8.2. Variáveis sociodemográficas

- Estado civil: solteiro, casado, divorciado, viúvo; variável categórica e policotômica.
- Escolaridade: informada pela paciente e categorizada em analfabeta, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior; variável categórica e policotômica.

3.8.3. Variáveis reprodutivas

- Idade da menarca: expressa em anos; variável numérica e discreta.
- Idade da menopausa: expressa em anos; variável numérica e discreta.
- Tipo de menopausa: cirúrgica ou natural, variável categórica e dicotômica.

3.8.4. Variáveis clínicas da alopecia frontal fibrosante

- Perda de pelo nas sobrancelhas: categorizada pelo pesquisador em: sem envolvimento de sobrancelhas, <25%, entre 25-75% e >75% de envolvimento de sobrancelhas; variável categórica e policotômica.
- Perda de pelos em outros locais: categorizadas em não, perda de pelo em costeleta, braços, axilas, pernas e púbis; variável categórica e policotômica.
- Classificação clínica da alopecia frontal fibrosante: classificada em tipo I (padrão linear), tipo II (padrão difuso) e tipo III (padrão de pseudo-franja)³⁹; variável categórica e policotômica.
- Presença de pápulas faciais: avaliada pelo pesquisador; variável categórica e dicotômica do tipo sim/não.
- Presença de depressão da veia frontal: avaliada pelo pesquisador; variável categórica e dicotômica do tipo sim/não.
- Presença de ponto vermelhos glabellares: avaliada pelo pesquisador; variável categórica e dicotômica do tipo sim/não.
- Tratamento atual: informado pelo paciente; variável categórica e policotômica.

3.8.5. Variáveis de doença mental

- Qualidade de vida: foi aplicado o instrumento DLQI e gerada uma pontuação de 0-30, que foi categorizada em: 0-5 sem impacto relevante na qualidade de vida; ≥ 6 impacto na qualidade de vida; variável categórica e policotômica.^{52,53}
- Ansiedade e depressão: foi aplicado o instrumento Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e gerada uma pontuação de 0-21 para cada um dos itens estudados, que foi categorizada em: 0-7 sem ansiedade ou depressão e ≥ 8 provável caso de ansiedade e depressão; variável categórica e policotômica.^{57,58,60}

3.9. Procedimentos

3.9.1. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de tricologia do IMIP.

3.9.2. Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada ao final da consulta. Primeiramente, o paciente passou por uma avaliação clínica. O formulário no 1 (Apêndice 3), foram registrados os dados clínicos e socioepidemiológicos. O questionário 2 correspondeu ao DLQI (Anexo 1) e o questionário 3 à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo 2) que foram lidos e respondidos pelo próprio paciente.

Dermatology Life Quality Index (Anexo 01): composto por 10 questões, que avaliam os domínios físicos, psicológico e de relação pessoal, gerando um score de 0 a 30⁵², escores altos, refletem grande impacto na qualidade de vida. Sua pontuação pode ser categorizada nos seguintes grupos: 0-5 sem impacto na qualidade de vida; ≥ 6 com impacto na qualidade de vida.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo 02): composta por 14 perguntas, sendo sete de ansiedade e sete de depressão, com score de 0 – 21 para cada entidade^{57,58,60}. Sua pontuação pode ser categorizada em 3 grupos: 0 – 7 sem ansiedade ou depressão; ≥ 8 presença de sintomas de ansiedade ou de depressão.

Exame realizado pelo pesquisador:

Tricoscopia: O examinador avalia os achados da superfície do couro cabeludo, dos fios de cabelos e dos vasos, através da captação de imagens (aumentadas em até 100 vezes) de diferentes áreas do couro cabeludo pelo videodermatoscopio (Dinolite®). Os diferentes achados ajudam no diagnóstico das alopecias e na avaliação da sua gravidade.

3.10. Processamento e análise dos dados

Foi realizada digitação dos dados em planilha do Excel pela aluna do PIBC. Após digitação, a mestrandia corrigiu eventuais erros ou inconsistências. O banco de dados definitivo foi então utilizado para análise estatística, obtendo-se cópias de segurança em pen drive e na nuvem (Onedrive).

A análise dos dados foi realizada pelo software Stata 12.0. Os dados foram digitados na planilha Excel 2010 e analisados no Stata 12.0. Foram utilizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher para verificar a associação entre o impacto negativo da qualidade de vida, de depressão e de ansiedade com variáveis clínicas. Para fins estatísticos foi considerado valor $p < 0,05$.

3.11. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CAAE 85659517.9.0000.5201) e seguiu os termos preconizados pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos.

3.12. Conflitos de interesse

Todos os pesquisadores envolvidos no estudo declararam não haver conflitos de interesses.

IV. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação de mestrado seguem o formato de artigo científico cujo título é “Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com alopecia frontal fibrosante”. Esse artigo foi submetido à revista *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Fator de Impacto 0,884, Qualis Periódicos para Medicina II classificação B3 (as instruções aos autores encontram-se disponíveis no Anexo 4).

**QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS PACIENTES COM
ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE**

**QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH
FRONTAL FIBROSING ALOPECIA**

Autores: Marcella Maria de Souza Araújo¹

Mariana Araújo Pereira²

Matilde Carrera³

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa⁴

Maria de Fátima Costa Caminha⁵

¹ Dermatologista e mestranda em Saúde Integral pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP);

² Acadêmica de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde;

³ Dermatologista, mestre e doutora em Dermatologia e coordenadora da residência de Dermatologia do IMIP;

⁴ Psicólogo do IMIP e líder do grupo de pesquisa de Saúde Mental do IMIP e Coordenador do Mestrado em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.

⁵ Pós-Doutorado em Saúde Materno Infantil pelo Programa Nacional de Pós-Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Resumo

Fundamentos: A alopecia frontal fibrosante (AFF) é uma alopecia cicatricial linfocítica, caracterizada pela recessão progressiva da linha de implantação frontotemporal do cabelo. Por gerar perda de cabelo, a AFF pode alterar a autoimagem do indivíduo e, conseqüentemente, gerar um impacto negativo na saúde mental de seus pacientes.

Objetivos: avaliar o nível de qualidade de vida, de sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes com AFF atendidos em ambulatório de referência e analisar associação desses eventos com variáveis clínicas. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal com amostra por conveniência. Os pacientes passaram por uma avaliação, em que foram registrados dados sociodemográficos e clínicos. Em seguida, foram aplicados os questionários: Dermatology Life Quality Index (DLQI) para avaliar a qualidade de vida e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) para rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão. **Resultados:** Foi obtida amostra de 32 pacientes, com média de idade de 57,5 anos, sendo 29 mulheres e 3 homens. Foram encontrados os dados: 40,6% de impacto negativo na qualidade de vida, 53% de sintomas de ansiedade e 28% de sintomas de depressão. Os sintomas de ansiedade apresentaram-se associados ao impacto negativo da qualidade de vida, assim como o tipo de AFF com os sintomas de depressão.

Limitações do estudo: O tamanho da amostra e não ter avaliado grau de gravidade da AFF podem ter interferido nos achados. **Conclusões:** AFF parece gerar impacto negativo na qualidade de vida, podendo ser um fator precipitante para quadros de ansiedade e depressão.

Palavras-chaves: Alopecia, fibrose, ansiedade, depressão, qualidade de vida

Introdução

A alopecia frontal fibrosante (AFF), descrita inicialmente por Kossard¹, é um tipo de alopecia cicatricial linfocítica, histologicamente indistinguível do líquen plano pilar, sendo considerada uma de suas variantes. Desde sua primeira descrição em 1994, o número de casos relatados na literatura vem aumentando exponencialmente²⁻⁶. Embora não exista dados concretos sobre sua incidência ou prevalência, esse crescente número de publicações em todos os continentes, associado ao aumento do número de pacientes por estudos geraram a hipótese que existiria uma epidemia dessa doença⁴.

No entanto, apesar desse aumento progressivo, sua patogênese ainda é incerta. Algumas hipóteses iniciais relacionam-se a fatores hormonais e a autoimunidade^{3,5,6} e, mais recentemente a fatores ambientais.³⁻⁶ Estudo recente encontrou uma associação da AFF com quatro loci genômico, associado ao HLA-B*07:02, indicando uma predisposição imune-inflamatória da doença.⁷

O quadro clássico da AFF consiste em perda progressiva da linha de implantação frontotemporal, geralmente acompanhada pela perda da sobrancelha.^{6,8-10} Recentemente, a AFF foi classificada em três grupos⁸, baseado em seus achados clínicos: tipo I - caracterizado por recessão uniforme da linha de implantação; tipo II - recessão em zigzag associado a perda difusa do cabelo e tipo III – pacientes que mantêm pelos na área da implantação, apresentando o sinal conhecido como pseudo-franja, por ter semelhança a alopecia de tração. Além da perda em couro cabeludo e sobrancelhas, também são relatados, diminuição de pelos em axilas, púbis e membros.⁶ Também são descritos a presença na face de líquen plano pigmentoso, pápulas, pontos vermelhos glabulares e depressão da veia frontal, confirmando a hipótese que a AFF não seria uma patologia apenas dos pelos.⁶

O cabelo é uma barreira física, que apresenta função de proteção e regulação da temperatura do nosso organismo. Além de sua funcionalidade e representatividade na saúde global, é considerado elemento de beleza e jovialidade, fundamental para a autoimagem. Sua perda ou diminuição podem gerar distúrbios da autoestima e das interações psicossociais com conseqüente impacto negativo na qualidade de vida, podendo precipitar quadros de ansiedade e/ou depressão.

Poucos estudos foram realizados avaliando a saúde mental dos pacientes com alopecia, principalmente com amostra restrita a pacientes com AFF.^{12,13} Sendo assim, esse estudo tem como objetivo avaliar o nível de qualidade de vida, de sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes com AFF e analisar associação desses eventos com variáveis clínicas.

Método

Estudo transversal, com amostra por conveniência, composta por pacientes com o diagnóstico de AFF, atendidos no ambulatório de referência para doenças do cabelo do setor de Dermatologia de um hospital que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), em Pernambuco-Brasil, no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CAAE N° 85659517.9.0000.5201). Foram incluídos pacientes com diagnóstico clínico e histológico de AFF e maiores que 18 anos. Todos os participantes, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), passaram por uma avaliação pelo pesquisador principal, em que foram registrados em instrumento específico os dados sociodemográficos e clínicos. Em seguida, foram utilizados os questionários: Dermatology Life Quality Index (DLQI) para avaliar a qualidade de vida e a Escala

Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD) para rastreio de sintomas de ansiedade e depressão.

O DLQI é um instrumento composto por 10 questões, que avaliam os domínios físicos, psicológicos e de relação pessoal, gerando um score de 0 a 30¹⁴, escores altos refletem grande impacto na qualidade de vida. Sua pontuação foi categorizada nos seguintes grupos: 0-5 sem impacto; ≥ 6 com impacto na qualidade de vida (Ref. 14).

A EHAD é composta por 14 perguntas, sendo sete de ansiedade e sete de depressão, com score de 0 – 21 para cada entidade¹⁵⁻¹⁷. Sua pontuação foi categorizada em 2 grupos: 0 – 7 sem ansiedade ou depressão; ≥ 8 presença de sintomas de ansiedade ou depressão¹⁵⁻¹⁷.

Os dados foram digitados na planilha Excel 2010 e analisados no Stata 12.0. Calculados os valores absolutos e relativos das variáveis categóricas. As variáveis numéricas foram apresentadas mediante medidas de tendência central e dispersão. Utilizados os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher para verificar a associação entre o impacto negativo da qualidade de vida, de depressão e de ansiedade com variáveis clínicas. Para fins estatísticos foi considerado valor $p < 0,05$.

Resultados

Participaram do estudo 32 pacientes, com média de idade de 57,5 anos (de 38 a 82 anos), sendo 29 mulheres e 3 homens.

A minoria dos pacientes era negra (9,4%). Mais de 40% (43,8%) possuía ensino superior. Entre as mulheres, a maioria (65,5%) estava na pós menopausa no momento da entrevista (Tabela 1). A média de idade do início da menopausa foi de 45,8 anos.

Tabela 1 – Distribuição de frequência da caracterização epidemiológica dos pacientes diagnosticados com alopecia frontal fibrosante acompanhados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Pernambuco, Brasil. 2018/2019.

Variáveis	N	%
Cor da pele		
Branca	15	46,8
Parda	14	43,8
Negro	3	9,4
Escolaridade		
Analfabeto	1	3,1
Ens. Fundamental	9	28,1
Ens. Médio	8	25
Ens. Superior	14	43,8
Estado civil		
Solteiro	5	15,6
Casado	15	46,9
Divorçado	9	28,1
Viúvo	3	9,4
Menopausa		
Sim	19	65,5
Não	10	34,5
Tipo de Menopausa		
Natural	12	63,2
Cirúrgica	7	36,8

Segundo a classificação de AFF os pacientes foram classificados como: Tipo I (40,6%), Tipo II (43,8%) e Tipo III (15,6%). A perda de sobrancelha foi encontrada em 90,6% dos pacientes, desses 56% tinham uma perda $\geq 75\%$. A perda de cabelo em outra parte do corpo foi referida por 22 pacientes (69%), 43,8% apresentavam perda de costeleta, 56,3% de pelos nos membros e 21,9% no púbis. As pápulas faciais foram encontradas em 18 pacientes (56,3%) (Tabela 2). Os pontos gabelares foram encontrados em dois pacientes e a depressão da veia frontal em um paciente.

Tabela 2 - Distribuição de frequência da caracterização clínica dos pacientes diagnosticados com alopecia frontal fibrosante acompanhados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Pernambuco, Brasil. 2018/2019.

Variáveis	N	%
Classificação AFF		
Tipo 1	13	40,6
Tipo 2	14	43,8
Tipo 3	5	15,6
Perda de sobrancelha		
Sim	29	90,6
• $\leq 25\%$	5	15,6
• 26 – 74%	6	18,8
• $\geq 75\%$	18	56,3
Não	3	9,4
Perda de pelo em outra parte do corpo		
Sim	22	69,0
Não	10	31,0
Perda de costeleta		
Sim	14	43,8
Não	18	56,3
Perda de pelo em membros		
Sim	18	56,3
Não	14	43,8
Perda de pelo em púbis		
Sim	7	21,9
Não	25	78,1
Pápulas faciais		
Sim	18	56,3
Não	14	43,7

Dezessete pacientes (53%) tinham sintomas de ansiedade, nove (28%), de depressão e treze (40,6%) apresentavam impacto negativo na qualidade de vida.

Em relação a associação das variáveis (classificação AFF, menopausa, perda de pelo, achados clínicos, tratamento atual, ansiedade e depressão) com impacto negativo na qualidade de vida, apenas a variável de ansiedade se relacionou estatisticamente significativa ($p=0,026$). Quando comparados os dados de sintomas de ansiedade e de depressão com as variáveis clínicas (classificação AFF, menopausa, perda de pelo, achados clínicos, tratamento atual), apenas o tipo de AFF mostrou significância estatística em relação a depressão (Tabela 3).

Sim	10 (58,8)	7 (41,2)	0,026 **	-	-	-	-
Não	3 (20,0)	12 (80,0)		-	-	-	-
Depressão							
Sim	5 (55,6)	4 (44,4)	0,427 *	-	-	-	-
Não	8 (34,8)	15 (65,2)		-	-	-	-

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-Quadrado; *** Dois pacientes apresentavam pápulas faciais e pontos glabellares e um paciente apresentava pápulas faciais e depressão da veia frontal.

Discussão

O presente estudo mostrou um impacto negativo da qualidade de vida de 40,6% e uma presença de sintomas de ansiedade em 53% e de depressão em 28% nos pacientes diagnosticados com AFF. Os sintomas de ansiedade apresentaram-se associados ao impacto negativo da qualidade de vida, assim como o tipo de AFF com os sintomas de depressão.

Os achados desse trabalho corroboram com a hipótese de que a perda de cabelo, por alterar a autoimagem do indivíduo, pode gerar um impacto negativo na qualidade de vida e ser um fator precipitante para quadros de ansiedade e depressão.

Isso também é justificado pela própria definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre qualidade de vida: “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. E, em sendo a AFF um tipo de alopecia cicatricial, considerada permanente, seu tratamento pode gerar expectativas dificilmente alcançadas, gerando frustrações e mudança de padrões decorrentes da diminuição do cabelo.

Trabalho realizado no Reino Unido, que avaliou todas as alopecias cicatriciais mostrou um impacto negativo na qualidade de vida de 38%, sintomas de ansiedade em 46% e depressão em 18% dos pacientes.¹⁸ Esse estudo mostrou ainda uma associação da gravidade do quadro com uma pior qualidade de vida e um maior número de sintomas de depressão. O presente trabalho avaliou apenas a classificação clínica da alopecia.

São poucos os estudos que avaliam a saúde mental dos pacientes com AFF.^{12,13} Trabalho espanhol encontrou um impacto negativo de qualidade de vida de apenas 17%,¹²

valor bastante inferior ao do presente estudo, provavelmente as diferenças sócio-culturais das populações podem ter ajudado para essa diferença de valores. Os achados sobre os sintomas de ansiedade e depressão não foram discrepantes (44,0% e 21,0%, respectivamente).

O artigo de Valesky et al. de 2018, encontrou resultado diferente do estudo atual quanto a qualidade de vida dos pacientes com AFF. No entanto, a pequena amostra (12 pacientes) e a utilização de instrumento diferente podem justificar essa diferença.

O presente estudo mostrou que o tipo de AFF poderia estar associado aos sintomas de depressão. Não foi encontrado em base de dados do PUBMED, nenhum trabalho que avalie os tipos de AFF com os achados da saúde mental.

Em relação aos achados clínicos da AFF, o presente estudo apresentou um número maior de pacientes com AFF tipo II, diferente do estudo Moreno-Arrones et al. 2017, em que o tipo I foi mais comum⁸. A prevalência da perda de pelo em corpo foi maior no presente estudo, em comparação a grande série espanhola² (69% X 24%). Sobre as manifestações extra couro-cabeludo, as pápulas na face estavam presentes em 56,2%, sendo que 2 desses pacientes eram classificados como AFF tipo III, Moreno-Arrones et al. 2017 encontrou apenas 17,8% desse achado em seus pacientes, sendo nenhum deles classificados como tipo III.⁸ Em trabalho brasileiro que foram descritos os primeiros casos de AFF tipo III, as pápulas da face foram descritas em 12,5% desses pacientes.¹⁹ Esses achados nos fazem levantar a hipótese que os pacientes do presente trabalho teriam mais manifestações extra couro cabeludo que as populações estudadas anteriormente. Apesar de muitos pacientes terem manchas em face, a presença de líquen plano pigmentoso não foi avaliada, já que seria necessária uma biópsia para confirmar essa hipótese.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Primeira, o tamanho amostral, embora foram estudados todos os pacientes de um ambulatório específico para tratamento da alopecia de um hospital de referência para o Nordeste do Brasil. Segunda, não foi avaliada a severidade do quadro clínico da alopecia, e sim sua classificação clínica, podendo ter confundido o dado encontrado sobre a associação do tipo de AFF com os sintomas de depressão. Terceira, a natureza do estudo escolhido, a pesquisa transversal, em que não permite fazer inferências causais.

Considerando as limitações e o que é estudado na literatura, a AFF, por apresentar impacto negativo na qualidade de vida deve ser considerada uma doença dermatológica crônica, a exemplos da psoríase e da dermatite atópica¹⁸. Durante as consultas dermatológicas dessas entidades crônicas, comumente são realizados escores para avaliar a qualidade de vida e, muitas vezes, seu tratamento é direcionado por eles. Porém nas consultas de alopecia, essa análise não faz parte do atendimento habitual.

Conclusão

O estudo atual evidenciou que os pacientes com AFF apresentam impacto negativo na qualidade de vida e aumento de sintomas de ansiedade e depressão. Novos estudos com amostras maiores são necessários para entender melhor a saúde mental dos pacientes com AFF. Devido a diferenças sócio-culturais, estudos brasileiros devem ser incentivados. No entanto, já é evidente que a saúde mental deve ser um tema abordado nas consultas dermatológicas dos pacientes com AFF, sendo, sempre que necessário, orientado um atendimento multiprofissional.

Referências bibliográficas

1. Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol*. 1994;130(6):770-774.
2. Vañó-Galván S, Molina-Ruiz A, Serrano-Falcón C, et al. Frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 355 patients. 2014:1-9.
3. Rudnicka L, Rakowska A. The increasing incidence of frontal fibrosing alopecia. In search of triggering factors. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2017;31(10):1579-1580. doi:10.1111/jdv.14582.
4. Mirmirani P, Tosti A, Goldberg L, Whiting D, Sotoodian B. Frontal Fibrosing Alopecia: An Emerging Epidemic. *Ski appendage Disord*. 2019;5(2):90-93. doi:10.1159/000489793.
5. Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata AR, et al. Risk factors associated with frontal fibrosing alopecia: a multicentre case-control study. *Clin Exp Dermatol*. 2019;44(4):404-410. doi:10.1111/ced.13785.
6. Iorizzo M, Tosti A. Frontal Fibrosing Alopecia : An Update on Pathogenesis , Diagnosis , and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2019. doi:10.1007/s40257-019-00424-y.
7. Tziotzios C, Petridis C, Dand N, et al. Genome-wide association study in frontal fibrosing alopecia identifies four susceptibility loci including HLA-B*07:02. *Nat Commun*. 2019;10(1):1150. doi:10.1038/s41467-019-09117-w.
8. Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Fonda-Pascual P, et al. Frontal fibrosing alopecia: clinical and prognostic classification. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. April 2017. doi:10.1111/jdv.14287.

9. Bolduc C, Sperling LC, Shapiro J. Primary cicatricial alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(6):1081-1099. doi:10.1016/j.jaad.2014.09.058.
10. Soares VC, Mulinari-Brenner F, Souza TE. Líquen plano pilar: estudo retrospectivo de 80 casos. *An Bras Dermatol.* 2015;90(5):666-670.
11. Katoulis AC, Christodoulou C, Liakou AI, et al. Quality of life and psychosocial impact of scarring and non-scarring alopecia in women. *JDDG J der Dtsch Dermatologischen Gesellschaft.* 2015;13(2):137-141. doi:10.1111/ddg.12548.
12. Saceda-Corralo D, Pindado-Ortega C, Moreno-Arrones OM, et al. Health-Related Quality of Life in Patients With Frontal Fibrosing Alopecia. *JAMA Dermatol.* 2018;3:1-2. doi:10.1001/jamadermatol.2017.6330.
13. Valesky EM, Maier MD, Kaufmann R, Zöller N, Meissner M. Single-center analysis of patients with frontal fibrosing alopecia : evidence for hypothyroidism and a good quality of life. *J Int Med Res.* 2018;0:1-9. doi:10.1177/0300060518807335.
14. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19:210-216.
15. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(5):470-477. doi:10.1590/S0034-70942006000500005.
16. Faro A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Confirmatory Factor Analysis and Standardization of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psic: Teor.e Pesq.* 2015;31(3):349-353.

doi:10.1590/0102-37722015032072349353.

17. Marcolino JAM, Mathias LADST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(1):52-62. doi:10.1590/S0034-70942007000100006.
18. Chiang YZ, Bundy C, Griffiths CEM, Paus R, Harries MJ. The role of beliefs: lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia. *Br J Dermatol.* 2015;172(1):130-137. doi:10.1111/bjd.13259.
19. Pirmez R, Duque-Estrada B, Abraham LS. It's not all traction: the pseudo "fringe sign" in frontal fibrosing alopecia. *Br J Dermatol.* 2015;173(5):1336-1338. doi:10.1111/bjd.14005.

V. CONCLUSÕES

A amostra estudada era predominantemente de mulheres, brancas, casadas, residentes da região metropolitana do Recife, com idade média de 57,5 anos e com formação de ensino superior. A média de idade de menopausa foi de 45,8 anos

Segundo a classificação de AFF, a maioria era do tipo II e apresentavam perda de pelo em outra parte do corpo, além do couro cabeludo e sobrancelhas. As pápulas faciais foram os achados clínicos mais comuns.

Mais de quarenta por cento dos pacientes com AFF apresentaram um impacto negativo da qualidade de vida e mais da metade presença de sintomas de ansiedade. Os sintomas de depressão foram encontrados em quase trinta por cento. Os sintomas de ansiedade apresentaram-se associados ao impacto negativo da qualidade de vida, assim como o tipo de AFF com os sintomas de depressão.

VI. RECOMENDAÇÕES

- Devido ao número crescente de casos de alopecia frontal fibrosante, o conhecimento e suspeita clínica devem fazer parte da consulta dermatológica, como também avaliação da saúde mental desses pacientes.
- Avaliação psicológica deve ser realizada com equipe multiprofissional, sempre que necessário
- Pesquisas brasileiras com amostras maiores e longitudinais devem ser estimuladas.

VII.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso M, Richter-Appelt H, Tosti A, Viera MS, García M. The psychosocial impact of hair loss among men: a multinational European study. *Curr Med Res Opin.* 2005;21(11):1829-1836. doi:10.1185/030079905X61820
2. Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol.* 2009;160(5):1034-1039. doi:10.1111/j.1365-2133.2008.09014.x
3. Chiang YZ, Bundy C, Griffiths CEM, Paus R, Harries MJ. The role of beliefs: lessons from a pilot study on illness perception, psychological distress and quality of life in patients with primary cicatricial alopecia. *Br J Dermatol.* 2015;172(1):130-137. doi:10.1111/bjd.13259
4. Kacar S, Soyucok E, Ozuguz P, Coskun K, Asik A, Mayda H. The perceived stigma in patients with alopecia and mental disorder: A comparative study. *Int J Trichology.* 2016;8(3):135. doi:10.4103/0974-7753.189005
5. Katoulis AC, Christodoulou C, Liakou AI, et al. Quality of life and psychosocial impact of scarring and non-scarring alopecia in women. *JDDG J der Dtsch Dermatologischen Gesellschaft.* 2015;13(2):137-141. doi:10.1111/ddg.12548
6. Montgomery K, White C, Thompson A. A mixed methods survey of social anxiety, anxiety, depression and wig use in alopecia. *BMJ Open.* 2017;7(4):e015468. doi:10.1136/bmjopen-2016-015468
7. Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. *J*

- Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15:137-139.
8. Schmidt S, Fischer TW, Chren MM, Strauss BM, Elsner P. Strategies of coping and quality of life in women with alopecia. *Br J Dermatol.* 2001;144(5):1038-1043.
 9. Schmitt JV, Ribeiro CF, Souza FHM, Siqueira EBD, Bebbler FRL. Percepção de queda de cabelos e sintomas depressivos em pacientes do sexo feminino em ambulatório de dermatologia geral. 2012;87(3):388-393.
 10. Succi I. Abordagem clínica do paciente com alopecia. *An Bras Dermatol.* 1999;74(5):507-509.
 11. Pradhan P, D'Souza M, Bade BA, Thappa DM, Chandrashekar L. Psychosocial impact of cicatricial alopecias. *Indian J Dermatol.* 2011;56(6):684-688. doi:10.4103/0019-5154.91829
 12. Wiedemeyer K, Schill W-B, Löser C. Diseases on hair follicles leading to hair loss part I: nonscarring alopecias. *Skinmed.* 2004;3(4):209-214.
 13. Wiedemeyer K, Schill W-B, Löser C. Diseases on hair follicles leading to hair loss part II: scarring alopecias. *Skinmed.* 2004;3(5):266-269; quiz 270-271.
 14. Tan E, Martinka M, Ball N, Shapiro J. Primary cicatricial alopecias: clinicopathology of 112 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50(1):25-32. doi:10.1016/j.jaad.2003.04.001
 15. Whiting DA. Cicatricial alopecia: clinico-pathological findings and treatment. *Clin Dermatol.* 2001;19(2):211-225. doi:10.1016/S0738-081X(00)00132-2
 16. Bolduc C, Sperling LC, Shapiro J. Primary cicatricial alopecia. *J Am Acad*

- Dermatol.* 2016;75(6):1081-1099. doi:10.1016/j.jaad.2014.09.058
17. Bolduc C, Sperling LC, Shapiro J. Primary cicatricial alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(6):1101-1117. doi:10.1016/j.jaad.2015.01.056
 18. Olsen EA, Bergfeld WF, Cotsarelis G, et al. Summary of North American Hair Research Society (NAHRS)-sponsored Workshop on Cicatricial Alopecia, Duke University Medical Center, February 10 and 11, 2001. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48(1):103-110. doi:10.1067/mjd.2003.68
 19. Soares VC, Mulinari-Brenner F, Souza TE. Líquen plano pilar: estudo retrospectivo de 80 casos. *An Bras Dermatol.* 2015;90(5):666-670.
 20. Ma SA, Imadojemu S, Beer K, Seykora JT. Inflammatory features of frontal fibrosing alopecia. *J Cutan Pathol.* June 2017. doi:10.1111/cup.12955
 21. Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. Scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol.* 1994;130(6):770-774.
 22. Vañó-Galván S, Molina-Ruiz A, Serrano-Falcón C, et al. Frontal fibrosing alopecia: A multicenter review of 355 patients. 2014:1-9.
 23. Rudnicka L, Rakowska A. The increasing incidence of frontal fibrosing alopecia. In search of triggering factors. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2017;31(10):1579-1580. doi:10.1111/jdv.14582
 24. Mirmirani P, Tosti A, Goldberg L, Whiting D, Sotoodian B. Frontal Fibrosing Alopecia: An Emerging Epidemic. *Ski appendage Disord.* 2019;5(2):90-93. doi:10.1159/000489793
 25. Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata AR, et al. Risk factors

- associated with frontal fibrosing alopecia: a multicentre case–control study. *Clin Exp Dermatol.* 2019;44(4):404-410. doi:10.1111/ced.13785
26. Iorizzo M, Tosti A. Frontal Fibrosing Alopecia: An Update on Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2019;20(3):379-390. doi:10.1007/s40257-019-00424-y
 27. Banka N, Mubki T, Bunagan MJK, McElwee K, Shapiro J. Frontal fibrosing alopecia: a retrospective clinical review of 62 patients with treatment outcome and long-term follow-up. *Int J Dermatol.* 2014;53(11):1324-1330. doi:10.1111/ijd.12479
 28. Navarro-Belmonte MR, Navarro-López V, Ramírez-Boscà A, et al. Case series of familial frontal fibrosing alopecia and a review of the literature. *J Cosmet Dermatol.* 2015;14(1):64-69. doi:10.1111/jocd.12125
 29. Iorizzo M, Tosti A. Frontal Fibrosing Alopecia: An Update on Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2019;20(3):379-390. doi:10.1007/s40257-019-00424-y
 30. Ladizinski B, Bazakas A, Selim MA, Olsen EA. Frontal fibrosing alopecia: A retrospective review of 19 patients seen at Duke University. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(5):749-755. doi:10.1016/j.jaad.2012.09.043
 31. MacDonald A, Clark C, Holmes S. Frontal fibrosing alopecia: A review of 60 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67(5):955-961. doi:10.1016/j.jaad.2011.12.038
 32. Dlova N, Goh C-L, Tosti A. Familial frontal fibrosing alopecia. *Br J Dermatol.* 2013;168(1):220-222. doi:10.1111/j.1365-2133.2012.11101.x
 33. Junqueira Ribeiro Pereira AF, Vincenzi C, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia in

- two sisters. *Br J Dermatol*. 2010;162(5):1154-1155. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.09664.x
34. Tziotzios C. Genome-wide association study in frontal fibrosing alopecia identifies four susceptibility loci including HLA-B*07:02. (2019):1-9. doi:10.1038/s41467-019-09117-w
35. Aldoori N, Dobson K, Holden CR, McDonagh AJ, Harries M, Messenger AG. Frontal fibrosing alopecia: possible association with leave-on facial skin care products and sunscreens; a questionnaire study. *Br J Dermatol*. 2016;175(4):762-767. doi:10.1111/bjd.14535
36. Tziotzios C, Stefanato CM, Fenton DA, Simpson MA, McGrath JA. Frontal fibrosing alopecia: reflections and hypotheses on aetiology and pathogenesis. *Exp Dermatol*. 2016;25(11):847-852. doi:10.1111/exd.13071
37. Jimenez F, Harries M, Poblet E. Frontal fibrosing alopecia: a disease fascinating for the researcher, disappointing for the clinician and distressing for the patient. *Exp Dermatol*. 2016;25(11):853-854. doi:10.1111/exd.13104
38. Fertig R, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia treatment options. *Intractable Rare Dis Res*. 2016;5(4):314-315. doi:10.5582/irdr.2016.01065
39. Moreno-Arrones OM, Saceda-Corralo D, Fonda-Pascual P, et al. Frontal fibrosing alopecia: clinical and prognostic classification. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. April 2017. doi:10.1111/jdv.14287
40. Tan KT, Messenger AG. Frontal fibrosing alopecia: clinical presentations and prognosis. *Br J Dermatol*. 2009;160(1):75-79. doi:10.1111/j.1365-2133.2008.08861.x

41. Miteva M, Camacho I, Romanelli P, Tosti A. Acute hair loss on the limbs in frontal fibrosing alopecia: a clinicopathological study of two cases. *Br J Dermatol.* 2010;163(2):426-428. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.09807.x
42. Chew A-L, Bashir SJ, Wain EM, Fenton DA, Stefanato CM. Expanding the spectrum of frontal fibrosing alopecia: A unifying concept. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63(4):653-660. doi:10.1016/j.jaad.2009.09.020
43. Donati A, Molina L, Doche I, Valente NS, Romiti R. Facial Papules in Frontal Fibrosing Alopecia. *Arch Dermatol.* 2011;147(12):1424. doi:10.1001/archdermatol.2011.321
44. Dlova NC. Frontal fibrosing alopecia and lichen planus pigmentosus: is there a link? *Br J Dermatol.* 2013;168(2):439-442. doi:10.1111/j.1365-2133.2012.11146.x
45. Pirmez R, Duque-Estrada B, Donati A, et al. Clinical and dermoscopic features of lichen planus pigmentosus in 37 patients with frontal fibrosing alopecia. *Br J Dermatol.* 2016;175(6):1387-1390. doi:10.1111/bjd.14722
46. Vañó-Galván S, Rodrigues-Barata AR, Urech M, et al. Depression of the frontal veins: A new clinical sign of frontal fibrosing alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(6):1087-1088. doi:10.1016/j.jaad.2015.02.1129
47. Vañó-Galván S, Saceda-Corralo D, Moreno-Arrones ÓM, Camacho-Martinez FM. Updated diagnostic criteria for frontal fibrosing alopecia. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(1):e21-e22. doi:10.1016/j.jaad.2017.08.062
48. Rosas FM, Werner B. Frontal fibrosing alopecia : report of six cases. *An Bras Dermatologia.* 2007;82(5):439-444.

49. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-1409.
50. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev bras Educ Fís Esporte*. 2012;26(2):241-250.
51. Fleck MP de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000;5(1):33-38.
52. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:210-216.
53. Martins GA, Arruda L, Mugnaini ASB. Validation of life quality questionnaires for psoriasis patients. *An Bras Dermatol*. 2004;79(5):521-535. doi:10.1590/S0365-05962004000500002
54. Saceda-Corralo D, Pindado-Ortega C, Moreno-Arrones OM, et al. Health-Related Quality of Life in Patients With Frontal Fibrosing Alopecia. *JAMA Dermatol*. 2018;3:1-2. doi:10.1001/jamadermatol.2017.6330
55. Andrade LH, Wang Y, Andreoni S, et al. Mental Disorders in Megacities : Findings from the Sa Paulo Megacity Mental Health Survey , Brazil. *PLoS One*. 2012;7(2). doi:10.1371/journal.pone.0031879
56. Andrade LH, Baptista IMC, Alonso IJ, et al. Days out-of-role due to common physical and mental health problems : Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey , Brazil. *Clinics*. 2013;68(11):1392-1399. doi:10.6061/clinics/2013(11)02

57. Marcolino JAM, Mathias LADST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(1):52-62. doi:10.1590/S0034-70942007000100006
58. Faro A. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Confirmatory Factor Analysis and Standardization of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psic: Teor.e Pesq.* 2015;31(3):349-353. doi:10.1590/0102-37722015032072349353
59. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-370.
60. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anesthesiol.* 2006;56(5):470-477. doi:10.1590/S0034-70942006000500005
61. Valesky EM, Maier MD, Kaufmann R, Zöller N, Meissner M. Single-center analysis of patients with frontal fibrosing alopecia : evidence for hypothyroidism and a good quality of life. *J Int Med Res.* 2018;0:1-9. doi:10.1177/0300060518807335

APÊNDICE 1. LISTA DE CHECAGEM

DATA:

NOME:

RG:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

	SIM	NÃO
Diagnóstico clínico e histológico de AFF		
Idade maior que 18 anos		

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

	SIM	NÃO
Não entendeu o questionário		

ELEGÍVEL: SIM () NÃO ()

ASSINOU O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:
SIM () NÃO ()

APÊNDICE 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS PACIENTES COM ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE TRICOLOGIA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – RECIFE/PE

Pesquisadora: Marcella Maria de Souza Araújo Figueira

Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa **Coorientadora: Matilde Carrera**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação. Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável. Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Essa pesquisa tem como objetivo entender quais são as pessoas mais afetadas pela alopecia frontal fibrosante, seu nível de qualidade de vida e a presença de sintomas de ansiedade e depressão.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa será realizada por 3 questionários: O primeiro você irá responder ao pesquisador sobre sua condição social, sobre sua doença, seus antecedentes pessoais e familiares. O segundo e terceiro, você irá ler e responder perguntas para avaliar sua qualidade de vida e para analisar se você apresenta sintomas de ansiedade e depressão. Caso você tenha alguma dúvida sobre esses questionários, estarei disponível para te ajudar. Se por acaso você não se sentir bem respondendo a essas perguntas, poderemos interromper a pesquisa sem que haja nenhum prejuízo ao seu tratamento.

A sua alopecia poderá ser fotografada a título de documentação científica, preservando em sigilo de sua identidade pessoal.

RISCOS:

Você pode se sentir entediado (a) respondendo aos questionários, mas estimamos que a entrevista dure por cerca de 25 minutos. Se você sentir necessidade, disponibilizaremos um profissional da equipe de saúde mental (o orientador psicólogo Dr. Leopoldo Barbosa ou a psiquiatra Dra. Cátia Dantas) para seu acompanhamento.

BENEFÍCIOS:

Essa pesquisa ajudará a entendermos melhor sua doença e a saúde mental dos pacientes afetados, podendo ajudar no seu tratamento e de outros pacientes com mesmo tipo de alopecia.

CUSTOS

Você não receberá e nem pagará para participar desse estudo

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora Marcella Maria de Souza Araújo Figueira no telefone (81)991115800 ou para seu orientador Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (81) 992451890. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – E-mail: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

APÊNDICE 3. FORMULÁRIO 1

Nome: _____

End: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Data do nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: F ___ M ___ Cor da pele: branca ___ pardo ___
amarelo ___ negro ___ Estado civil: Solteiro ___ Casado ___ Divorciado ___ Viúvo ___

Escolaridade: analfabeto ___ ensino médio ___ ensino fundamental ___ ensino superior ___ Renda
familiar por pessoa: >1salário ___ 1-2salários ___ 2-4salários ___ >4 salários ___

Menarca: Não se aplica ___ Idade ___

Menopausa: Não se aplica ___ Pré-menopausa ___ Idade da menopausa: ___ Natural ___
Cirúrgica ___

Fumante: S ___ N ___ Etilista: S ___ N ___

Antecedentes pessoais:

Alopecias: Não ___ LPP ___ AAG ___ AA ___

Doença autoimune: Não ___ Colagenose ___ Tireoidopatia ___ Vitiligo ___

Doença mental: Não ___ Ansiedade ___ Depressão ___ Outros ___

Antecedentes familiares:

Alopecias: Não ___ AFF ___ LPP ___ AAG ___ AA ___

Doença autoimune: Não ___ Colagenose ___ Tireoidopatia ___ Vitiligo ___

Doença mental: Não ___ Ansiedade ___ Depressão ___ Outros ___

História da doença:

Inícios dos sintomas: _____ Data do diagnóstico _____

Perda de sobrancelhas: Não ___ $\geq 25\%$ ___ 26-74% ___ $\geq 75\%$ ___

Perda de pelo em outro local: Não ___ Costeleta ___ Braços ___ Pernas ___ Púbis ___

Achados clínicos:

Pápulas faciais ___ Depressão da veia frontal ___ Pontos vermelhos glabellares ___

Achados tricoscópicos:

Sem alterações ___ Descamação perifolicular: Fronte ___ Têmporas ___

Classificação da AFF: tipo I ___ tipo II ___ tipo III ___

Tratamentos pregresso: _____

Tratamento atual: _____

ANEXO 1. DLQI

· ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA (DLQI)

Nome do Hospital:
Nome do Paciente:
Diagnóstico:

Data:
Endereço:
Escore DLQI:

O objetivo deste questionário é medir o quanto seu problema de pele afetou sua vida **NO DECORRER DA ÚLTIMA SEMANA**. Marque com um **X** a melhor resposta para cada pergunta.

1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada
2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada
3. Na última semana, quanto sua pele interferiu em suas compras ou em suas atividades dentro e fora de casa?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante
4. Na última semana, quanto sua pele influenciou a escolha das roupas que você vestiu?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante
5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante
6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante
7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola?
 Sim Não Não relevante
 Caso sua resposta seja **NÃO**, na última semana quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola?
 Muito Um pouco Nada
8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante
9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante
10. Na última semana, quanto seu tratamento de pele foi um problema, deixando sua casa desorganizada ou tomando muito de seu tempo?
 MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante

ANEXO 2. ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – EHAD

Nome: _____ Data: ___/___/___

Por favor, leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você têm se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão, vale mais a resposta instantânea.

A Eu me sinto tenso ou contraído

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

D Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

3 () Sim, de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não muito forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

D Eu me sinto alegre

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

A consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

D Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas

0 () Nunca

1 () Poucas vezes

2 () Muitas vezes

3 () A maior parte do tempo

A Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha ou um aperto no estômago...)

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Eu me cuido do mesmo jeito que antes

A Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

D Consigo sentir prazer ao assistir um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa

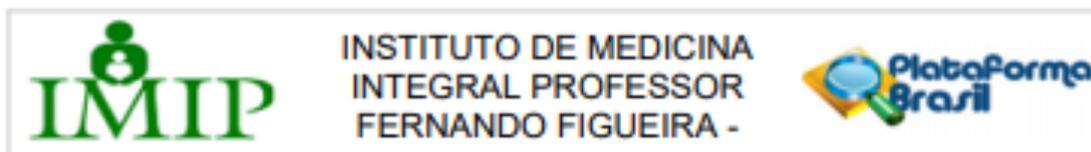
0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

ANEXO 3. CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP-IMIP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO, NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DOS PACIENTES COM ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE ASSISTIDOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA, RECIFE/PE

Pesquisador: LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85659517.9.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.620.424

Apresentação do Projeto:

Resposta à pendências de projeto de dissertação de mestrado em SI no Imip.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil epidemiológico das pacientes de alopecia frontal fibrosante, seu nível de qualidade de vida, ansiedade e depressão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Devidamente avaliados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Factível e relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes, o TCLE e o cronograma foram ajustados.

Recomendações:

Suprimir uma palavra repetida "como" na quarta linha dos procedimentos da pesquisa do TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4758 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 2.620.424

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1018153.pdf	16/04/2018 09:39:23		Aceito
Outros	Cartaencaminhamento2018a.doc	16/04/2018 09:38:48	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdermatolo.doc	16/04/2018 09:34:58	LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CartarespostaCEPabril2018.docx	13/04/2018 16:59:55	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAfibrosante.docx	13/04/2018 16:57:59	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFibrosanteabril2018.docx	13/04/2018 16:57:17	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	sigapdeclaracao.pdf	12/04/2018 08:10:18	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	SIGAPDermato.pdf	13/03/2018 12:27:36	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	Anuencialopecia.docx	27/02/2018 09:47:30	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	sigapalopecia.pdf	27/02/2018 09:42:55	LEOPOLDO NELSON FERNANDES	Aceito
Outros	Curriculo_Leopoldo.pdf	05/11/2017 16:20:33	MARCELLA MARIA DE SOUZA ARAUJO FIGUEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Marcella.docx	05/11/2017 16:17:58	MARCELLA MARIA DE SOUZA ARAUJO FIGUEIRA	Aceito
Outros	carta.docx	05/11/2017 16:08:57	MARCELLA MARIA DE SOUZA ARAUJO FIGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_dig.docx	01/11/2017	MARCELLA MARIA	Aceito

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

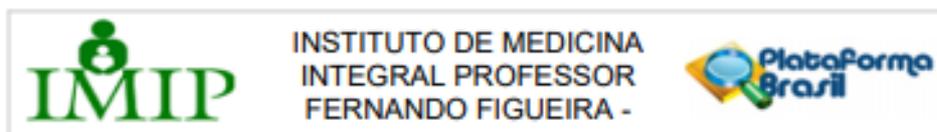
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4762

E-mail: comitedestetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 2.620.424

Folha de Rosto	folhaDeRosto_dig.docx	17:02:25	DE SOUZA ARAUJO FIGUEIRA	Aceito
----------------	-----------------------	----------	-----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 25 de Abril de 2018

Assinado por:
Edvaldo da Silva Souza
 (Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comitedeetica@imip.org.br

ANEXO 4. INSTRUÇÕES AOS AUTORES

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Desenvolvimento, Elementos essenciais

Encaminhar os originais por meio do sistema de submissão *online*, de acordo com as orientações do mesmo. A fonte a ser utilizada deverá ser Times New Roman, tamanho 12.

Todos os trabalhos deverão ser submetidos em LÍNGUA INGLESA; no entanto, autores que têm o português como idioma nativo, sejam brasileiros ou estrangeiros, deverão apresentar a versão do trabalho TAMBÉM EM LÍNGUA PORTUGUESA.

Optar pela seção a que se destina o manuscrito e verificar o título completo do artigo, os nomes dos autores, por extenso e abreviados, suas afiliações, com o nome da instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país, local em que o trabalho foi realizado, com nome da instituição, o endereço completo do autor correspondente, seus telefones, e-mail, eventual suporte financeiro e conflitos de interesse. Informar ainda, em declaração assinada pelo autor principal, a participação específica de cada autor na execução do trabalho, quando solicitada pelo Conselho Editorial (veja adiante em "Critérios de autoria").

Indicar, no mínimo, três e, no máximo, dez descritores (palavras-chave), em inglês e português, que identifiquem os assuntos tratados no texto e que estejam incluídos na publicação da Bireme "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), disponível no endereço <http://decs.bvs.br> ou no *Medical SubjectHeadings (MeSH)*, do *Index Medicus*, disponível no endereço www.nlm.nih.gov/mesh.

Critérios de autoria

A inclusão como autor subentende substancial contribuição intelectual na elaboração do trabalho, que compreende a participação na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, análise e interpretação dos dados, na redação ou revisão crítica do manuscrito e na aprovação de sua versão final.

Outras participações, como obtenção de financiamento, simples coleta e catalogação de dados, auxílio técnico na execução de rotinas, encaminhamento de pacientes, interpretação de exames de rotina e chefia de serviço ou departamento, que não estejam diretamente envolvidas no estudo, não constituem critérios para autoria. Entretanto, caso tenham contribuído substancialmente para o estudo, merecerão citação nos "Agradecimentos", ao final do texto, para o que será preciso autorização escrita dos responsáveis.

Referências

As referências bibliográficas completas, em ordem de citação, devem incluir apenas as publicações mencionadas na matéria e obedecer aos "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (estilo Vancouver). Os títulos de

periódicos devem ser abreviados como no *Index Medicus*, cuja lista de abreviaturas pode ser obtida na publicação da *NLM List of Serials Indexed for Online Users*, que está disponível no endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. É de responsabilidade dos autores a exatidão das referências bibliográficas.

Exemplos mais comuns

Artigo de periódico

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Se o artigo tiver vários autores, mencionar, no máximo, seis; havendo mais, citar os seis primeiros, seguidos da expressão "*et al.*".

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK *et al.* Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935:40-6.

Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Tese ou dissertação

Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans* [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Nery JAC. *Reação na hanseníase: uma descrição epidemiológica* [tese]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1995. 129 p.

Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Portal da internet

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org>. Saude.gov.br [Internet]. Prevalência da hanseníase no Brasil, macrorregiões e estados, 1985 - 2003 [acesso 22 fev 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hansen_prevalencia.pdf. No caso de uma referência existir somente na internet, conservar cópia do arquivo para fornecer a leitores interessados, no caso de mudança ou desativação da URL.

Está disponível, também, uma [lista completa de exemplos de citações bibliográficas](#) (requer [Adobe Acrobat Reader](#)).

Ilustrações

As ilustrações compreendem quadros, tabelas, gráficos, figuras e vídeos, justificando-se sua inclusão apenas quando servirem, efetivamente, para complementar as informações do texto ou simplificar sua compreensão. Por esse motivo, serão aceitas somente até o limite determinado para o tipo de artigo, salvo melhor juízo da Equipe Editorial.

Referir as ilustrações no texto e numerá-las em algarismos arábicos, em sequência própria para cada tipo, conforme a ordem de entrada.

Anexar todas as ilustrações nos campos apropriados disponíveis no sistema de submissão.

Inserir imagens digitalizadas sob a forma de arquivos nos formatos com extensão ".jpg" e resolução mínima de 300 dpi. Vídeos poderão ser aceitos até 10 MB com extensões ".mpg", ".avi" e ".wmv".

Quadros, tabelas e gráficos

Os quadros servem para apresentação tabular de informações textuais, sem dados estatísticos, ao contrário das tabelas, que têm por objetivo indicar resultados numéricos e valores comparativos, permitindo avaliação estatística. Nos gráficos, os dados são apresentados sob a forma de desenho, preferencialmente como diagramas de barras ou circulares.

Quadros, tabelas e gráficos devem ter título sucinto e claro, com explicações, se necessárias, como notas de rodapé.

Se, nos quadros e nas tabelas, forem usados dados de outra fonte, publicados ou não, será necessário obter permissão e informar a autoria, a data e a localização dos dados. A fonte deverá ser citada nas referências, e os créditos devem aparecer abaixo do quadro, tabela ou gráfico.

Figuras e vídeos

Figuras compreendem as demais formas de ilustração, principalmente fotografias e fotomicrografias, devendo ser informados método de coloração e aumento. Anexar as fotos na extensão ".jpg", e especificar e identificar as legendas com a respectiva numeração.

Se uma figura já tiver sido publicada, mencionar a fonte original e enviar permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para a sua reprodução. Documentos de domínio público constituem exceção.

Para os vídeos, é necessário inserir legendas contendo informações, como título do manuscrito, autoria, instituição e outros comentários pertinentes.

Para usar fotografias de pacientes, sua identidade deverá ser resguardada; do contrário, será preciso anexar-lhes permissão, por escrito, para divulgação (v. "Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas").

Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas

Informações que permitam identificar participante de pesquisa ou relato de caso clínico não devem ser publicadas sob a forma de descrições, fotografias ou genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos, e o paciente, ou seu responsável, dê permissão, por escrito, para a publicação.

O consentimento, por escrito, para esses propósitos exige que se mostre ao paciente, ou ao responsável, o manuscrito a ser publicado. Na publicação deverá constar que se obteve a autorização.

Na busca do anonimato, nunca alterar nem falsificar os dados do paciente. Omitir os detalhes que sirvam para identificar as pessoas, caso não sejam essenciais.

Não usar o nome do paciente, suas iniciais ou registro que lhe tiver sido conferido no hospital, especialmente no material ilustrativo.

Quando se tratar de experimentação com animais, deverá ser informada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Animal da instituição onde foi realizada a pesquisa.

Reprodução de imagens

O periódico poderá permitir o direito de reprodução de imagens mediante solicitação prévia aos editores, desde que citada a fonte e dados os devidos créditos a todos os envolvidos.

Unidades de medida e abreviações

Abreviações não são permitidas no Título nem recomendáveis no Resumo, exceto em situações excepcionais. O termo completo deverá preceder a abreviatura quando esta for utilizada pela primeira vez no texto.

Todas as medidas devem estar de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (SI), encontradas no portal <http://physics.nist.gov/cuu/Units/units.html>. Informar as temperaturas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg).

Conteúdo

Redigir o original para publicação nos Anais Brasileiros de Dermatologia e enquadrá-lo em uma das diferentes seções da revista:

EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Autores são convidados pelos Editores dos Anais Brasileiros de Dermatologia a elaborar artigos aprofundados sobre temas de grande interesse científico, no campo da Dermatologia, visando à atualização.

Autores não convidados, interessados em colaborar com esta seção, devem entrar em contato prévio com a Equipe Editorial do periódico, antes de submeter seus trabalhos.

Os manuscritos devem conter, obrigatoriamente:

Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras. Além de Introdução, sugerem-se os seguintes tópicos, se pertinentes: Histórico; Epidemiologia;

Etiopatogenia; Aspectos clínicos; Classificação; Diagnóstico clínico, laboratorial e diferencial; Evolução; Prognóstico; Tratamento. O texto deve ter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. É obrigatório apresentar referências bibliográficas recentes. Serão permitidas 12 ilustrações, no máximo. Ao final do texto, incluir um teste de avaliação com 10 questões de múltipla escolha, de quatro alternativas, sendo apenas uma correta, para efeito de apuração de créditos relativos ao programa de Educação Médica Continuada da Sociedade Brasileira de Dermatologia. As questões devem atender aos princípios de elaboração da Educação Médica Continuada, disponíveis no site: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/normas>.

INVESTIGAÇÃO

Artigo original, abrangendo estudos observacionais e de intervenção, caracterizados como ensaios controlados e randomizados; estudos quanto à fisiopatogenia das doenças e/ou sobre associações nosológicas; estudos sobre testes diagnósticos e prognósticos, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no máximo, 6.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. No manuscrito, deverão constar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o número do protocolo do documento. O número máximo de referências é 50 e o de ilustrações, dez. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional e a juízo da Equipe Editorial, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente. Incluir os seguintes tópicos:

1. Introdução;
2. Métodos;
3. Resultados;
4. Discussão;
5. Conclusão;
6. Referências.

Estruturar o Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras, nos seguintes tópicos:

1. Fundamentos (estado atual do conhecimento);
2. Objetivos;
3. Métodos;
4. Resultados;
5. Limitações do estudo;
6. Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica para evitar especulação).

CASO CLÍNICO

Relatar um ou mais casos com justificada razão para publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações diagnósticas e terapêuticas, efeitos terapêuticos adversos relevantes ou inusitados). No sistema de submissão os autores terão que responder a duas questões essenciais: 1. O que já se sabe sobre este tópico?; 2. O que este artigo acrescenta? O texto não deve exceder 1.000 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, seis ilustrações e dez referências bibliográficas. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção. Os seguintes tópicos devem ser contemplados:

- Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 120 palavras;
- Introdução;
- Relato do(s) Caso(s);
- Discussão;
- Referências.

DERMATOPATOLOGIA

Esta seção inclui temas que enfatizem importantes aspectos dermatopatológicos.

Utilizar, no máximo, 150 palavras no Resumo, em inglês e português.

O texto não deve exceder 1.000 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, cinco ilustrações e dez referências bibliográficas. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

REVISÃO

Artigo habitualmente elaborado, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência, que se destina a abordar, de forma aprofundada, o estado atual do conhecimento referente a temas de importância clínica, com ênfase em aspectos como causa e prevenção de dermatoses, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, devendo compreender, de preferência, análises críticas e sistemáticas da literatura (medicina baseada em evidências científicas), assim como metanálises. Poderão ser consideradas, sem convite, análises sistemáticas e metanálises. O texto deve ter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas.

São permitidas, no máximo, dez ilustrações. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente.

As referências bibliográficas devem ser recentes. Apresentar, obrigatoriamente, os seguintes tópicos: Resumo, em inglês e português, com não mais do que 250 palavras; Introdução; Métodos, quando se tratar de revisão sistemática e metanálise. Os demais tópicos ficam a critério do autor.

DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA (Imagens, Investigação)

Esta seção destina-se a privilegiar a publicação de trabalhos que têm como ênfase as doenças infecciosas e parasitárias com repercussão dermatológica, incluindo a hanseníase, a leishmaniose tegumentar, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, entre outras. Compreende documentações por imagens clínicas, histopatológicas ou de outros exames complementares representativas de casos clínicos relevantes, assim como trabalhos de investigação referentes a essa área do conhecimento.

O corpo do texto poderá ser contínuo, com no máximo 500 palavras, ou subdividido em tópicos, com no máximo 750 palavras, se no formato de investigação. Deve-se incluir resumo não estruturado, em inglês e português, com máximo de 100 palavras, sendo permitidas quatro ilustrações e dez referências. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Esta seção destina-se à publicação de imagens que sejam relevantes ao diagnóstico e tratamento de dermatoses, assim como permitir a descrição de novas tecnologias (Dermatoscopia, Microscopia Confocal a Laser, Imagens Radiológicas, etc.) de interesse do dermatologista.

Resumo com 80 palavras, no máximo, em inglês e português. O texto não deve exceder 800 palavras, cinco ilustrações e dez referências.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Destina-se ao relato de um único caso de interesse indiscutível em que se questiona o diagnóstico final da enfermidade. Compreende: Relato do caso; Discussão; Referências.

O Relato do Caso está limitado a 150 palavras e a Discussão, a 350 palavras, excetuando-se as ilustrações e referências. Serão permitidas quatro ilustrações e 10 referências bibliográficas. Deve constar Resumo em português e inglês de, no máximo, 100 palavras.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

CARTAS

Esta seção se destina à publicação mais rápida de comunicações sucintas originárias de estudos mais simples, que incluem:

- a) Cartas/Caso clínico (Case letters) – breves relatos de casos ou de novas reações adversas a drogas;
- b) Cartas/Investigação (Researchletters) – trabalhos de investigação de menor complexidade, como pequenas séries de casos, divulgação de resultados preliminares de

pesquisas originais e relatórios iniciais de ensaios terapêuticos.

O texto deve ser contínuo, sem divisão por tópicos, com no máximo 750 palavras, sendo permitidas três ilustrações (não subdivididas) e cinco referências. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

CORRESPONDÊNCIA

Esta seção admite comentários, opiniões ou respostas a questionamentos decorrentes de artigos publicados neste periódico, até dois números precedentes, cujo texto deve ser contínuo e não exceder 400 palavras. Toda correspondência estará sujeita à análise, revisão e aprovação da Equipe Editorial. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

ARTIGOS ESPECIAIS

Artigos sob convite que se destinam a abordar temas específicos, tais como: questões relacionadas a publicações científicas; epidemiologia e bioestatística aplicadas à dermatologia; abordagem de técnicas fotográficas ou de imagem; memórias, com abordagem de aspectos históricos de interesse dermatológico, como comemorações de fatos marcantes no desenvolvimento da Medicina ou da Dermatologia, biografias e comemorações referentes a figuras relevantes da Dermatologia nacional e internacional; e necrológicos.

O texto deve conter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. São permitidas, no máximo, 30 referências bibliográficas e seis ilustrações. Deverá ser elaborado um resumo (em português e em inglês), com, no máximo, 250 palavras. Os artigos serão submetidos à revisão da Equipe Editorial.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

INFORMES

Os Informes são notícias sobre eventos, atividades da Sociedade Brasileira de Dermatologia, pessoas ou fatos relevantes para a Dermatologia, assim como publicações de livros e teses de interesse para essa área, acompanhadas ou não de resenhas.

SUPLEMENTOS

Em caráter excepcional e a critério da Equipe Editorial dos Anais, poderão ser publicados suplementos com artigos que estarão sujeitos às mesmas normas de publicação e ao processo de revisão do periódico.

Artigos de outros temas, considerados relevantes e elaborados sob convite dos editores, poderão ser incluídos na seção de Artigos Especiais.

Submeter seu manuscrito para avaliação do Corpo Editorial do periódico no endereço eletrônico que se segue: <http://www.sgponline.com.br/abd/sgp/>.

Todos os documentos, como Consentimento de uso para publicação, Conflito de interesses, Autorização para publicação de fotografias e Participação no trabalho, estão disponíveis no site do periódico. Estes documentos devem ser assinados por todos os autores participantes e anexados no sistema ao se submeter o manuscrito. Autorização para publicação de fotografias só se faz necessária quando identifica a face do paciente por completo. O documento de Participação no trabalho só será solicitado pelos editores se houver necessidade.

Contato do periódico:

a/c Anais Brasileiros de Dermatologia
Av. Rio Branco, nº 39, 18º andar
20090-003 Rio de Janeiro - RJ
abd@sbd.org.br

CONSENTIMENTO DE USO PARA PUBLICAÇÃO**CEDENTE(S):**

Nome completo:

Nacionalidade:

Profissão:

RG:

CPF/MF:

Tel.: ()

Endereço:

CESSIONÁRIA:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42174094/0001-65, com sede na Av. Rio Branco, nº 39, 18º andar, Centro – Rio de Janeiro (RJ).

Obra: (Inserir o título da obra).

1 – O(s) CEDENTE(S) declara(m) que a obra referida acima é original e de sua exclusiva autoria; que não está sendo submetida a nenhum veículo de comunicação com objetivo de publicação e que foram obtidas todas as autorizações para citação de fontes, responsabilizando-se perante a CESSIONÁRIA por quaisquer violações ou ofensas aos direitos de terceiros, decorrentes, eventualmente, do conteúdo da obra ou por ela caracterizados, trate-se de direitos autorais ou de quaisquer outros direitos, isentando a CESSIONÁRIA de qualquer responsabilidade ou participação nesses atos e suas consequências e efeitos. Assim, na qualidade de titular(es) e detentor(es) da totalidade dos direitos autorais da obra, o(s) CEDENTE(S), neste ato, cede(m) e transfere(m) à CESSIONÁRIA, em caráter definitivo, exclusivo e a título gratuito, a totalidade dos direitos patrimoniais de autor sobre ela, incluindo as imagens de sua propriedade constantes na obra.

2 – Por este ato, desde já, fica transferida à CESSIONÁRIA a totalidade dos direitos patrimoniais de autor incidente sobre a obra" _____", para reprodução de natureza

editorial e/ou comercial, para publicação impressa, eletrônica, eletromagnética, digital e/ou composição multimídia, para modificação, alteração, tradução, reprodução, distribuição sem limite de quantidade e/ou área geográfica do Brasil e/ou exterior, em qualquer idioma, ou seja, a presente cessão abrange todas as formas de utilização, sem que seja necessária autorização prévia, podendo a obra, ainda, ser utilizada no todo ou em parte.

3 – O(s) CEDENTE(S) declara(m) ser o(s) único(s) responsável(eis) pelas reproduções de texto(s) e/ou imagens contidas na obra aqui cedida, bem como pela veracidade e exatidão dos créditos e copyright.

4 – O(s) CEDENTE(S) não dispensa(m) a citação do seu crédito autoral na publicação da obra cujos direitos são aqui cedidos.

5 – A Sociedade Brasileira de Dermatologia, entretanto, concederá ao(s) CEDENTE(S) o direito de republicar a obra em qualquer coleção impressa e/ou eletrônica, sem cobrança de nenhum valor, desde que: a obra já tenha sido publicada na revista de propriedade da CESSIONÁRIA intitulada ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA; solicite o consentimento prévio dos editores desta revista e faça a devida referência à mesma na nova publicação.

6 – A presente cessão entra em vigor na data da assinatura deste termo. Porém, caso a obra não seja aceita pelo Conselho Consultivo da Revista da CESSIONÁRIA, intitulada ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA, ou não seja publicada na mesma revista em um prazo de cinco anos contados da data da assinatura deste termo, a presente cessão perderá seu efeito, retornando ao(s) CEDENTE(S), automaticamente, a totalidade dos direitos patrimoniais aqui cedidos.

_____, ____ de _____ de _____ (inserir local e data no documento).

Ass.

CEDENTE: _____

AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE FOTOGRAFIAS

Nome completo:

Nacionalidade:

Profissão:

RG:

CPF:

Endereço:

Nome do responsável legal (se for o caso):

Grau de parentesco:

Nome do médico:

Objeto: Fotografias do(s) OUTORGANTE(S) datadas de _____ (inserir data e descrição das fotografias, com diagnóstico).

Neste ato, a título gratuito, autorizo, por prazo indeterminado e sem limites de território, a SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº

42174094/0001-65, a reproduzir a minha imagem fixada nas fotos, objeto desta autorização, para publicação na sua revista científica intitulada ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA, bem como na sua página na internet www.anaisdedermatologia.com.br, sem limite de tiragem e para todos os fins científicos e educacionais não expressamente mencionados aqui.

Declaro que tenho ciência de que minhas feições poderão ficar visíveis, portanto reconhecíveis nas fotos a serem publicadas e utilizadas para todos os fins mencionados no parágrafo anterior. Entretanto, somente não autorizo a inclusão do meu nome em nenhuma das imagens a serem utilizadas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia para os propósitos desta autorização.

Por fim, renuncio a quaisquer direitos relacionados à presente autorização para uso e publicação de minhas fotografias, isentando a Sociedade Brasileira de Dermatologia e seus integrantes profissionais de qualquer ação judicial que tenha como objeto esses mesmos direitos.

_____, ____ de _____ de _____ (inserir local e data no documento).

Ass.: _____

Nome:

Testemunhas:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

* Se o paciente for menor ou inapto para conceder a permissão por escrito, por qualquer razão ou motivo, ela deverá ser obtida pelo responsável legal em benefício do paciente.

Carta de autorização para Agradecimentos

Eu, _____ autorizo a divulgação do meu nome na publicação do artigo intitulado

_____ a ser publicado nos Anais Brasileiros de Dermatologia, sob a forma de Agradecimentos.

_____, ____ de _____ de _____ (inserir local e data no documento).