

**PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM ALOPECIA  
FIBROSANTE FRONTAL (AFF) ATENDIDOS EM UM  
AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA DA CIDADE DO  
RECIFE**

PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION IN DIAGNOSTIC  
PATIENTS WITH FRONTAL FIBROSING ALOPECIA (FFA) ATTENDED  
IN A DERMATOLOGY AMBULATORY IN THE CITY OF RECIFE

Carolina Oliveira Cesar de Albuquerque<sup>1</sup>, Juliana Times de Lemos Vasconcelos<sup>1</sup>, Maria Paula Fernandes do Rego Maciel<sup>1</sup>, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa<sup>1</sup>, Lucas Diniz Pacheco<sup>1</sup>.

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:** Carolina Oliveira Cesar de Albuquerque

**Telefone pessoal:** (81) 99982-5106

**E-mail:** carol\_2308@hotmail.com

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

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes portadores de AFF. **Métodos:** Foi realizado um estudo de corte transversal, no período de junho de 2019 a junho de 2020. Como instrumentos, foram utilizados três questionários: o primeiro avaliou o perfil biosociodemográfico dos entrevistados; o segundo rastreou sintomas de saúde mental, através da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS); e o terceiro mensurou o índice de atividade de doença (LPPAI). Os resultados, após analisados, forneceram o perfil epidemiológico dos entrevistados e traduziram, em score, a forma pela qual a doença afetou a saúde mental dos portadores de AFF atendidos no ambulatório de dermatologia da Santa Casa de Misericórdia do Recife. A pesquisa atendeu a todas as determinações da resolução 466/12 do CONEP e foi iniciada apenas após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. 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. Do total, 20 pacientes receberam o diagnóstico de AFF, dentre as quais a média de idade foi de 59,85 anos (com desvio-padrão de 9,51052). A idade da pessoa mais jovem foi 34 anos, ao passo que a mais velha tinha 72 anos. As pacientes que tiveram sintomas de ansiedade tinham idade média de 59,72 anos, e as que apresentaram sintomas de depressão tinham, em média, 57,66 anos. Os desvios foram de 3,29 e 3,79, respectivamente. A maioria das pacientes era solteira (40%), com filhos (65%), ensino médio completo (65%) e renda familiar variando de 1 a 2 salários mínimos (70%). O tempo médio para diagnóstico foi de 40,2 meses (6-144) e, em relação às características clínicas da AFF, o Índice de Atividade da Doença (LPPAI) teve valor médio de 1,48 (0- 4,08). A maioria (55%) apresentou o padrão linear de perda dos cabelos, além do relato da perda de sobrancelhas e de pelos nos braços e pernas (75%). 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). Das 20 entrevistadas, 60% apresentou sintomas de ansiedade e/ou depressão e 40% não apresentou sintomas relacionados a qualquer uma das duas patologias. No total, 11 pacientes (55%) tiveram pontuações compatíveis com a presença dos sintomas de ansiedade e 9 pacientes (45%) pontuaram de forma compatível à presença de sintomas depressivos. As pacientes que apresentaram sintomas de ansiedade (11/20) tiveram um tempo ligeiramente menor de diagnóstico (39,81 meses), quando comparadas ao grupo de 9 pacientes que não apresentaram sintomas de ansiedade, cujo tempo de diagnóstico foi de 40,66 meses. Da mesma forma, as 9 pacientes com sintomas de depressão apresentaram uma média de tempo de diagnóstico menor (31,33 meses) do que as 11 pacientes sem sintomas de depressão, que foram diagnosticadas após 47,45 meses. Pacientes que apresentaram sintomas de ansiedade possuíam medida da testa menor (8,1 cm) quando comparada à medida da testa das pacientes que não relataram tais sintomas. Pacientes com sintomas depressivos também apresentaram uma medida de testa menor (8,5 cm), comparada à medida de testa das pacientes que não relataram tais sintomas (9,0 cm). Nota-se, ainda, que pacientes com depressão iniciaram a menopausa com, em média, 38,7 anos (desvio 18,06), diferentemente das pacientes sem sintomas depressivos, que entraram na menopausa aos 42,8 anos (desvio de 13,4).

**Conclusão:** As alterações decorrentes da Alopecia Fibrosante Frontal repercutem negativamente na saúde mental das pacientes portadoras da patologia. Portanto, os dermatologistas devem estar atentos ao assistirem esses pacientes.

**Palavras-chave:** Alopecia; Alopecia Fibrosante Frontal; Ansiedade; Depressão.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the prevalence of anxiety and depression in patients with AFF.

**Methods:** A cross-sectional study was carried out from June 2019 to June 2020. As instruments, three questionnaires were used: the first assessed the interviewees' biosociodemographic profile; the second tracked mental health symptoms, using the hospital anxiety and depression scale (HADS); and the third measured the disease activity index (LPPAI). The results, after analyzed, provided the epidemiological profile of the interviewees and translated, in a score, the way in which the disease affected the mental health of patients with AFF treated at the dermatology outpatient clinic of Santa Casa de Misericórdia do Recife. The research complied with all the determinations of CONEP resolution 466/12 and started only after approval by the Ethics and Research Committee with Human Beings. The information obtained during the collection period was stored in Microsoft Excel 2016. Statistical analyzes with epidemiological and clinical data were performed using software R version 4.0.0. The sample was described through measures of position and dispersion, for quantitative variables, and frequency distributions for qualitative variables. Associations were analyzed using Student's t and Chi-square tests, depending on the technique required by the situation. The level of significance considered was 0.05. **Results:** Among the 20 patients, the average age was 59.85 years (with a standard deviation of 9.51052). The youngest person's age was 34, while the oldest was 72. The patients who had symptoms of anxiety were on average 59.72 years old, and those who had symptoms of depression were, on average, 57.66 years old. The deviations were 3.29 and 3.79, respectively. Most patients were single (40%), with children (65%), completed 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, and hair on arms and legs (75%). The Disease Activity Index (LPPAI) had an average value of 1.48 (0- 4.08). Eleven patients (55%) had anxious symptoms, while depressive symptoms were seen in 9 participants (45%), according to the HADS scale. **Conclusion:** The changes resulting from Frontal Fibrosing Alopecia have a negative impact on the mental health of patients with the disease. Therefore, dermatologists should be attentive when assisting these patients.

**Keywords:** Alopecia; Frontal Fibrosing Alopecia; Anxiety; Depression.

## INTRODUÇÃO

A alopecia fibrosante frontal (AFF) é um tipo de alopecia cicatricial primária que tem como característica histológica um infiltrado linfocítico na região da linha de implantação capilar, causando destruição do bulge, região onde estão presentes as células-tronco do folículo piloso<sup>1</sup>. Foi descrito pela primeira vez por Kossard, em 1994, como uma variante do líquen plano pilar, por apresentar características histológicas em comum<sup>2,3</sup>.

Clinicamente apresenta uma recessão simétrica e progressiva da linha de implantação capilar, principalmente na região fronto-temporal. Na maioria dos pacientes há acometimento de sobrancelhas e, em alguns, pode haver perda de pelos do corpo e pápulas faciais<sup>4</sup>. É comumente descrita em mulheres no período pós-menopausa, porém pode ocorrer em mulheres mais jovens e em homens<sup>5,6</sup>.

A patogênese da AFF é pouco compreendida. Sabe-se que existe uma reação autoimune<sup>7</sup> e fatores hormonais<sup>8,9</sup> que contribuem para o surgimento dessa condição, embora o mecanismo exato para o desenvolvimento da alopecia cicatricial ainda não tenha sido bem esclarecido.

O número de pacientes com AFF vem aumentando de forma globalizada nos últimos anos<sup>5,8,10</sup>, fazendo com que o dermatologista tenha papel fundamental no diagnóstico precoce, bem como no tratamento para prevenção da alopecia cicatricial.

O tratamento normalmente é desapontador, apesar de haver relatos de alguns autores com estabilização do quadro e melhora da condição com o uso de corticoides intralesionais, antibióticos, hidroxicloroquina, imunomoduladores tópicos e orais, tacrolimos e inibidores da 5-alfa-redutase.<sup>2,6,8-13</sup>

Os cabelos têm papel fundamental na autoimagem, contribuindo para que cada indivíduo tenha sua característica própria. A alopecia, principalmente na sua forma cicatricial, pode provocar um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, diminuindo sua autoestima. Esse quadro, por ser de caráter crônico com curso clínico flutuante e recidivante, pode levar à diminuição na autoestima e na autoconfiança de forma persistente, ocasionando, algumas vezes, depressão e ansiedade.<sup>14,15,16</sup>

Diversos estudos apontam para o impacto de doenças dermatológicas na

saúde mental dos pacientes. Um deles foi realizado por Chiang e cols., e avaliou o impacto do estresse psicológico, qualidade de vida e percepção da doença em pacientes com todos os tipos de alopecias cicatriciais primárias. Foi verificado que os pacientes apresentavam importante estresse psicológico, assim como qualidade de vida bastante prejudicada<sup>17</sup>.

O impacto negativo da alopecia na percepção dos pacientes pode determinar o surgimento de diversas condições clínicas e de adoecimento. Uma das alternativas encontradas para amenizar o impacto emocional da alopecia é o uso de perucas. Estas são vistas, por muitos pacientes, como um acessório fundamental para a socialização, e o seu uso faz os pacientes sentirem-se mais confiantes. Apesar de existirem pontos positivos no uso da peruca, muitos pacientes também referem que ficam preocupados se outras pessoas irão notar o uso desse acessório e se a peruca irá causar algum desconforto local ao longo do uso<sup>18</sup>.

São comuns aos diferentes tipos de alopecia a frequência de sintomas de ansiedade e depressão, porém, especificamente em relação à AFF, a literatura sobre a prevalência desses sintomas ainda é escassa. Por ser uma doença crônica, cada vez mais prevalente nos ambulatórios de dermatologia, a AFF merece uma atenção mais específica no que tange aos impactos psicológicos decorrentes dela. Por isso, decidimos realizar um estudo que avalie a prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes com essa patologia.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal no período de Junho de 2019 a Junho 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. 3.558.556) e todos os participantes que aceitaram fazer parte do estudo preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram da pesquisa 20 pacientes do ambulatório de doenças capilares do CEDER, maiores de 18 anos, com diagnóstico clínico e/ou histopatológico de AFF. 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 da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). A atividade de doença foi avaliada pelo Índice de Atividade do LPP/AFF/FAPD (LPPAI).

A HADS é uma escala auto avaliativa, cuja finalidade é dimensionar os sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes. É composta por 14 itens, voltados para a avaliação de sentimentos relacionados à prática de atividades e relações interpessoais durante a última semana. As perguntas ímpares buscam detectar sintomas de ansiedade, ao passo que as perguntas pares intencionam dimensionar os sintomas depressivos. As respostas se dão através da marcação de uma dentre 4 opções, que posteriormente foram convertidas, pelos pesquisadores, em valores de 0 a 3 pontos. Para mensurar o índice de ansiedade, as respostas das perguntas ímpares tiveram sua pontuação somada: quando o somatório encontrava-se entre 0 e 7, a paciente era considerada sem ansiedade; quando o valor total era maior ou igual a 8, por outro lado, a entrevistada era considerada com ansiedade. A mesma lógica se aplicou à mensuração do índice de depressão, cuja pontuação foi baseada

na resposta das perguntas pares.

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 GraphPad Prism 6.0. As associações foram analisadas através dos testes Mann-Whitney e t de Student. Para as correlações, foram utilizados os testes de Spearman e de Pearson. Foram consideradas significativas análises com valor de  $p < 0,05$ .



## RESULTADOS

Foram atendidos 353 pacientes no ambulatório de alopecia entre julho de 2019 e dezembro de 2019. Do total, 20 pacientes receberam o diagnóstico de AFF. As características socioepidemiológicas desses participantes estão sumarizadas na Tabela 1. Todas eram do sexo feminino, e a faixa etária variou entre 34 e 72 anos, com média de 59,85 anos (DP= 9,51). A maior parte das mulheres entrevistadas era solteira (40%), tinha ensino médio completo (65%), renda familiar variando de 1 a 2 salários mínimo (70%) e tinha filhos (65%). Já em relação à cor de pele, 7 (35%) se autodeclararam brancas, 7 (35%) pardas e 6 (30%) negras.

Em relação aos hábitos de vida, 11 (55%) praticavam 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%) eram 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, após realizada histerectomia sem ooforectomia, e 3 (15%) ainda estavam 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. A maioria das pacientes (70%) referiu não ter doença psiquiátrica.

Dentro das características clínicas da AFF (sintetizadas na Tabela 2), o tempo médio de diagnóstico foi de 40,2 meses (DP= 37.80). Foi visto que 11 (55%) pacientes tinham padrão linear, 5 (25%) tinham padrão zigzag, 3 (15%) apresentavam o padrão de pseudofranja e 1 (5%) mostrou-se com um padrão atípico. Quanto aos pelos corporais, 15 pacientes (75%) relataram perda de pelos nas sobrancelhas, braços e pernas. O mesmo não aconteceu com a perda de pelos pubianos, já que a maioria (60%) negou a perda de pelos nessa região. Metade (50%) relatou a perda de pelos nas axilas.

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%) das pacientes correlacionou o surgimento da doença a algum evento traumático da vida, e duas pacientes (10%) possuíam algum familiar diagnosticado com a doença.

Segundo os dados obtidos pela aplicação do HADS, das 20 entrevistadas, a maior parte (60%) apresentou sintomas que remetiam à ansiedade e/ou depressão, enquanto uma menor parcela (40%) não apresentou sintomas relacionados a qualquer uma das duas patologias.

No HADA (Tabela 3), que se refere às questões relativas aos sintomas de ansiedade, 11 pacientes (55%) tiveram pontuações compatíveis com a presença dos sintomas. No HADD (Tabela 4), que, por sua vez, abarca perguntas sobre sintomas de depressão, 9 pacientes (45%) pontuaram de forma compatível à presença de sintomas depressivos.

A idade não foi um fator relevante no aparecimento de sintomas: tanto as pacientes ansiosas como as não ansiosas apresentaram faixa etária muito próxima – de 59,72 e 60, respectivamente –, com um valor de  $p = 0,47$ . Já em relação aos sintomas depressivos, notou-se que as pacientes com os sintomas possuíam média de idade ligeiramente menor (57,66) do que as pacientes assintomáticas (61,63), com  $p = 0,1836$ .

A relação entre o HADA e o tempo de diagnóstico (tempo que decorreu entre o aparecimento dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico da paciente) não teve uma significância estatística ( $p = 0,4809$ ). As pacientes que apresentaram sintomas de ansiedade (11/20) tiveram um tempo ligeiramente menor de diagnóstico (39,81 meses), quando comparadas ao grupo de 9 pacientes que não apresentaram sintomas de ansiedade, cujo tempo de diagnóstico foi de 40,66 meses.

Na mesma linha de análise, segue a relação entre o HADD e o tempo de diagnóstico: as 9 pacientes com sintomas de depressão apresentaram uma média de tempo de diagnóstico menor (31,33 meses) do que as 11 pacientes sem sintomas de depressão, que foram diagnosticadas após 47,45 meses ( $p = 0,1783$ ).

A relação entre perda de sobrancelhas e HADA mostra que, dentre as 15 pacientes acometidas com alopecia nas sobrancelhas, 8 (53,33%) apresentaram sintomas de ansiedade. Das 5 pacientes que não sofreram perda de pelos na sobrancelha, 3 (60%) pontuaram positivamente com o HADA para sintomas de ansiedade ( $p = 0,063$ ).

Quando avaliamos os sintomas depressivos através do HADD nas pacientes com perda das sobrancelhas, pudemos observar que, das 15 pacientes acometidas, 9 (60%) não apresentaram sintomas de depressão associados ao quadro. Da mesma forma, das 5 entrevistadas que não perderam a sobrancelha, 3 (60%) apresentaram um valor de HADD equivalente à presença de sintomas depressivos ( $p = 0,6061$ ).

Ao analisar o comprimento da testa das pacientes, notou-se que aquelas que apresentaram sintomas de ansiedade possuíam medida da testa menor (8,1 cm) quando comparada à medida da testa das pacientes que não relataram tais sintomas (9,6 cm) –porém, o valor de  $p$  foi de 0,076.

A mesma tendência foi vista entre as pacientes com sintomas depressivos, que apresentaram uma medida de testa menor (8,5 cm) comparada à medida de testa das pacientes que não relataram tais sintomas (9,0 cm) ( $p = 0,32$ ).

Ao analisar o LPPAI nas pacientes com sintomas de ansiedade (Tabela 5), notou-se que as pacientes que tinham maior atividade da doença (índice médio de 1,58, com desvio de 0,9) apresentaram sintomas de ansiedade, comparadas às pacientes que não referiram tais sintomas (média 1,36 com desvio de 1,1), porém o valor de  $p$  não foi estatisticamente significativo ( $p = 0,3284$ ).

O mesmo foi observado em relação aos sintomas depressivos (Tabela 6), em que as pacientes sintomáticas com AFF apresentaram valores maiores no LPPAI (índice médio 1,76 com desvio de 1,25) comparados aos valores das pacientes que não referiram tais sintomas (média de 1,25 com desvio de 0,76), tendo  $p = 0,1388$ .

Quando comparados os padrões da AFF ao HADA, foi verificado que a maioria das pacientes apresentou padrão linear (11) – dentre essas, 6 (54,55%) apresentaram sintomas de ansiedade pelo HADA. Em relação ao padrão zigzag (total de 5 mulheres), 3 apresentaram sintomas de ansiedade; na pseudofranja (total de 3 mulheres), 2 apresentaram sintomas de ansiedade; para o padrão atípico, tivemos apenas 1 paciente, que não apresentou sintomas de ansiedade.

Ao ser analisada a relação entre HADD e o padrão da AFF, o padrão que apresentou maior percentual de pacientes com sintomas depressivos foi o linear (das 11 pacientes, 7 apresentavam depressão pela escala HADD). No padrão zigzag, apenas 1 paciente – do total de 5 – apresentou sintomas depressivos; no padrão pseudofranja, apenas 1 – do total de 3 pacientes – apresentou sintomas depressivos, e a paciente com padrão atípico não apresentou sintomas depressivos.

Dentre as 6 pacientes com AFF que foram diagnosticadas com alguma doença psiquiátrica, foi verificado que a maioria – ou seja, 4 pacientes (66,67%) – apresentou sintomas de ansiedade pela escala HADA e/ou sintomas de depressão pela escala HADD. Das 14 pacientes com AFF que não tinham diagnóstico fechado de doença psiquiátrica, metade (7 pacientes) apresentou sintomas de ansiedade e 5 (35,71%) apresentaram sintomas de depressão.

Quando comparada a HADA à idade de início da menopausa das pacientes, foi observado que as pacientes com ansiedade iniciaram a menopausa com, em média, 39,2 anos (desvio de 16,9). As que não tinham ansiedade tiveram uma média de idade de início da menopausa em torno de 43,1 anos (desvio de 13,9), com o  $p=0,2961$ .

Por fim, em relação ao HADD, notou-se que as pacientes com depressão iniciaram a menopausa com, em média, 38,7 anos (desvio 18,06), diferentemente das pacientes sem sintomas depressivos, que entraram na menopausa aos 42,8 anos (desvio de 13,4). O valor de  $p$  foi de 0,2864.

## DISCUSSÃO

A Alopecia Fibrosante Frontal (AFF) é uma doença crônica cada vez mais prevalente nos ambulatórios de dermatologia. No entanto, por ter sido descoberta recentemente, a AFF ainda possui uma literatura incipiente no que tange à avaliação da prevalência de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes diagnosticados.

Todas as pessoas entrevistadas eram mulheres – o que reforçou os dados da literatura, que relacionam a AFF a uma doença predominantemente feminina, contendo raros relatos de sua presença em homens<sup>18</sup>.

Diferentemente do que ocorre na variável de gênero, a baixa influência do fator idade na prevalência dos sintomas, deflagrada na presente pesquisa, não pôde ser expandida para o universo real, devido ao valor não significativo de  $p$  – tanto para sintomas de ansiedade ( $p=0,4756$ ) quanto para sintomas depressivos ( $p=0,1836$ ).

Ainda assim, a maior prevalência de sintomas depressivos revelou-se entre as pacientes mais jovens, o que possivelmente reflete a maior preocupação com a imagem por parte destas, quando comparada à importância dada à estética pelas pacientes mais velhas. Como já assinalou Zenger & Folkman (2019)<sup>19</sup>, a faixa etária compreendida até os 40 anos é marcada por menor autoestima entre as mulheres, fase a partir da qual a satisfação sobre a própria imagem se equipara a dos homens. Segundo os autores, é só, então, a partir dos 60 anos que as mulheres atingem autoconfiança razoável, superando inclusive os índices de autoestima da população masculina.

Quanto à relação entre a escala HADA e o tempo que decorreu entre o aparecimento dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico, não foi observado um valor de  $p$  estatisticamente significativo ( $p = 0,4809$ ). Entretanto, a partir dos resultados que correlacionaram um tempo de diagnóstico ligeiramente menor entre as pacientes com sintomas de ansiedade, pode-se inferir que a presença da angústia possivelmente impulsionou as pacientes à busca mais rápida pelo diagnóstico no serviço de Dermatologia.

De forma semelhante, a relação entre a escala HADD e o tempo de diagnóstico da paciente desde o início dos sintomas também não mostrou-se passível de expansão para o universo real, pois apresentou  $p = 0,1783$ . Nesse

contexto, as 9 pacientes que apresentaram sintomas depressivos levaram menos tempo até a obtenção do diagnóstico, quando comparadas às 11 pacientes que não foram enquadradas nos sintomas de depressão. Possivelmente, tendências depressivas mobilizaram as primeiras à busca pela tranquilização frente à condição, por meio do esclarecimento diagnóstico.

A maior prevalência de ansiedade e depressão entre as pacientes com valores maiores de LPPAI já havia sido atestada por Chiang e cols.<sup>14</sup>, e demonstra como as manifestações clínicas da AFF têm forte impacto na saúde mental.

Durante a análise do impacto que a perda das sobrancelhas exerceu no humor das pacientes, foi constatada uma baixa influência sobre as escalas HADA e HADD – o que foi assinalado pelos valores de  $p = 0,795$  (para a relação entre perda de sobrancelhas e HADA) e  $p = 0,436$  (para a relação entre perda de sobrancelhas e HADD). Nota-se, assim, que a consciência das pacientes a respeito da AAF – bem como das suas implicações estéticas – leva a um estado de conformação frente à perda dos pelos, o que propiciou um baixo impacto nas escalas de ansiedade e depressão das entrevistadas.

Uma das implicações da AFF é o aumento da distância entre a glabella e a linha de implantação do fio de cabelo. Como consequência, as pacientes passam a apresentar tamanho de testa cada vez maior, conforme se dá a retração do couro cabeludo.

No presente estudo, uma contradição pautou a relação entre o HADS e o tamanho da testa das pacientes: a menor prevalência de sintomas de ansiedade e/ou depressão entre as pacientes que tiveram o tamanho de sua testa aumentado pela doença. Esse resultado pode ser justificado por uma tendência já observada na rotina ambulatorial: quanto maior a distância da glabella à linha de implantação do fio, mais tempo de diagnóstico tem a paciente. Enquanto o período imediatamente após o diagnóstico é marcado por sintomas de ansiedade e/ou depressão, as fases posteriores costumam ser caracterizadas pela adaptação das pacientes às mudanças estéticas provocadas pela condição. Dessa forma, as pacientes com maior tamanho de testa acabam por não pontuar índices significativos na escala HADS.

Quanto ao padrão de apresentação da AFF (PAFF), dentre as 20 pacientes entrevistadas, 11 (55%) apresentaram padrão linear, 5 (25%) tinham padrão zigzag, e 3 (15%) demonstraram o padrão de pseudofranja. Os dados coletados estão em

consonância com a tendência de prevalência já revelada na literatura, a exemplo do observado por Moreno-Arrones et. al (2015)<sup>20</sup> em seu estudo com 242 pacientes: neste, o padrão de pseudofranja figurou como o menos frequente, ao passo que o padrão zig-zag foi o segundo mais prevalente, e o padrão linear liderou como o mais comum.

Excluindo-se o padrão atípico, todos os tipos de padrões apresentaram mais pacientes com sintomas de ansiedade – uma tendência consolidada entre as pacientes, com prevalência maior do que os sintomas depressivos, o que atesta a angústia frente aos impactos estéticos ocasionados pela AFF.

Pela relação entre o padrão da AFF (PAFF) e a HADD/HADA, é difícil, portanto, inferir se existe um padrão de acometimento mais relacionado ao sofrimento psíquico. Com exceção do padrão linear, os demais padrões de AFF apresentaram um valor de pacientes reduzido, o que pode ter dificultado a obtenção de resultados mais significativos.

Na avaliação das 6 pacientes diagnosticadas com doenças psiquiátricas, a maioria (66,67%) possuía sintomas de ansiedade pela escala HADA. Até mesmo as entrevistadas que não foram diagnosticadas com nenhuma condição psiquiátrica apresentaram sintomas de ansiedade, segundo os resultados do questionário – que deflagrou o distúrbio em 50% das entrevistadas que alegaram não ter diagnóstico fechado para nenhuma psicopatologia. Apesar da maior probabilidade de coexistência entre doença psiquiátrica e ansiedade, não podemos, no entanto, expandir essa informação devido ao  $p < 0,05$  ( $p = 0,492$ ).

No que tange à presença de sintomas de depressão, dentre as mesmas 6 pacientes diagnosticadas com alguma doença psiquiátrica, a maioria (66,67%) também apresentava sintomas depressivos, de acordo com a escala HADD. Esse resultado chama atenção para uma possível tendência depressiva aos pacientes com AFF que possuem doenças mentais. Apesar do  $p = 0,202$  encontrado na atual pesquisa, este é um fator a ser levado em consideração em futuros estudos com amostras maiores.

De acordo com Oliveira & Lemgruba (2001)<sup>21</sup>, a diminuição do nível de estrogênio típica da menopausa pode trazer, em curto prazo, sintomatologias neuropsíquicas relativas ao nervosismo, irritabilidade, depressão, diminuição da libido, falta de concentração, perda de confiança e dificuldade para tomar decisões.

Tais mudanças são esperadas, fisiologicamente, a partir dos 50 anos. Porém, a média de idade de início da menopausa entre as pacientes com ansiedade (39,27 anos) e depressão (38,78 anos), em nossa pesquisa, foi menor. Essa chegada antecipada da menopausa pode ser um fator perturbador para a mulher, visto que a percepção feminina com relação à fertilidade e envelhecimento provoca declínio físico e mental, como assinalou Hunter (1996)<sup>22</sup>.



## CONCLUSÃO

A avaliação da saúde mental de pacientes portadores de Alopecia Fibrosante Frontal (AFF) é essencial para a implementação de cuidados multidisciplinares. Sabe-se que as medições objetivas do estado de saúde são importantes, no entanto, é a autoavaliação do indivíduo a respeito de sua condição que pode traduzir o real estado de saúde mental experimentado.

O presente estudo revelou, através da análise da condição mental das entrevistadas, que a consciência a respeito da doença, por vezes, proporcionou certo conformismo diante de alguns efeitos estéticos irreversíveis. Esse contexto, aliado à maturidade conquistada com o passar dos anos, contribuiu para amortecer o impacto psicológico no que tange a variáveis pontuais, a exemplo da idade, da perda de sobrancelhas e do aumento no tamanho da testa – cujos valores de P traduziram uma influência insignificante na saúde mental das pacientes.

De outro modo, é imperativo reconhecer a estreita relação existente entre determinadas alterações clínicas e os sintomas de ansiedade e depressão manifestados pelas pacientes estudadas. Faz-se necessária, portanto, uma abordagem ao paciente, com vista a estabelecer estratégias terapêuticas que otimizem o tratamento físico e mental, bem como o planejamento de ações educativas a respeito da condição para a comunidade médica e a população em geral.

## 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 [in French]. *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 J 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.** Vañó-Galván, Sergio et al. Frontal fibrosing alopecia: a multicenter review of 355 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 70, n. 4, p. 670-678, 2014.

**19.** Zenger, Jack; Folkman, Joseph. Research: Women Score Higher Than Men in Most Leadership Skills. *Harvard Business Review*. Jun. 2019. Disponível em <https://hbr.org/2019/06/research-women-score-higher-than-men-in-most-leadership-skills>. Acesso em 19 out. 2020

**20.** Moreno-Arrones, OM et al. Frontal fibrosing alopecia: clinical and prognostic classification. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 31 (10), p. 1739-1745, Oct., 2017.

**21.** Oliveira, H.C.; Lemgruba, I. (Coord.). *Tratado de Ginecologia da FEBRASGO*. Livraria e Editora Revinter Ltda, 2001.

**22.** Hunter, M.S. Depression and the menopause. *BMJ* 313: p. 1217-1218, 1996.

## ILUSTRAÇÕES

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

| <b>Sexo</b>              |    |     | <b>Escolaridade</b>     |    |    |
|--------------------------|----|-----|-------------------------|----|----|
| Masculino                | 0  | 0   | Analfabeto              | 0  | 0  |
| Feminino                 | 20 | 100 | Ensino Fundamental      | 4  | 20 |
| <b>Cor</b>               |    |     | Ensino Médio            | 13 | 65 |
| Branco                   | 7  | 35  | Ensino Superior         | 3  | 15 |
| Pardo                    | 7  | 35  | <b>Renda Familiar</b>   |    |    |
| Negro                    | 6  | 30  | < 1 salário mínimo      | 2  | 10 |
| <b>Cor (Fitzpatrick)</b> |    |     | 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  | <b>Número de filhos</b> |    |    |
| 4                        | 8  | 40  | 0                       | 7  | 35 |
| 5                        | 7  | 35  | 1-3                     | 8  | 40 |
| 6                        | 0  | 0   | 4-5                     | 4  | 20 |
| <b>Estado Civil</b>      |    |     | 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  | %  |
|--------------------------------------|----|----|
| <b>Padrão</b>                        |    |    |
| Linear                               | 11 | 55 |
| ZigZag                               | 5  | 25 |
| Pseudofranja                         | 3  | 15 |
| Atípico                              | 1  | 5  |
| <b>Perda de pelos (sobrancelhas)</b> |    |    |
| Sim                                  | 15 | 75 |
| Não                                  | 5  | 15 |
| <b>Perda de pelos (braços)</b>       |    |    |
| Sim                                  | 15 | 75 |
| Não                                  | 5  | 25 |
| <b>Perda de pelos (pernas)</b>       |    |    |
| Sim                                  | 15 | 75 |
| Não                                  | 5  | 25 |
| <b>Perda de pelos (axilas)</b>       |    |    |
| Sim                                  | 10 | 50 |
| Não                                  | 10 | 50 |
| <b>Perda de pelos (pubis)</b>        |    |    |
| Sim                                  | 8  | 40 |
| Não                                  | 12 | 60 |

**Tabela 3:** Prevalência de sintomas de ansiedade a partir da Escala HADA

|               | N  | %  |
|---------------|----|----|
| <b>HADA</b>   |    |    |
| Com ansiedade | 11 | 55 |
| Sem ansiedade | 9  | 45 |

**Tabela 4:** Prevalência de sintomas de depressão a partir da Escala HADD

|               | N  | %  |
|---------------|----|----|
| <b>HADD</b>   |    |    |
| Com depressão | 9  | 45 |
| Sem depressão | 11 | 55 |

**Tabela 5:** Correlação entre Índice de Atividade do LPP/AFF/FAPD (LPPAI) e Escala HADA

|               | Valor médio (LPPAI) | Desvio padrão | Valor de p* |
|---------------|---------------------|---------------|-------------|
| <b>HADA</b>   |                     |               | 0.3284      |
| Com ansiedade | 1.58                | 0.98          |             |
| Sem ansiedade | 1.37                | 1.12          |             |

**Tabela 6:** Correlação entre Índice de Atividade do LPP/AFF/FAPD (LPPAI) e Escala HADD

|               | Valor médio (LPPAI) | Desvio padrão | Valor de p* |
|---------------|---------------------|---------------|-------------|
| <b>HADD</b>   |                     |               | 0.1388      |
| Com depressão | 1.76                | 1.26          |             |
| Sem depressão | 1.25                | 0.76          |             |

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

**Tabela 7:** Correlação entre perda dos pelos das sobrancelhas e Escala HADA

|               | Com perda de sobrancelhas | Sem perda de sobrancelhas | Valor de p* |
|---------------|---------------------------|---------------------------|-------------|
| <b>HADA</b>   |                           |                           | 0.795       |
| Com ansiedade | 8 (53.3%)                 | 3 (60%)                   |             |
| Sem ansiedade | 7 (46.7%)                 | 2 (40%)                   |             |

**Tabela 8:** Correlação entre perda dos pelos das sobrancelhas e Escala HADD

|               | Com perda de sobrancelhas | Sem perda de sobrancelhas | Valor de p* |
|---------------|---------------------------|---------------------------|-------------|
| <b>HADD</b>   |                           |                           | 0.436       |
| Com depressão | 6 (40%)                   | 3 (60%)                   |             |
| Sem depressão | 9 (60%)                   | 2 (40%)                   |             |

**Tabela 9:** Correlação entre padrão da AFF e Escala HADA

|               | Linear    | ZigZag  | Pseudofranja | Atípico  | Valor de p* |
|---------------|-----------|---------|--------------|----------|-------------|
| <b>HADA</b>   |           |         |              |          | 0.697       |
| Com ansiedade | 6 (54.5%) | 3 (60%) | 2 (66.7%)    | 0        |             |
| Sem ansiedade | 5 (45.4%) | 2 (40%) | 1 (33.3%)    | 1 (100%) |             |

**Tabela 10:** Correlação entre padrão da AFF e Escala HADD

|               | Linear    | ZigZag  | Pseudofranja | Atípico  | Valor de p* |
|---------------|-----------|---------|--------------|----------|-------------|
| <b>HADD</b>   |           |         |              |          | 0.285       |
| Com depressão | 7 (63.6%) | 1 (20%) | 1 (33.3%)    | 0        |             |
| Sem depressão | 4 (33.4%) | 4 (80%) | 2 (66.7%)    | 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: Zigzag; C: Pseudofranja; D: Atípico.

