

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES
COM ALOPECIA FIBROSANTE FRONTAL (AFF)
ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA
DA CIDADE DO RECIFE**

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH FRONTAL
FIBROSING ALOPECIA (FFA) AT A DERMATOLOGIC CLINIC LOCATED
IN RECIFE

Juliana Times de Lemos Vasconcelos¹, Carolina Oliveira Cesar de Albuquerque¹,
Maria Paula Fernandes do Rego Maciel¹, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa¹,
Lucas Diniz Pacheco¹.

1. Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes,
4861 – Imbiribeira – Recife/PE – CEP: 51180-001.

Reconhecimento do apoio ao estudante: Faculdade Pernambucana de Saúde
(FPS) através do Programa de Iniciação Científica (PIC).

Autor correspondente: Juliana Times de Lemos Vasconcelos

Telefone pessoal: (81) 99924-9420

E-mail: julianatimes@gmail.com

**Os autores negam quaisquer conflitos de interesses no desenvolvimento desta
pesquisa.**

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida nos pacientes portadores de AFF atendidos em um ambulatório de dermatologia da cidade do Recife **Métodos:** Estudo de corte transversal, que avaliou 20 pacientes com diagnóstico de AFF, sendo todas do sexo feminino. Foram coletados dados epidemiológicos, clínicos e os participantes responderam ao Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI), que foi associado ao Índice de Atividade do LPP/AFF/FAPD (LPPAI). As análises estatísticas foram feitas com os software R versão 4.0.0. **Resultados:** Dentre as 20 pacientes, a média de idade foi 59,85 (34-72) anos, sendo a maioria solteiras (40%), possuem filhos (65%), ensino médio completo (65%) e renda familiar variando de 1 a 2 salários mínimo (70%). Em relação às características clínicas da AFF, o tempo médio para diagnóstico foi de 40,2 meses (6-144), apresentando a maioria (55%) o padrão linear de acometimento em relação a perda dos cabelos, além do relato da perda de sobrancelhas, braços e pernas (75%). Já o Índice de Atividade da Doença (LPPAI) teve valor médio de 1,48 (0- 4,08). Treze (65%) apresentaram impacto negativo na qualidade de vida pelo DLQI. Nessas pacientes, notou-se uma tendência a serem pessoas maiores níveis de atividade da doença (LPPAI), maior tempo de diagnóstico, com relato de perda das sobrancelhas, padrão zig zag e menopausa em idade mais precoce. **Conclusão:** As alterações decorrentes da Alopecia Frontal Fibrosante repercutem negativamente na qualidade de vida dos pacientes portadores da patologia. Portanto, os médicos devem estar atentos para a identificação precoce desta condição e encaminhá-los o quanto antes para iniciar o tratamento.

Palavras-chave: Alopecia; Alopecia fibrosante frontal; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life in patients with FFA treated at a dermatologic clinic in the city of Recife. **Methods:** Cross-sectional study that evaluated 20 patients diagnosed as having AFF, all of whom were women. Epidemiological and clinical data were collected and the participants answered to the Dermatology Quality of Life Index (DLQI), which was associated with the LPP / FFA / FAPD Activity Index (LPPAI). Statistical analysis was performed using software R version 4.0.0. **Results:** Among the 20 patients, the mean age of the patients was 59.85 (34-72) years, the majority being single (40%), having children (65%), complete high school (65%) and family income ranging from 1 to 2 minimum wages (70%). Regarding the clinical characteristics of AFF, the mean time to diagnosis was 40.2 months (6-144), with the majority (55%) presenting a linear pattern of involvement in relation to hair loss, in addition to the report of hair loss. eyebrows, arms and legs (75%). The Lichen Planopilaris Activity Index (LPPAI) had an average value of 1.48 (0- 4.08). Thirteen (65%) had a negative impact on quality of life based on DLQI scores. In those patients, there was a tendency to be people with higher levels of disease activity (LPPAI), with reports of eyebrow loss, zig zag pattern, menopause at an earlier age and substantially longer time to diagnosis

Conclusion: The changes resulting from Frontal Fibrosing Alopecia have a negative impact on the quality of life of patients with the disease. Therefore, physicians should be alert to the early identification of this condition in order to refer them as soon as possible to start the treatment.

Keywords: Alopecia; Fibrosing frontal alopecia; Quality of life.

INTRODUÇÃO

A alopecia fibrosante frontal (AFF) consiste em um tipo de alopecia cicatricial primária, descrita pela primeira vez, em 1994, por Kossard como uma variante do líquen plano pilar, já que apresenta características histológicas em comum^{1,2}. É caracterizada clinicamente por uma recessão simétrica da linha de implantação capilar na região frontotemporal, cursando com acometimento de sobrancelhas na maioria dos pacientes, como também pode haver perda de pelos do corpo e pápulas faciais em alguns casos³. É mais comumente descrita em mulheres no período pós-menopausa, mas pode ocorrer em mulheres mais jovens e em homens⁴.

A AFF é reconhecidamente uma alopecia que apresenta um infiltrado linfocítico na região da linha de implantação capilar, provocando uma cicatriz da área onde estão presentes as células-tronco do folículo piloso, que se chama bulge⁵. A patogênese da AFF é complexa e ainda não totalmente elucidada. O que se sabe é que existe uma reação autoimune⁶ que é responsável pela alopecia cicatricial e que alterações hormonais são importantes fatores de risco para seu desenvolvimento^{7,8}.

Nos últimos anos, o número de pacientes portadores de AFF vem aumentando de forma globalizada^{5,8,9}, fazendo com que o dermatologista tenha papel fundamental no diagnóstico precoce, bem como no tratamento para a prevenção do avanço da alopecia cicatricial, já que é uma doença esteticamente impactante.

Os cabelos têm uma atribuição fundamental na autoimagem, contribuindo para que cada indivíduo tenha sua própria característica. A alopecia geralmente é acompanhada por sentimento de angústia nos pacientes acometidos¹⁰, o que pode gerar um impacto negativo na qualidade de vida, repercutindo na sua aparência, na vida pessoal e profissional desses pacientes. Por ter um caráter crônico, com curso clínico flutuante e recidivante, esse quadro pode levar à queda na autoestima e na autoconfiança de forma persistente, tendo o potencial de conduzir à ansiedade e até à depressão^{11,12,13}.

Um estudo, realizado por Chiang *et al.*, avaliou fatores de estresse psicológico e qualidade de vida, associado com a percepção da doença em pacientes com todos os tipos de alopecias cicatriciais primárias, sendo verificado que os pacientes apresentavam importante estresse psicológico, assim como, qualidade de vida bastante prejudicada¹⁴.

Existem diversos conceitos para a qualidade de vida, porém uma definição bastante usada na área de saúde fala sobre a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no seu contexto cultural e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁵. Assim, nota-se que a alopecia tem um forte impacto nessa variável, que é tão relevante para a prática clínica, como foi visto em estudo realizado por Lucy *et al.*, o qual avaliou que um tratamento bem sucedido em pacientes com alopecia areata é um fator de melhora na qualidade de vida¹⁶.

O Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) é específico para doenças dermatológicas, contendo 10 questões cuja respostas geram escores entre 0 e 3 e o cálculo final é um somatório desses escores, com os índices maiores indicando pior qualidade de vida relacionada à doença¹⁷.

Embora já seja descrita na literatura a estreita relação entre doenças dermatológicas e a qualidade de vida, incluindo o impacto negativo da alopecia na percepção dos pacientes, a literatura ainda é escassa no que tange à avaliação da qualidade de vida em pacientes com AFF. Por ser uma doença crônica cada vez mais prevalente nos ambulatórios de dermatologia, a AFF merece uma atenção mais específica em relação aos impactos psicológicos decorrentes dela. Por isso, decidimos realizar um estudo para avaliar a qualidade de vida nos pacientes com essa patologia.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal no período de junho de 2019 a julho de 2020, no ambulatório de doenças do cabelo no Centro de Estudos Dermatológicos do Recife (CEDER), que tem por objetivo desenvolver atividades filantrópicas, sem fins lucrativos, nas áreas de saúde, educação e assistência social em benefício da população carente. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (Parecer no. 3.495.412) e todos os participantes que aceitaram fazer parte do estudo preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram da pesquisa 20 pacientes, maiores de 18 anos, com diagnóstico clínico e/ou histopatológico de AFF do ambulatório de doenças capilares do CEDER. Os pacientes apresentando associação de AFF com outros tipos de alopecia (lúpus eritematoso sistêmico, lúpus eritematoso crônico discoide, alopecia areata, tinea capitis) foram excluídos do estudo.

Dados epidemiológicos e clínicos foram coletados pelo pesquisador através de entrevista direta com os pacientes, avaliação clínica, revisão de prontuários e aplicação de questionários, como o questionário biosociodemográfico produzido pelos pesquisadores e do Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI).

O DLQI é um questionário autoavaliativo com a finalidade de avaliar a qualidade de vida. É composto por 10 itens, os quais avaliam sintomas e sentimentos, atividades diárias, lazer, trabalho/escola, relações interpessoais e tratamentos. As respostas geram escores entre 0 a 3 e o cálculo final é um somatório simples desses escores, com os índices maiores indicando pior qualidade de vida relacionada à doença.¹⁷ Consideramos uma pontuação igual ou maior que 6 equivalente a impacto negativo na qualidade de vida.

A atividade de doença foi avaliada pelo Índice de Atividade do LPP/AFF/FAPD (LPPAI), que é uma pontuação numérica introduzida por Chiang *et al.* utilizada para quantificar os sinais e sintomas das formas clínicas de líquen plano pilar, incluindo a AFF, com o intuito de comparação estatística. Dentro do LPPAI são avaliados sintomas (prurido, dor e queimação), sinais (eritema difuso,

eritema e queratose perifolicular), teste de tração anágena (medida de atividade) e progressão ou não da alopecia. É dado um peso de 30% para os sintomas, 30% para os sinais, 25% para o teste de tração e 15% para a progressão da alopecia, levando à equação: LPPAI (0-10) = (prurido + dor + queimação) /3 + (eritema + eritema perifolicular + queratose perifolicular)/3 + 2.5 (teste de tração) + 1.5 (progressão/2). Os sinais e sintomas são graduados em uma escala de 4 pontos: 0=ausente, 1= leve, 2= moderado e 3= severo; teste de tração anágena: 0= ausência de fio anágeno, 1= presença de fio anágeno; progressão da alopecia: 0= sem progressão, 1= indeterminado e 2= com progressão.¹⁸

As informações obtidas durante o período das coletas foram armazenadas no Microsoft Excel 2016. As análises estatísticas com dados epidemiológicos e clínicos foram realizadas através do software R versão 4.0.0. A amostra foi descrita através de medidas de posição e dispersão para variáveis quantitativas e distribuições de frequência para variáveis qualitativas. As associações foram analisadas através dos testes t de Student e Qui-quadrado, a depender da técnica exigida pela situação. O nível de significância considerado foi 0.05.

RESULTADOS

Foram atendidos 353 pacientes no ambulatório de alopecia entre julho de 2019 e dezembro de 2019. Tiveram o diagnóstico de AFF 20 pacientes, todas do sexo feminino e as idades variando entre 34 e 72 com média de 59.85 anos (DP= 9.51). A maior parte das mulheres entrevistadas são solteiras (40%), têm ensino médio completo (65%), renda familiar variando de 1 a 2 salários mínimo (70%) e possuem filhos (65%). Já em relação a cor de pele, 7 (35%) se autodeclararam brancas, 7 (35%) pardas e 6 (30%) negras. As características socioepidemiológicas desses participantes estão sumarizadas na tabela 1.

Em relação aos hábitos de vida, 11 (55%) praticam algum tipo de atividade física. A ingestão de álcool foi negada pela maioria (80%), assim como o tabagismo, em que todas negaram tabagismo atual, mas 8 (40%) são ex-tabagistas, tendo cessado o uso por um tempo médio de 16,68 anos.

Das pacientes analisadas, 12 (60%) tiveram uma menopausa natural, 5 (25%) tiveram uma menopausa cirúrgica, sendo realizada histerectomia sem ooforectomia e 3 (15%) ainda estão na menacme. A idade média de menopausa foi 46,6 anos (DP = 7,39), sendo a menor idade 33 anos e a maior idade de 58 anos. No período pós-menopausa apenas duas pacientes (11,1%) fizeram uso de terapia de reposição hormonal. Durante a menacme, quatro pacientes (20%) referem ter feito uso de método anticoncepcional hormonal. Além disso, a maioria das pacientes (70%) não referiam ter nenhuma doença psiquiátrica.

Dentro das características clínicas da AFF, cujo tempo médio de diagnóstico foi de 40,2 meses (DP= 37.80) foi visto que 11 (55%) pacientes têm padrão linear, 5 (25%) têm padrão zigzag, 3 (15%) têm o padrão de pseudofranja e 1 (5%) tem padrão atípico (Figura 1). Quanto aos pelos corporais, 15 pacientes (75%) relataram perda de pelos das sobrancelhas, braços e pernas, o mesmo não aconteceu com a perda de pelos pubianos, já que a maioria (60%) negou a perda de pelos da região. No que diz respeito aos pelos das axilas, metade (50%) relatou a perda de pelos. (Tabela 2)

A distância entre a glabella e a linha de implantação foi analisada em 18

pacientes e teve um valor médio de 8,8 cm (DP = 2,1). Já o LPPAI médio foi de 1.48 (DP= 1.02), sendo o menor LPPAI de 0 e o maior 4.08.

Em relação ao surgimento da AFF, a maior parte (55%) correlaciona o surgimento da doença a algum evento traumático da vida e duas pacientes (10%) possuem algum familiar diagnosticado com a doença.

Observamos que 13 (65%) pacientes apresentam um impacto negativo na qualidade de vida, ao serem avaliadas com o DLQI. (Tabela 3) Das pacientes que relataram um impacto negativo na qualidade de vida, observamos uma tendência de serem pessoas mais jovens (idade média 58,3 anos) quando comparadas com o grupo que não relatou impacto negativo na qualidade de vida (idade média 62,2 anos), porém sem ser estatisticamente significativo ($p = 0,2077$). Já na análise da distância da glabella até a linha de implantação capilar, foi observado uma pior qualidade de vida nas pacientes que possuem uma medida menor (8,7 cm / DP = 2,039) comparado as que não relataram tal impacto (9 cm / DP = 2,380), com o valor de $p=0,3895$.

A partir da correlação com o LPPAI, foi visto que as pacientes com impacto na qualidade de vida possuíam a doença em maior atividade (índice médio 1.70 / DP= 1,06) comparado as pacientes que não referiram tal impacto (índice médio 1.07 / DP = 0.86), tendo o valor de $p=0,0953$. (Tabela 4)

A relação entre o DLQI e o tempo de diagnóstico (tempo que decorreu entre o aparecimento dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico) evidenciou que o grupo de pacientes com maior impacto na qualidade de vida teve um tempo médio de diagnóstico de 50,7 meses, quando comparado com os 20,5 meses dos pacientes que referiram não ter impacto na qualidade de vida, sendo estatisticamente significativo com um valor de $p=0,0442$.

A perda de sobrancelhas mostrou-se uma variável influente na qualidade de vida das pacientes: das 15 pacientes que perderam pelos na região da sobrancelha, 11 (73,33%) mostraram-se afetadas negativamente através do DLQI e das 5 pacientes que ainda apresentam sobrancelhas, 3 (60%) não relatam impacto negativo na qualidade de vida, tendo um valor de $p=0,176$. (Tabela 5)

Quando comparados os padrões da alopecia frontal fibrosante (PAFF) ao DLQI, foi verificado que a maioria das pacientes com padrão linear (7/11)

apresentaram impacto negativo na qualidade de vida no DLQI. No padrão zigzag todas as mulheres (5/5) apresentaram impacto negativo no DLQI. Na pseudofranja, apenas 1 paciente das 3 que foram classificadas com esse padrão, apresentou impacto negativo no DLQI; já para o padrão atípico tivemos apenas 1 paciente, que não apresentou impacto. (Tabela 6)

Dentre as pacientes que relataram serem portadoras de doença psiquiátrica foi verificado que a maioria (% - 83,33%) apresenta impacto negativo na qualidade de vida pelo DLQI. Em relação às que não apresentavam doença mental, a maioria também apresentou impacto, porém com uma porcentagem menor do que a do primeiro grupo (8/14 - 57.14%). Quando comparada a idade de menopausa das pacientes com o DLQI, foi observado que as pacientes com impacto na qualidade de vida tiveram uma menopausa mais precoce, apresentando média de idade de menopausa de 38.76 anos (DP=18.21) comparado a média de idade, 45.14 anos (DP=7.31), das que não apresentaram impacto (valor de $p=0,1954$).

DISCUSSÃO

A AFF é um tipo de alopecia cicatricial, variante do líquen plano pilar, que apresenta características próprias na sua expressão clínica. Sabe-se que a incidência de desta condição está aumentando no mundo de forma muito rápida, sendo considerada uma doença epidêmica.¹⁹

Vaño-Galvan *et al.* avaliaram as características clínicas de 355 pacientes com AFF²⁰, sendo 97% mulheres, das quais 86% já estavam no período pós-menopausa. Tais dados corroboram nossos achados que todos os pacientes avaliados são do sexo feminino e 85% delas estão na faixa pós-menopausa. A idade média das pacientes no estudo citado foi de 61 anos e a idade média da menopausa foi de 49 anos que também são semelhantes ao encontrado em nosso estudo. Entretanto, a população do estudo de Vaño-Galvan *et al.* foi composta por caucasianos em 98,5%, já no nosso estudo, 65% das pacientes não são caucasianas, o que pode explicado por estarmos na Região Nordeste do Brasil e nossa população apresentar características na cor da pele diferente da população europeia, o que também enfraquece a ideia inicial de ser uma condição mais comum em pacientes caucasianos.

A classificação da AFF pode facilitar na avaliação inicial do paciente quanto ao seu prognóstico. Moreno-Arrones *et al.* elaboraram uma classificação que dividiu a AFF em 3 padrões; linear, difuso e pseudofranja. Nesse estudo foi verificado que o padrão linear foi o mais frequente, seguido do padrão difuso e por último o padrão de pseudofranja²¹. Assim como no estudo referido, nossa população também apresentou uma distribuição igual na frequência dos padrões, apesar da diferença étnica. Ainda nesse estudo, foi verificado o pior prognóstico no padrão difuso, o melhor prognóstico no padrão em pseudofranja e o prognóstico intermediário no padrão linear²¹. No nosso estudo, não acompanhamos os paciente para saber a evolução deles, mas quando utilizamos o DLQI nesses pacientes observamos que os pacientes com valores mais altos no DLQI estão no grupo do padrão difuso e valores menores do DLQI estão no grupo do padrão em pseudofranja.

Em relação à idade, vários outros estudos já demonstraram que pacientes

portadores de doenças crônicas apresentam impacto negativo na qualidade de vida com o aumento da idade^{22,23,24}, já que as limitações advindas dessas doenças vão se somando com o passar dos anos²⁵. Por outro lado, nosso estudo observou que as pacientes mais jovens apresentam um valor maior no DLQI, assim como foi visto por Teixeira et al. ao estudar o impacto da acne em mulheres adultas, cuja média de idade foi 26,5 anos, e confirmar a forte correlação com atitudes e sentimentos negativos em relação à doença, levando à diminuição da autoestima e a modificações comportamentais²⁶. Isso pode ser explicado por a AFF, assim como a acne, ser uma doença estigmatizante do ponto de vista estético e causar maior impacto nas pacientes que têm uma maior preocupação com a aparência.

Em relação a distância entre a glabella e a linha de implantação, encontramos uma menor distância relacionando-se a um maior impacto na qualidade de vida. Isso se deve ao fato da recessão da linha de implantação frontotemporal acontecer de forma progressiva, logo, pacientes em fases iniciais da doença, cuja recessão da linha ainda é pequena, tendem a ser mais afetadas emocionalmente, pois ainda não passaram pelo processo de aceitação relacionado ao diagnóstico da doença. Alguns estudos feitos com pacientes portadores de diabetes mellitus, que também é uma doença crônica, corroboram com nosso achado ao relatar ocorrência de crises pessoais após o diagnóstico, sendo acompanhada de sintomas de depressão e de ansiedade, angústia, estresse, isolamento social, frustração, raiva e pessimismo em relação ao futuro^{27,28,29}.

No que diz respeito à atividade da doença, em nosso estudo foi encontrado um impacto negativo na qualidade de vida em pacientes com valores mais elevados no LPPAI, o que demonstra que a intensidade dos sinais e sintomas têm relação direta com o resultado encontrado no DLQI. Apesar do nosso p não ter sido estatisticamente significativo, notamos essa tendência e acreditamos que se a nossa amostra fosse maior, possivelmente teríamos a chance de ter um p estatisticamente significativo ao relacionarmos essas duas variáveis. Esse mesmo achado foi observado no estudo de Chiang et al, que também utilizou uma pequena amostra, e apesar de ter uma correlação positiva entre DLQI e LPPAI não obteve um resultado estatisticamente significativo¹⁴.

No nosso estudo, o grupo de pacientes que levou maior tempo para receber

o diagnóstico de AFF foi o que mais sentiu impacto em sua qualidade de vida, o que pode ser justificado por uma consequente demora no início do tratamento, afetando a evolução e prognóstico dos casos. Apesar de não existir um guideline de terapêutica para esta condição^{30,31,32} alguns tratamentos têm sido propostos, demonstrando diminuição na progressão da doença³³. Assim, vê-se que um diagnóstico precoce é um fator importante no controle da doença e no impacto na qualidade de vida.

Os pelos das sobrancelhas são vistos como de grande importância na expressão do rosto, interferindo na autoestima das pacientes quando ausentes, como evidenciou o nosso estudo, em que menores níveis de qualidade de vida foram observados nas mulheres que perderam os pelos das sobrancelhas. A aparência facial tem um papel importante na percepção de si mesmo, assim como na interação com os outros, de tal maneira que, em seu estudo sobre os efeitos psicológicos da acne, Thomas concluiu: "A longo prazo a acne pode causar cicatrizes tanto cutâneas quanto psicológicas"³⁴.

No nosso estudo foi observado um maior impacto na qualidade de vida nas pacientes que já tinham um diagnóstico prévio de doenças como depressão e ansiedade. Isso é explicado porque tais doenças naturalmente já cursam com comprometimento no funcionamento físico, social e ocupacional. Conforme observou Spitzer *et al.* ao comparar a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com transtornos psiquiátricos que procuravam serviços de saúde primários, concluiu-se que as doenças psiquiátricas, particularmente a depressão, contribuíram para maiores prejuízos na qualidade de vida do que outras condições médicas³⁵.

A AFF é mais comum em mulheres pós-menopausa e ao observar a influência da idade, foi visto que as pacientes com menopausa precoce sofreram um maior impacto na qualidade de vida. Isso pode acontecer porque a chegada antecipada da menopausa é vista como um fator perturbador para mulher, que reconhece como perda da jovialidade e feminilidade. Apesar de mudanças fisiológicas serem esperadas, nessa fase a mulher fica mais sensível, tendo uma maior predisposição à transtornos de humor, como foi observado por Schnatz *et al.* uma alta prevalência de sintomas depressivos em mulheres na meia-idade,

particularmente aquelas com condições crônicas de saúde e fatores psicossociais ou fatores estressantes importantes³⁶, como é o caso da paciente portadora de AFF.

Concluimos, então, que os nossos resultados são importantes para a análise da condição psíquica dos pacientes portadores de AFF. Por ainda ser pouco reconhecida ou bastante confundida com outras formas de alopecia na prática clínica em todo o mundo, vê-se a necessidade de mais estudos sobre AFF, pois a partir do diagnóstico correto e precoce, fatores prognósticos e melhores estratégias terapêuticas poderão ser estabelecidas.

Diante do impacto causado na qualidade de vida desses pacientes, torna-se necessário planejar estratégias para conscientizar a comunidade médica e a população em geral sobre a necessidade de um atendimento humanizado e multidisciplinar aos pacientes com AFF.

CONCLUSÃO

Avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores de Alopecia Fibrosante Frontal é essencial para elucidar a dimensão da influência que essa doença exerce na saúde mental dos pacientes. Sabe-se que as medições objetivas do estado de saúde são importantes, mas são próprias percepções do indivíduo do seu estado de saúde que traduzem a real qualidade de vida experimentada.

A partir dessa análise, pretendemos despertar na comunidade médica a necessidade de uma atenção holística no atendimento dos pacientes afetados com essa patologia, em que se preze não apenas pela satisfação estética, mas pela manutenção do equilíbrio psicológico. A AFF é uma doença crônica cada vez mais prevalente nos ambulatórios de dermatologia e ainda há poucas informações na literatura no que tange à avaliação da qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kossard S, Lee MS, Wilkinson B. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: a frontal variant of lichen planopilaris. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 36:59-66.
2. Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol.* 1994; 130:770-4.
3. 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; 163:426-8
4. Chew AL, Bashir SJ, Wain EM et al. Expanding the spectrum of frontal fibrosing alopecia: a unifying concept. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63:653-660.
5. Mirmirani P, Willey A, Headington JT et al. Primary cicatricial alopecia: histopathologic findings do not distinguish clinical variants. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:637-643
6. Vaisse V, Matard B, Assouly P, Jouannique C, Reygagne P. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia: 20 cases. *Ann Dermatol Venereol.* 2003;130:607-10.
7. 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;68:749-55.
8. Tosti A, Piraccini BM, Iorizzo M, Misciali C. Frontal fibrosing alopecia in postmenopausal women. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:55-60
9. MacDonald A, Clark C, Holmes S. Frontal fibrosing alopecia: a review of 60 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:955-61.
10. Shapiro J. Clinical practice: hair loss in women. *N Engl Med.* 2007; 357: 1620-30
11. Williamson D, Gonzalez M, Finlay AY. The effect of hair loss on quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001; 15:137-9.
12. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *Br Med J.* 2005; 331:951-3.
13. Koo J, Shellow WV, Hallman CP, Edwards JE. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol.* 1994; 33:849-50
14. Y.Z. Chiang, C. Bundy, C.E.M. Griffiths, R. Paus, M.J. Harries. 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 of Dermatology.* 2015; 172, pp130-137

15. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41:1403-10.
16. Lucy Y, Liu BA, Brittany G, Craiglow MD, Brett A, KingMD, PhD. Successful treatment of moderate-to-severe alopecia areata improves health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol.* Volume 78, Issue 3, 2018, 597-599.e2
17. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19:210-6
18. Chiang et al, 'Hydroxychloroquine and lichen planopilaris: Efficacy and introduction of Lichen Planopilaris Activity Index scoring system', *J Am Acad Dermatol* 2010;62:387-92
19. Mirmirani P, Tosti A, Goldberg L, Whiting D, Sotoodian B. Frontal Fibrosing Alopecia: An Emerging Epidemic. *Skin Appendage Disord.* 2019;5(2):90-3.
20. Vano-Galvan, Sergio et al. Frontal fibrosing alopecia: a multicenter review of 355 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2014. v. 70, n. 4, p. 670-678.
21. Moreno Garrones, O. M. et al. Frontal fibrosing alopecia: clinical and prognostic classification. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2017. v. 31, n. 10, p. 1739-1745
22. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23:1924-30.
23. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Xavier FA, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia.* 3a Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2011. p. 99-106.
24. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1177-85.
- 25.. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Ann Rev psychol* 2007; 58:565-92
26. Teixeira MAG, França ER. Mulheres adultas com acne: aspectos comportamentais, perfis hormonal e ultrassonográfico ovariano. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2007;7:39-44.
27. Marcelino, D., Carvalho, M. Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2005, 18(1), 72-77.

28. Pitts, M., Phillips, K. *The psychology of health – an introduction* (2th Ed.). 1998. London: Routledge.
29. Silva, I, Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S., et al. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde Doenças*. 2003, 4(1), 21-32.
30. Dawn G, Holmes SC, Moffat D, Munro CS. Post-menopausal frontal fibrosing alopecia. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28:43-5.
31. Naz E, Vidaurrázaga C, Hernández-Cano N, Herranz P, Mayor M, Hervella M, et al. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28:25-7.
32. Guijarro J, Silvestre JF, Ramón RL, Betloch MI, Botella R. A peculiar pattern of alopecia. *Arch Dermatol*. 2001;137:365-70.
33. Tosti A, Piraccini B, Iorizzo M, Misciali C. Frontal fibrosing alopecia in postmenopausal women. *J Am Acad Dermatol*. 2005;56:55-60.
34. Thomas DR. Psychosocial Effects of Acne. *J Cutan Med Surg*. 2004;8:3-5.
35. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV, et al. Health related quality of life in primary care patients with mental disorders. *JAMA*. 1995;274 Suppl 19:1511-7.
36. P.F. Schnatz, S.K. Whitehurst, D.M. O’Sullivan Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic *J. Womens Health*, 19. 2010, pp. 1843-1849

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Características sociodemográficas das pacientes portadoras de AFF atendidas no ambulatório de dermatologia do CEDER entre julho de 2019 a dezembro de 2019.

	N	%		N	%
Sexo			Escolaridade		
Masculino	0	0	Analfabeto	0	0
Feminino	20	100	Ensino Fundamental	4	20
Cor			Ensino Médio	13	65
Branco	7	35	Ensino Superior	3	15
Pardo	7	35	Renda Familiar		
Negro	6	30	< 1 salário mínimo	2	10
Cor (Fitzpatrick)			1 a 2 salários mínimo	14	70
1	0	0	2 a 4 salários mínimo	3	15
2	1	5	> 4 salários mínimo	1	5
3	4	20	Número de filhos		
4	8	40	0	7	35
5	7	35	1-3	8	40
6	0	0	4-5	4	20
Estado Civil			6	1	5
Solteiro	8	40			
Casado	7	35			
Divorciado	4	20			
Viúvo	1	5			

Tabela 2: Características clínicas das pacientes portadoras de AFF atendidas no ambulatório de dermatologia do CEDER entre o julho de 2019 a dezembro de 2019.

	N	%
Padrão		
Linear	11	55
ZigZag	5	25
Pseudofranja	3	15
Atípico	1	5
Perda de pelos (sobrancelhas)		
Sim	15	75
Não	5	15
Perda de pelos (braços)		
Sim	15	75
Não	5	25
Perda de pelos (pernas)		
Sim	15	75
Não	5	25
Perda de pelos (axilas)		
Sim	10	50
Não	10	50
Perda de pelos (pubis)		
Sim	8	40
Não	12	60

Tabela 3: Prevalência de impacto na qualidade de vida a partir do Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI).

	N	%
DLQI		
Com impacto na qualidade de vida	13	65
Sem impacto na qualidade de vida	7	35

Tabela 4: Correlação entre Índice de Atividade do LPP/AFF/FAPD (LPPAI) e Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI)

	Valor médio (LPPAI)	Desvio Padrão	Valor de P*
DLQI			0.0953
Com impacto na qualidade de vida	1.70	1.06	
Sem impacto na qualidade de vida	1.07	.86	

Os coeficientes foram extraídos por meio do teste de correlação de Student; *p < 0,05

Tabela 5: Correlação entre perda dos pelos das sobrancelhas e índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI)

	Com perda de sobrancelhas	Sem perda de sobrancelhas	Valor de P*
DLQI			0.176
Com impacto na qualidade de vida	11 (73.3%)	2 (40%)	
Sem impacto na qualidade de vida	4 (26.6%)	3 (60%)	

Os coeficientes foram extraídos por meio do teste de correlação de Qui-quadrado; *p < 0,05

Tabela 6: Correlação entre padrão da AFF e índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI)

	Linear	Zigzag	Pseudofranja	Atípico	Valor de P*
DLQI					0.118
Com impacto na qualidade de vida	7 (63,6%)	5 (100%)	1 (33.3%)	0	
Sem impacto na qualidade de vida	4 (36,3%)	0	2 (66.6%)	1 (100%)	

Os coeficientes foram extraídos por meio do teste de correlação de Qui-quadrado; *p < 0,05

Figura 1: Padrões da apresentação da AFF.



A: Linear, B: Zig zag, C: Pseudofranja, D: Atípico.