



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Artigo

Formas clínicas do vitiligo em pacientes tratados no serviço de Dermatologia de centro de referência da cidade do Salvador (Bahia, Brasil)

Gabriel Augusto Araújo Vieira

Artigo de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2018.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Autores: Gabriel Augusto Araújo Vieira, Vitória Regina Pedreira de Almeida Rêgo.

Local e afiliação: Faculdade de medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Endereço: Avenida Reitor Miguel Calmon, s/n, Canela, 40110-100 Salvador - Bahia, Brasil.

Email: gabriel.augustoav@yahoo.com.br

Salvador (Bahia)
Outubro, 2018

RESUMO

Formas clínicas do vitiligo em pacientes tratados no serviço de Dermatologia de centro de referência da cidade do Salvador (Bahia, Brasil)

Introdução: Vitiligo é a discromia adquirida mais freqüente. A prevalência varia entre 0,5% e 1%, e caracteriza-se por lesões que se estabelecem acrômicas. As formas clínicas são variadas, e classificadas entre vitiligo não-segmentar, segmentar ou indeterminado, e essas com respectivas subdivisões. **Objetivo:** identificar formas e frequências clínicas de vitiligo em pacientes atendidos no ambulatório de Dermatologia do Complexo HUPES (Salvador, Bahia), associando-as a doenças autoimunes. **Métodos:** estudo observacional, descritivo, tipo série de casos, envolvendo indivíduos maiores de 18 anos. Foram realizadas entrevistas e análise de prontuários para aquisição de dados clínicos e demográficos. O vitiligo foi avaliado segundo critérios clínicos da “Vitiligo Global Issues Consensus Conference”. **Resultados:** Foram incluídos 31 pacientes com vitiligo; 27 (87,1%) pertenciam ao sexo feminino; a média de idade foi 46,6 ($\pm 14,4$). O “Vitiligo Area Scoring Index” médio foi 14,2 ($\pm 17,5$); predominaram pacientes com tempo de doença maior que 10 anos (61,3%). A forma clínica mais prevalente foi o não-segmentar generalizado (77,4%); 51,6% apresentaram menos de 11,0% de superfície corporal acometida. Sobre a ocorrência do vitiligo em concomitância com outras doenças de caráter autoimune, 25,8% possuíam tireoidites. **Conclusões:** A forma não-segmentar generalizada foi a de maior prevalência (77,42%). Oito pacientes (25,8%) possuíam pelo menos uma doença autoimune, com todos possuindo pelo menos alguma tireoidite; estes participantes se restringem aos grupos não-segmentar generalizado e universal.

Palavras chaves: 1. Vitiligo; 2. Hipopigmentação; 3. Doenças da pele.

ABSTRACT

Clinical forms of vitiligo in patients treated at the service of Dermatology of a reference centre on the city of Salvador (Bahia, Brasil)

Background: Vitiligo is the most frequent acquired dyschromia. Its prevalence varies between 0,5% and 1%, and is characterized by skin lesions that turns non-pigmented. The clinical forms are diverse, and classified as non-segmental, segmental or undetermined vitiligo, and those with its subtypes. **Objective:** identify clinical forms and frequencies of vitiligo in patients attended at the Dermatology ambulatory from Complexo HUPES (Salvador, Bahia), associating those findings with autoimmune diseases. **Methods:** observational, descriptive, case series study, evolving subjects from 18 years old. Interviews and medical charts analysis were done in order to acquire clinical and demographic database. Vitiligo was evaluated according to criteria determined on “Vitiligo Global Issues Consensus Conference”. **Results:** Were included 31 patients with vitiligo; 27 (87,1%) of them females; the average age was 46,6 ($\pm 14,4$). The mean “Vitiligo Area Scoring Index” was 14,2 ($\pm 17,5$); there was predominance of disease duration bigger than 10 years (61,3%). The most prevalent

clinical form was the non-segmental generalized (77,4%); 51,6% presented less than 11,0% of affected body surface. In regards the occurrence of vitiligo in concomitance with other autoimmune diseases, 25,8% had thyroiditis. **Conclusion:** The non-segmental generalized form had the highest prevalence (77,42%). Eight patients (25,8%) had at least one autoimmune disease, having at least one type of thyroiditis; those subjects are restricted to the groups of non-segmental generalized and universal forms.

Keywords: 1. Vitiligo; 2. Hypopigmentation; 3. Skin diseases.

INTRODUÇÃO

A pele que por muitos anos foi considerada apenas revestimento das vísceras, atualmente é considerada o maior órgão do corpo humano, constituindo 16% do peso corporal, dotada de conjunto estrutural de células, terminações nervosas, processos axonais e componentes anexos, distribuídos em vários estratos que visam proteger, regular a temperatura, recepcionar estímulos sensoriais, excretar substâncias e absorver radiação para síntese de vitamina D. Dentre este arcabouço celular, a melanina, produto do melanócito, é a substância responsável pela coloração da pele. Geralmente, os indivíduos, independente do fototipo, possuem a mesma quantidade de melanócitos, cerca de 800 a 2.300 células por milímetro quadrado a depender da região da pele. A atividade da tirosinase em converter tirosina em melanina é que determina, principalmente, a coloração da pele. Estas células se localizam principalmente entre as células do estrato basal que, juntamente com a membrana basal, separa a epiderme da derme. Além disso, a melanina protege o núcleo das células circundantes contra lesões provocadas pela radiação solar.¹

Desequilíbrios no modo como essas células se organizam e trabalham, podem gerar doenças que modificam sistêmica ou focalmente a coloração natural da pele. Estas são chamadas discromias e podem ser classificadas em leucodermias, quando há diminuição ou ausência da melanina, ou melanodermias, quando há aumento. No entanto, a pele também pode sofrer modificações de tonalidade devido a substâncias endógenas ou exógenas, tais como bilirrubina, derivados hemoglobínicos e medicamentos.²

As discromias podem ser localizadas, generalizadas ou sistêmicas; hereditárias, congênitas ou adquiridas.³ Dentre as últimas, pode-se citar o vitiligo como a mais frequente discromia existente.

O termo vitiligo é oriundo do grego ‘vitelius’ e significa vitelo, um bezerro ou boi de pouca idade. Esses animais possuem manchas brancas que seriam semelhantes às manchas cutâneas encontradas nos portadores do vitiligo. Trata-se de uma dermatose com relatos em papiros datados de 1.500 AC.⁴

Vitiligo é discromia adquirida, que afeta igualmente ambos sexos; pode iniciar em quaisquer idades, e a média da idade de acometimento varia em diferentes regiões geográficas.⁵ Elas variam de 22 anos, nos EUA⁶ e na Índia;⁷ 24 anos no Brasil;⁸ e 25 anos na Inglaterra.⁶ Atualmente, sabe-se que o vitiligo afeta em torno de 0,5%⁹ a 1%²

da população e caracteriza-se pelas manchas acrômicas devido a destruição dos melanócitos.^{10,11} Dentre as teorias para as etiologias dessa patologia, há três hipóteses bem fundamentadas: neural,¹² bioquímica¹³ e imunológica.¹⁴ Está esclarecido, dessa forma, que a doença é multifatorial, a partir do comprometimento genético, hereditário, imunológico e ambiental.¹⁵

As três hipóteses tradicionalmente aceitas e encontradas na literatura médica para explicar o vitiligo são: neural, citotóxica – bioquímica – e imunológica. Segundo a hipótese neural, fatores neuroquímicos além de inibirem a melanogênese possuem efeito tóxico sobre os melanócitos - a acetilcolina geralmente é citada como principal exemplo. Na teoria citotóxica, metabólitos intermediários da produção de melanina, tais como as quininas ou os fenóis, possuem capacidade de destruir os melanócitos. Já na teoria imunológica, a destruição dos melanócitos se daria por mecanismos autoimunes.^{2,3} Sobre esta última hipótese, diversos estudos demonstram evidências práticas a seu favor: associação com outras doenças autoimunes, detecção de autoanticorpos específicos e alterações inflamatórias nas lesões cutâneas.¹⁵

São quatro os critérios para definição de doença autoimune: ocorrência de autoanticorpos, especificidade destes autoanticorpos contra antígenos que se correlacionem com atividade de doença, capacidade dos autoanticorpos em causar lesões teciduais “*in vitro*” e reprodução da doença em modelos animais “*in vivo*”. Desta forma, o vitiligo preenche todos os critérios, por apresentar presença, especificidade e capacidade de destruição pelos autoanticorpos, além da possibilidade de reprodução em modelos animais.¹⁵

A principal manifestação clínica do vitiligo são as manchas inicialmente hipocrômicas, com o tempo se estabelecendo acrômicas com limites evidentes e bordas geralmente hiperpigmentadas e não pruriginosas.² Além da tendência à distribuição simétrica, as áreas maleolares, os punhos, região ântero-lateral dos membros inferiores, dorso das mãos, dedos, axilas, pescoço e genitália são as áreas mais acometidas. A histopatologia das lesões apresenta ausência de melanócitos na epiderme embora lesões recentes possam apresentar melanócitos dopa-positivos e grânulos de melanina em células basais.² Alguns autores defendem o aumento das células de Langerhans nas lesões.³

O diagnóstico é essencialmente clínico, embora a forte associação com doenças autoimunes justifique a solicitação de exames laboratoriais para investigar outras doenças imunológicas. Muitos estudos apontam para importância de investigar

a tireoide, por exemplo, por ser uma das mais frequentes associações.¹⁶ A lâmpada de Wood, uma lâmpada que tem arco de mercúrio que emite radiações ultravioletas sobre a pele, facilitando a visualização e extensão de regiões hipocrômicas ou acrômicas, pode ser utilizada para verificar a real extensão da afecção além de auxiliar o diagnóstico em pessoas de fototipo mais claro e permitir o diagnóstico diferencial.²

Além disso, a determinação das frequências de acometimento das diversas formas de Vitiligo, seguindo a reclassificação feita na última conferência para o tema - em Não-Segmentar, Segmentar, Indeterminado, e os respectivos subtipos -, contribui para atualização dos dados sobre a doença. O segmentar é delimitado por linha medial limitante e seguimento de um hemisfério, e clinicamente mais relacionado a pacientes jovens; o não-segmentar (antigamente conhecido por “vitiligo vulgar”), em contraposição à forma anterior, é classificado quando não se tem delimitação de hemisfério; e o indeterminado ou não classificável, quando focal (sem corresponder às características anteriores, e de foco único) ou de mucosa (também em foco único). A forma não-segmentar pode ainda ser subdividido em: acrofacial (acometimento exclusivo de extremidades – cabeça, membros superiores, membros inferiores); de mucosa (mais de um foco mucoso – ex. mucosas genitais, orais); generalizado (acometimento generalizado, porém menor que 80% do corpo); universal (maior do que 80% do corpo); misto (associado a lesão de vitiligo segmentar); variantes raras (quando não se encaixa em critérios outros). O vitiligo segmentar pode ser dividido em uni-segmentar (lesão única); bi-segmentar (duas lesões); pluri-segmentar (mais de 2 lesões).¹⁷

A classificação é de grande importância clínica, dentre outros motivos, porque diversos estudos demonstram a relação da forma clínica com características específicas da doença. O vitiligo segmentar, por exemplo, é tido como um tipo especial da doença porque

“aparece precocemente na vida, entre cinco e 30 anos de idade, e não está associado às doenças auto-imunes; enquanto a forma vulgar pode aparecer em qualquer idade e evolui geralmente por surtos muitas vezes associados à ocorrência de doenças auto-imunes, principalmente as tireoideanas (...) A forma segmentar do vitiligo mostra-se, em geral, mais resistente ao tratamento do que a forma não segmentar”.¹⁸

O tratamento pode ser tópico ou sistêmico de acordo com a forma clínica e pode envolver glicocorticóides, furanocumarinas – composto melanogênico, quando

em associação a raios UV (ex. psoralenos, como o 8-MOP) –, imunomoduladores, radiação ultravioleta e menos frequentemente, despigmentação, enxertos, entre outros.²

Dessa forma, o presente estudo justifica-se pelo interesse em identificar formas e frequências clínicas de Vitiligo no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES, Salvador, Bahia, de forma a possivelmente ajudar no manejo terapêutico futuro da doença, utilizando-se de classificação que discerne as diversas apresentações clínicas de forma atualizada, além de versar também sobre as variantes epidemiológicas, no intuito de proporcionar dados para estudos subsequentes sobre essa doença, sobre a qual faltam estudos atualizados de incidência e prevalência.¹⁴

MÉTODOS

Desenho do estudo, local, período e população-alvo

Foi realizado estudo observacional de caráter descritivo, tipo série de casos, a partir de entrevistas e análise de prontuários. A população estudada consiste de pacientes portadores de vitiligo previamente diagnosticados na presença de critério definidor, em atendimento no serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Netto, do Complexo Universitário Professor Edgar Santos (Complexo HUPES), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de 10 meses, entre Setembro de 2017 a Julho de 2018.

Os pacientes foram entrevistados no período supracitado, por uma equipe devidamente treinada pelo investigador principal, e as informações foram complementadas com análise de prontuário dos mesmos, buscando-se informações quanto a possíveis comorbidades autoimunes, em Agosto de 2018.

Critério diagnóstico definidor e critérios de seleção

O critério diagnóstico definidor utilizado foi a presença de lesão ou lesões acrómicas do vitiligo. Incluíram-se no estudo todas as pessoas maiores ou iguais a 18 anos de idade que estivessem presentes nos dias das entrevistas – de acordo com a disponibilidade do entrevistador e de visualização prévia sobre a existência de pacientes com vitiligo marcados na agenda –, no período de Setembro de 2017 a Julho

de 2018, que fossem atendidos no serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Netto para vitiligo, que tivessem o critério definidor e o diagnóstico confirmado para mesma doença, e que concordassem em participar de forma voluntária deste estudo, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2) em duas vias - com uma das vias tendo ficado com o paciente e outra com o pesquisador. Excluíram-se os indivíduos menores de 18 anos, os que não haviam diagnóstico confirmado para vitiligo, os que não eram atendidos no ambulatório para o vitiligo, e também os que não concordaram em assinar o TCLE.

Amostra foi selecionada por conveniência, nos pacientes que estivessem no ambulatório de dermatologia em questão para consulta médica ou sessão de fototerapia, seja para acompanhamento do vitiligo ou outra demanda, desde que necessariamente acompanhados pelo vitiligo naquele serviço, durante o intervalo determinado de 10 meses (Setembro/2017 – Julho/2018) – período concomitante ao intervalo de aplicação dos questionários.

Instrumentos para a coleta de dados e definição de variáveis

Aplicou-se questionário semi-estruturado (APÊNDICE 1) aos pacientes nos dias que esses estiveram presentes no ambulatório, em sala apropriada a fim de garantir a confidencialidade desses, prévia ou posteriormente à razão da visita.

Foram feitas 36 perguntas versando sobre dados sócio-demográficos: idade, cor da pele (tendo sido identificado junto ao paciente, e anotado segundo classificação de Fitzpatrick, caracterizada de I a VI), sexo (masculino ou feminino), grau de escolaridade (segundo critérios do IBGE, em: analfabeto, ensino fundamental I, ensino fundamental II, ensino médio ou ensino superior completos); perfil clínico: superfície corporal acometida (segundo-se escore VASI), localização das lesões (desenhando-se em espaço propício no questionário), fenômeno de Koebner (aparecimento de lesões similares às da dermatose após trauma), poliose (leucotríquia localizada); curso da doença: início, possível evento traumático de caráter psicossocial ao início da doença (morte de familiar ou ente próximo, perda de emprego próprio ou de familiar, divórcio próprio ou de familiar, relação relatada como conflitante com familiares), estágio evolutivo da doença no momento da entrevista (estacionário, progressão ou regressão); tratamentos anteriores, alternativos e atuais, doenças reconhecidamente associadas ao vitiligo, sendo elas as autoimunes:

tireoidites – doença de Graves, tireoidite linfocítica crônica, tireoidite de Hashimoto –, diabetes mellitus tipo I, psoríase, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, alopecia areata, doença inflamatória intestinal – retocolite ulcerativa e doença de Crohn –, anemia perniciosa, doença de Addison; e antecedentes familiares: tendo-se como parente de 1º grau pais e filhos; 2º grau irmãos, netos e avós; 3º grau sobrinhos, bisavós, tios e bisnetos; 4º grau primos, tio-avós, segundo estratificação para graus de parentesco apresentada em “Consanguinity, Inbreeding, and Genetic Drift in Italy”, Cavalli-Sforza et al., 2004. Foi definido como tratamento alternativo quaisquer tratamentos feitos pelo paciente, para além do tratamento prescrito no ambulatório médico, caracterizados nesta casuística por automedicação, com extratos e infusões de plantas, por exemplo. No curso da doença, foi definido como evento traumático de caráter psicossocial ao início da doença quaisquer eventos da vida pessoal que tiveram caráter traumático psicossocial para o participante, e que precederam o início das lesões quando este ainda se recuperava do evento. No perfil clínico, buscou-se esclarecer a localização dessas lesões e o percentual de superfície corporal acometida, seguindo-se o “Vítigo Area Scoring Index” (VASI), segundo critério definido por Hamzavi et al. (2004), caracterizando-se pelo produto da extensão corporal acometida, medido em número de mãos do pesquisador previamente definido (G.V.), pela porcentagem de discromia média das lesões que o paciente possui – sendo estabelecidas pelo mesmo autor as seguintes possibilidades de percentuais de despigmentação aproximado das lesões: 10%, 25%, 50%, 75%, 90% e 100%; de forma que: $VASI = \sum (\text{Todas as partes corporais}) [\text{Unidades de mãos}(\%)] \times [\text{Despigmentação das lesões}(\%)]$. Por fim, classificou-se a forma clínica do vitiligo seguindo o “Vítigo Global Issues Consensus Conference” (VGICC), de 2012, conforme explicitado na Introdução.

Analisou-se os prontuários dos participantes para buscar e/ou confirmar os diagnósticos de comorbidades levantadas durante as entrevistas, com enfoque às doenças autoimunes. Foi feita pesquisa dos diagnósticos registrados, em prontuário físico, em todas as especialidades médicas as quais o paciente fez consulta no Complexo HUPES. Não se levou em conta informações relatadas de outros serviços de saúde, que não estivessem registradas em prontuário.

Análise estatística

Os dados coletados foram tabulados na planilha do *software Statistical Package for the Social Sciences* para *Mac*, versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Foram realizados cálculos de frequência, medidas de tendência central e de dispersão, de acordo com os preceitos da epidemiologia descritiva para estudos de séries de casos. Foram elaborados gráficos ou tabelas para demonstração dos resultados.

Aspectos éticos

Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando-se assim todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, promulgadas pelo Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os pacientes recrutados foram convidados a participar da pesquisa mediante adequado esclarecimento sobre a natureza, os objetivos, a justificativa e os possíveis riscos e benefícios do estudo. Foi respeitada a liberdade do participante de recusar ou se retirar, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Todo participante teve seu sigilo resguardado e foram utilizados números identificadores para cada um deles, ao início da participação no estudo. Acerca dos riscos e benefícios, estão validados na literatura médica todos os procedimentos utilizados neste estudo e não implicam riscos para os indivíduos da pesquisa. Cabe ressaltar que os participantes não receberam benefícios financeiros diretos. Desse modo, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA, segundo parecer No 1.783.455 de 20/10/2016 (Anexo 1: parecer do CEP-HUPES), e a vinculação do autor comunicada ao CEP em 03/07/2017 (Apêndice 3).

RESULTADOS

Nesta pesquisa foram incluídos 31 pacientes com vitiligo; destes, 27 (87,1%) são do sexo feminino. A média de idade foi 46,6 anos \pm 14,4. O VASI médio foi 15,3 \pm 18,9. Na **tabela 1** são demonstradas características demográficas e escore VASI da amostra.

Tabela 1. Características demográficas e escore VASI de pacientes com vitiligo – Serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto/Complexo HUPES - Salvador - Setembro/2017 - Julho/2018.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS		PACIENTES (n=31)
Escore VASI		
Média ± DP		15,3 (±18,9)
Mínimo-máximo		0,05-82,0
Idade (anos)		
Média ± DP		46,6 (±14,3)
Duração do acompanhamento no C-HUPES (aproximação em anos)		
Média ± DP		7,8 (±8,3)
Sexo (n/%)		
Feminino		27 (87,1%)
Cor (n/%)		
Fitzpatrick I a III		5 (16,1%)
Fitzpatrick IV		14 (45,2%)
Fitzpatrick V a VI		12 (38,7%)
Escolaridade (IBGE)		
Analfabeto/ensino fundamental I		4 (12,9%)
Ensino fundamental II		7 (22,6%)
Ensino médio		14 (45,2%)
Ensino superior		6 (19,3%)

DP: desvio padrão; mín: mínimo; máx: máximo.

Nesta amostra predominam pacientes com tempo de doença maior do que 10 anos (19 pacientes, 61,3%), segundo estratificação presente na **Tabela 2**.

Tabela 2. Duração da doença segundo informações do paciente – Serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto/Complexo HUPES - Salvador - Setembro/2017 - Julho/2018.

TEMPO DE DOENÇA	PACIENTES (n/%)
Menos de 1 ano	0 (0,0)
1 a 4 anos e 12 meses	2 (6,4)
5 a 9 anos e 12 meses	10 (32,3)
10 anos ou mais	19 (61,3)
Total	31 (100,0)

A forma clínica mais prevalente de vitiligo foi o não-segmentar generalizado (77,4%), seguida da forma não-segmentar mista (9,7%) (**Tabela 3**). Quanto a superfície corporal acometida, e complementando dados iniciais já introduzidos na **Tabela 1** sobre o escore VASI, 16 pacientes (51,6%) apresentaram menos de 11,0%

de superfície corporal acometida, como demonstrado na **Tabela 4**, tendo estratificação para o VASI sido adaptada de publicação em vitiligo no Journal American Academy of Dermatology (Homan et al., 2009).

Tabela 3. Formas clínicas do vitiligo – Serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto/Complexo HUPES - Salvador – Setembro/2017 – Julho/2018.

FORMAS CLÍNICAS	PACIENTES (n/%)
Vitiligo (não-segmentar)	
Acrofacial	0 (0,0)
Mucosa (mais de um foco)	0(0,0)
Generalizado	24(77,4)
Universal	2(6,4)
Misto (associado com segmentar)	3(9,7)
Variantes raras	0(0,0)
Vitiligo segmentar	
Uni-segmentar	0(0,0)
Bi-segmentar	0(0,0)
Pluri-segmentar	0(0,0)
Vitiligo indeterminado não classificável	
Focal	2(6,4)
Mucosa (foco único)	0(0,0)
Total	31(100,0)

Tabela 4. Superfície corporal acometida por vitiligo segundo escore VASI – Serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto/Complexo HUPES – Salvador – Setembro/2017 – Julho/2018.

SUPERFÍCIE CORPORAL ACOMETIDA (%)*	FREQUÊNCIA (n/%)
[0,0-6,0[8(25,8)
[6,0-11,0[8(25,8)
[11,0-16,0[7(22,6)
[16,0-26[5(16,1)
≥26	3(9,7)
Total	31(100,0)

*estratificação adaptada de publicação em vitiligo no Journal American Academy of Dermatology (Homan et al., 2009).

Com relação à região de acometimento corporal, foi encontrado lesão facial em 31 pessoas (96,9%).

A ocorrência do início da doença com evento traumático de caráter psicossocial foi avaliada: 17 pacientes (54,8%) referiram esse relato. Dentre os

eventos, 9 (45,0%) estavam associados a falecimento de familiares (um ou mais), e 7 (35,0%) associados a desestruturação familiar (ex. divórcio de familiares, divórcio próprio, relação relatada como conflitante com pais).

O fenômeno de Koebner estava presente em 16 (51,6%) pessoas da amostra, e a poliose em 11 (35,5%).

O estágio evolutivo regressivo predominou, em 12 participantes da amostra (38,7%); 10 (32,3%) relataram estágio evolutivo progressivo, e 9 (29,0%) relataram estágio estacionário.

Em 27 entrevistados (87,1%), houve relato de ter feito tratamento anterior ao atual, predominando duração de 0 até 1 ano e 12 meses.

Sobre o uso de medicações anteriores, dentre os pacientes que fizeram tratamento anterior, houve relato do uso de furanocumarinas em 29 (53,7%), protetor solar em 5 (9,3%), imunomoduladores em 8 (14,8%), glicocorticosteróides tópicos em 2 (3,7%), extrato de mamacadela (fitoterápico de ação melanogênica, *Brosimum gaudichaudii*) em 2 (3,7%), e outros medicamentos (outros fitoterápicos, vitaminas C e E, melagenina).

Quanto às fototerapias em tratamentos prévios, dos pacientes que fizeram tratamento anteriormente (27, 87,1%), 3 (11,1%) fizeram fototerapia UVA, e 10 (37,0%) fizeram fototerapia UVB.

Ainda sobre tratamentos, 24 (77,4%) dos pacientes estavam recorrendo ou já recorreram aos tratamentos alternativos, não prescritos, e 19 (79,2%) relataram fazer uso eventual/irregular dessas terapias. Dentre as terapêuticas alternativas, 21 (44,7%) estavam em uso de extrato da mamacadela em diversos veículos (chá, óleo, creme etc), 11 (23,4%) em uso de infusões diversas (ex. "chá" de espinheira santa, de flor de são joão, de cipó de macaco, de canela-de-velho, de pau-resposta, de cajá, de melão etc), 6 (12,8%) em uso de seivas, como "água de umbauba" e "água de umburana", e 2 (4,3%) ingeriam fígado de cágado.

Com relação ao tratamento atual, 16 (61,3%) estavam em tratamento há menos de 2 anos, conforme estratificação da **Tabela 5**.

Tabela 5. Duração do tratamento atual no ambulatório de referência da cidade do Salvador – Serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto/Complexo HUPES - Salvador - Setembro/2017 - Julho/2018.

DURAÇÃO DO TRATAMENTO ATUAL (ANOS)	FREQUÊNCIA (n/%)
[0-2[19(61,3)
[2-6[3(9,7)
[6-11[3(9,7)
≥11	0(0,0)
Não souberam especificar	6(19,3)
Total	31(100,0)

Sobre as medicações do tratamento atual, 18 (34,6%) referiram uso de imunomoduladores (tacrolimo monoidrato), 12 (23,1%) o uso de corticosteroide tópico (halobetasol ou clobetasol), 9 (17,3%) o uso de protetor solar FPS 30 ou 60, 6 (11,5%) o uso de furanocumarinas (ex. psoralenos, como 8-MOP e trioxsalen), e 7 (13,5%) o uso de vitaminas (ex. C, D, E ou complexo vitamínico).

Com relação à fototerapia no tratamento atual, 7 (22,6%) relataram fazer fototerapia UVA, e 11 (35,5%) relataram fototerapia UVB.

Sobre a ocorrência do vitiligo em concomitância com outras doenças de caráter autoimune, foi notado tireoidites em 8 pacientes (25,8%) da amostra total estudada. No presente estudo, foram encontradas as seguintes comorbidades imunomediadas: 8 portadores de tireoidites (25,8%), 1 portador de diabetes melitus tipo I (3,2%), 1 portador de psoríase (3,2%) e 1 portador de artrite reumatóide (3,2%), com alguns dos pacientes sendo portadores de mais de 1 doença de caráter autoimune.

Com relação à ocorrência familiar do vitiligo, foi notado que 11 pacientes (35,5%) têm pelo menos 1 familiar com a doença, tendo sido encontrados, no total, 13 familiares com vitiligo. Desses, houve 5 associações (38,5%) ao 2º grau de parentesco, como mostrado na **Tabela 6** (seguindo estratificação para graus de parentesco apresentada em “Consanguinity, Inbreeding, and Genetic Drift in Italy”, Cavalli-Sforza et al., 2004).

Tabela 6. Estratificação dos graus de parentesco encontrado nos pacientes que possuem antecedentes familiares – Serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto/Complexo HUPES - Salvador - Setembro/2017 - Julho/2018.

GRAU DE PARENTESCO	FREQUÊNCIA (n/%)
1º grau	3(23,1)
2º grau	5(38,5)
3º grau	4(30,8)
4º grau	1(7,7)
Total	13(100,0)

A **Tabela 7** associa a existência das doenças autoimunes encontradas (tireoidites autoimunes, diabetes melitus tipo I, psoríase, artrite reumatóide) às formas clínicas de vitiligo, estratificando em “não-segmentar generalizado ou universal”, e “demais formas clínicas de vitiligo”. Foi contabilizado nessa tabela apenas a existência ou a ausência de doença autoimune em cada participante, para além do vitiligo, e não a quantidade de doenças autoimunes encontradas. Foi encontrado que todos os pacientes que relataram doença autoimune são portadores de vitiligo não-segmentar generalizado ou universal, notadamente formas de acometimento mais extenso.

Tabela 7. Percentual de portadores de doenças autoimunes e as formas clínicas de vitiligo nos respectivos portadores – Serviço de Dermatologia do Ambulatório Magalhães Neto/Complexo HUPES - Salvador - Setembro/2017 - Julho/2018.

FORMAS CLÍNICAS DE VITILIGO	PARTICIPANTES COM DOENÇA AUTOIMUNE (n/%)	PARTICIPANTES SEM DOENÇA AUTOIMUNE (n/%)
Vitiligo não-segmentar generalizado ou universal	8(100,0)	18(78,3)
Outras	0(0,0)	5(21,7)
Total	8(100,0)	23(100,0)

DISCUSSÃO

No levantamento bibliográfico para o tema, foram encontrados no Brasil poucos trabalhos similares para as formas clínicas do vitiligo, e não foi evidenciado estudo brasileiro similar que se utilize do escore VASI na análise do perfil clínico dos pacientes atendidos em serviços de saúde, evidenciando o ineditismo do presente estudo. Por essa razão, acredita-se ser esta casuística importante ao expor dados

clínicos sobre a doença, com o uso de escore de superfície corporal acometida (VASI, 2004) e de classificação das formas clínicas validados internacionalmente (VGICC, 2012).^{17,19}

O perfil clínico dos pacientes portadores de vitiligo encontrado no ambulatório pesquisado corroborou os achados de estudos científicos prévios com relação à forma mais prevalente em adultos, a forma não-segmentar generalizada (previamente denominada “vulgar”).^{7,8}

Com relação às demais formas clínicas de vitiligo, percebeu-se grande disparidade no percentual entre a mais prevalente e as demais formas clínicas, não obstante o fato de que sobre o vitiligo segmentar - comumente o segundo na lista de prevalências de estudos que incluem crianças e adultos - não há nenhum achado no presente estudo. É possível que isso decorra do viés de seleção dos integrantes do presente estudo, tendo incluído apenas participantes maiores de 18 anos. Estudos feitos em crianças e adolescentes demonstram que o vitiligo segmentar entra em segundo lugar, apenas após o vitiligo não-segmentar generalizado, e que as diferenças percentuais entre os dois grupos não são extremas, respectivamente: 29,0% e 34,0%.²² Além disso, uma das diferenças entre o vitiligo na infância e na vida adulta é que naquela faixa etária há proporcionalmente mais vitiligo segmentar,²³ enquanto que em estudo feito com idosos – portanto população adulta –, com amostra ampla (n=182) e notadamente maior que no presente estudo, encontrou-se apenas 4,4% de vitiligo segmentar.²⁴

Ainda em relação ao perfil clínico, suspeitou-se que a amostra reduzida do presente estudo seja o motivo para a inexistência de vitiligo não-segmentar acrofacial na amostra estudada. Isso porque em grandes estudos, a exemplo de estudo chinês que entrevistou 19.974 participantes e obteve 17.345 questionários válidos, foram encontrados 122 portadores de vitiligo, e destes, 10 (8,2%) portadores de vitiligo acrofacial.²⁵

O presente estudo, em confluência com a tendência mundial de uniformização da classificação das formas clínicas da doença, seguiu a definição proposta em 2012 pelo VGICC,¹⁷ sobre o qual existiam ainda poucos estudos. Nessa linha, este estudo buscou servir de base para que novas pesquisas fossem feitas, utilizando-se da mesma classificação.

O VASI é método recente de avaliação e estratificação do vitiligo derivado do PASI (Psoriasis Area Severity Index).¹⁹ É reconhecido como ferramenta simples, com

resultados reprodutíveis, e de extrema relevância. Apesar disso, foram encontrados poucos estudos que utilizem o VASI como método principal para classificação dos pacientes, conforme preza o presente estudo. Inclusive, este estudo adaptou a estratificação para demonstrar os resultados do VASI a partir de estudo em que foi utilizado o método da regra dos 9 – em que o correspondente a cada palma de mão do paciente acometido corresponde a 1,0% da área de superfície corpórea acometida no mesmo –²⁰, na falta de estratificação para o VASI em estudo semelhante publicado. No entanto, com relação ao VASI médio da população estudada, os valores encontrados se assemelham aos valores mínimo e máximo de VASI registrados em estudo de metodologia semelhante feito na Turquia, ainda que divergindo sobremaneira da média encontrada neste estudo, que foi de 3,7 (mínimo 0,5 e máximo 80,0) na população adulta estudada.²⁶

Estudo anterior, caso-controle e também de comparação entre as duas formas mais prevalentes de vitiligo – segmentar e não-segmentar –, não encontrou diferença estatisticamente significativa para o fenômeno de Koebner entre os grupos, e encontrou alta prevalência para o fenômeno nesse estudo (vitiligo não-segmentar, 62,2%, e vitiligo segmentar, 44,4%),²⁷ portanto próximo ao valor encontrado no atual estudo, em 16 participantes (51,6%). Em contrapartida, outro estudo encontrou valor de 21,0% para o mesmo fenômeno.²⁸

A presença de comorbidades autoimunes é algo frequentemente observado em pacientes com Vitiligo, sobretudo as tireoidites, cuja prevalência da associação gira entre 7,1 e 30,0%.²⁹ Este estudo apresentou também porcentagens semelhantes a estudo brasileiro anterior para a associação de vitiligo com psoríase, em que foi encontrado prevalência de 3,1%, em outra região demográfica do país,³⁰ mas apresentou prevalência um pouco díspar de achado encontrado em estudo feito com população norte-americana e britânica, em que foi encontrado 1,0%.⁶ Neste mesmo estudo, foi encontrado prevalência de 0,5% no que diz respeito à prevalência de associação com diabetes mellitus, e de 0,7% com relação a artrite reumatóide, prevalências menores do que no presente estudo.⁶ Na amostra do corrente estudo, 8 pacientes possuíam 1 ou mais doenças autoimunes, e dentre estes, houveram 8 (25,8%) portadores de tireoidites, 1 portador de diabetes melitus tipo I (3,2%), 1 portador de psoríase (3,2%) e 1 portador de artrite reumatóide (3,2%), todas doenças de caráter autoimune. O presente estudo foi capaz de mostrar a associação encontrada entre a patologia em estudo e as doenças supracitadas, inclusive em termos de

prevalências semelhantes a estudos anteriores, quanto à associação do vitiligo à psoríase, por exemplo. No entanto, foi limitado na medida em que a amostra não foi grande o suficiente para permitir associação do vitiligo com outras doenças autoimunes, que possuíam menores prevalências de associação, sobre as quais acredita-se demandarem amplificação do espaço amostral para serem validadas, tais quais: doença de Addison (0,4%), alopecia areata (1,1%), doença inflamatória intestinal (0,7%), anemia perniciosa (1,8%), lúpus eritematoso sistêmico (0,2%).⁶

Os resultados desta pesquisa apontaram para uma concordância com outros autores que mostraram que a prevalência de doenças autoimunes é maior nos pacientes com Vitiligo, sobretudo na forma clínica não segmentar generalizada,^{8,16,29} uma vez que essas comorbidades chegam a acometer 30,0% da população portadora de vitiligo, como supracitado,²⁹ e na população geral esse valor é de 3,2%, segundo estudo norte-americano que avaliou a população nacional dos Estados Unidos para 24 doenças autoimunes que possuem mecanismo autoimune comprovado.³¹

A literatura aponta maior associação entre a presença de doenças autoimunes e a forma não-segmentar generalizada, seguida da acrofacial e por último a segmentar.⁸ Nesta casuística a presença de doença autoimune se restringiu ao grupo com Vitiligo não-segmentar generalizado ou universal, corroborando, portanto, os achados da literatura para a forma não-segmentar generalizada como a mais prevalente.

Quanto à epidemiologia da amostra estudada é importante explicitar que, com relação à importante diferença de percentual entre os participantes femininos e masculinos, com 87,1% dos entrevistados tendo sido do sexo feminino, tem-se que essa prevalência aumentada de mulheres é repetida em diversos estudos - a exemplo de estudos que encontraram 65,9%¹⁶ e 70,4%⁶ da amostra de pessoas do sexo feminino. No entanto, já foi demonstrado por outros autores que essa variação na verdade não existe entre os gêneros, quanto ao acometimento do vitiligo, sendo portanto um vies de seleção dos estudos. Afirma-se nos estudos que abordam esse interessante fato, essa variação ser decorrente de consequências sociais,³² possivelmente a maior preocupação das mulheres com estética, e por isso, a maior busca destas por apoio médico em ambulatórios de dermatologia. Cabe levantar aqui que a sumarização do vitiligo quanto a patologia de cunho estético provém da interpretação que os autores dos estudos assumiram para a doença, no intuito de teorizar sobre a hipótese do porquê haverem mais mulheres em estudos que envolvem o vitiligo, e em nenhuma medida sumariza o vitiligo apenas enquanto doença de

caráter estético. Não obstante, é importante fazer menção à relevância de estudos atuais que relatam a associação do vitiligo a eventos traumáticos de caráter psicossocial, além de estudos que retratam a estigmatização e a discriminação sofrida pelos portadores da doença,²⁰ fazendo interdisciplinaridade com a psiquiatria, transdisciplinaridade com a psicologia, e levantando questões de aspectos holísticos para nossos pacientes que devem ser tratados enquanto um todo composto de partes entrelaçadas. Portanto, o impacto da doença na vida social do paciente faz parte da ceara de investigação médica, e deve ser devidamente encaminhado.

Ainda com relação à epidemiologia do vitiligo, foi observado neste estudo Fitzpatrick IV em 14 participantes (45,2%) e Fitzpatrick V ou VI em 12 participantes (38,7%) da pesquisa. Isso corresponde a um espaço amostral de participantes com elevado fototipo, em que a despigmentação é mais perceptível, o que causa maior impacto na qualidade de vida dessas pessoas,¹⁶ como observado no parágrafo anterior. Soma-se a isso a descoberta de que 31 pessoas (96,9%) dessa casuística possuíam lesões de vitiligo em face, por exemplo, o que é um número bastante expressivo para uma região em constante exposição. Isso remete novamente ao impacto psicossocial da doença, sempre intrínseco na maioria dos aspectos clínicos a serem discutidos sobre essa patologia. No entanto, é possível que haja um viés de seleção dos pacientes ambulatoriais, em comparação aos que não procuram serviços de saúde, quando se pensa que o acometimento facial é de maior incômodo, em comparação ao de regiões menos expostas. Ainda assim, outro estudo brasileiro também encontrou a face como um dos locais de grande prevalência, tendo sido encontrado 58,8%.¹⁶

CONCLUSÃO

Seguindo-se a nova classificação estabelecida para o vitiligo (VGICC, 2012), a forma não-segmentar generalizada é a mais prevalente nesta população estudada (77,42%), corroborando estudos científicos prévios que a coloca como a mais frequente em população adulta. Em segundo lugar, foi encontrada a forma não-segmentar mista (9,68%), seguida das formas não-segmentar universal (6,45%) e de vitiligo indeterminado focal (6,45%), em prevalências maiores do que a não-segmentar acrofacial e a segmentar – seja uni, bi ou multisegmentar -, por exemplo, não corroborando achados da literatura.

Sobre estas formas menos prevalentes na população adulta, previamente citadas, e sobre formas não encontradas neste estudo, mas que são de considerável prevalência na sociedade - variantes de vitiligo segmentar ou não-segmentar acrofacial -, acredita-se ser necessário aumentar o espaço amostral para analisá-las, nesta casuística.

Tireoidites acometeram 25,8% dos pacientes estudados. Além disso, todos os pacientes com doenças autoimunes desta casuística possuíam vitiligo não-segmentar generalizado ou universal, concordando com a literatura, em que pese o fato de que as doenças autoimunes, de forma geral, acometem mais os pacientes com vitiligo mais extenso.

Dessa forma, faz-se necessário diagnóstico precoce de doenças autoimunes nesses pacientes, de forma a antecipar o possível acometimento extenso do vitiligo, além de outras alterações no corpo que possivelmente causem grande impacto fisiológico e psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Gartner LP, Hiatt JL. Tratado de histologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
2. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
3. Azulay RD, Azulay DR, Abulafia LA. Dermatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2013.
4. Rosa EC, Natali M. Vitiligo: um problema que não pode passar em branco. Revista Saúde e Pesquisa. 2009;2(1):119-126.
5. Majumder PP, Nordlund JJ, Nath SK. Pattern of Familial Aggregation of Vitiligo. Arch Dermatol. 1993;129(8):994-998.
6. Alkhateeb A, Fain PR, Thody A, Bennett DC, Spritz R a. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in Caucasian probands and their families. Pigment Cell Res. 2003;16:208-14.
7. Das SK, Majumder PP, Chakraborty R, Majumdar TK, Haldar B, Rao DC. Studies on vitiligo I. Epidemiological profile in Calcutta, India. Genet Epidemiol. 1985;2(1):71-8.

8. Silva de Castro CC, do Nascimento LM, Olandoski M, Mira MT. A pattern of association between clinical form of vitiligo and disease-related variables in a Brazilian population. *J Dermatol Sci.* 2012;65:63-7.
9. Tarlé RG, Mira MT, Nascimento LM, Silva de Castro CC. Vitiligo Part 1. *An Bras Dermatol* 2014 Jun;89(3):461-470.
10. Le Poole IC, van den Wijngaard R, Westerhof W, Dutrieux R, Das P. Presence or Absence of Melanocytes in Vitiligo Lesions: An Immunohistochemical Investigation. *J Invest Dermatol.* 1993;100(6):816-822.
11. Van den Wijngaard RM, Aten J, Scheepmaker A, Le Poole IC, Tigges AJ, Westerhof W et al. Expression and modulation of apoptosis regulatory molecules in human melanocytes: significance in vitiligo. *Br J Dermatol.* 2000;143(3):573-581.
12. Bose S. Probable Mechanisms of Loss of Merkel Cells in Completely Depigmented Skin of Stable Vitiligo. *J Dermatol.* 1994;21(10):725-728.
13. Schallreuter K, Gibbons N, Zothner C, Elwary S, Rokos H, Wood J. Butyrylcholinesterase is present in the human epidermis and is regulated by H₂O₂: More evidence for oxidative stress in vitiligo. *Biochem Biophys Res Commun.* 2006;349(3):931-938.
14. Le Poole I, Wańkiewicz-kalińska A, van den Wijngaard R, Nickoloff B, Das P. Autoimmune Aspects of Depigmentation in Vitiligo. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2004;9(1):68-72.
15. Antelo DP, Filgueira AL, Cunha JMT. Aspectos imunopatológicos do vitiligo. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2008;36(3):125-136.
16. Nunes DH, Esser LMH. Perfil epidemiológico dos pacientes com vitiligo e sua associação com doenças da tireoide. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):241-248.
17. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T, Katayama I, Hamzavi I, Lan CCE et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2012;25(3):1-28.
18. Steiner D, Villas RT, Bedin V, Steiner T, Moraes MB. Vitiligo. *An Bras Dermatol.* 2004;79(3):335-351.

19. Hamzavi I, Jain H, McLean D, Shapiro J, Zeng H, Lui H. Parametric Modeling of Narrowband UV-B Phototherapy for Vitiligo Using a Novel Quantitative Tool. *Arch Dermatol*. 2004;140:677–83.
20. Homan MWL, Spuls P, de Korte J, Bos J, Sprangers M, van der Veen J. The burden of vitiligo: Patient characteristics associated with quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61(3):411-420.
21. Cavalli-Sforza L, Moroni A, Zei G. Consanguinity, Inbreeding, and Genetic Drift in Italy. Princeton: Princeton University Press; 2013.
22. Marinho F de S, Cirino PV, Fernandes NC. Clinical epidemiological profile of vitiligo in children and adolescents. *An Bras Dermatol*. 2013;88(6):1026–1028.
23. Kanwar AJ, Kumaran MS. Childhood vitiligo: treatment paradigms. *Indian J Dermatol*. 2012;57(6):466-474.
24. Dogra S, Parsad D, Handa S, Kanwar AJ. Late onset of vitiligo: a study of 182 patients. *Int J Dermatol*. 2005;44(3):193-6.
25. Wang X, Du J, Wang T, Zhou C, Shen Y, Ding X et al. Prevalence and Clinical Profile of Vitiligo in China: A Community-based Study in Six Cities. *Acta Derm Venereol*. 2013;93(1):62-65.
26. Solak B, Dikicier B, Consansu N, Erdem T. Effects of age of onset on disease characteristics in non-segmental vitiligo. *Int J Dermatol*. 2017;56(3):341-345.
27. Barona M, Arrunátegui A, Falabella R, Alzate A. An epidemiologic case-control study in a population with vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33(4):621-625.
28. Hann S, Chun W, Park Y. Clinical characteristics of progressive vitiligo. *Int J Dermatol*. 1997;36(5):353-355.
29. Zettinig G, Tanew A, Fischer G, Mayr W, Dudczak R, Weissel M. Autoimmune diseases in vitiligo: Do anti-nuclear antibodies decrease thyroid volume? *Clin Exp Immunol*. 2003;131(2):347–54.
30. Castro C. Prevalência de psoríase em estudo de 261 pacientes com vitiligo. *An Bras Dermatol*. 2005;80(5):489-492.
31. Jacobson D, Gange S, Rose N, Graham N. Epidemiology and Estimated Population Burden of Selected Autoimmune Diseases in the United States. *Clin Immunol Immunopathol*. 1997;84(3):223-243.

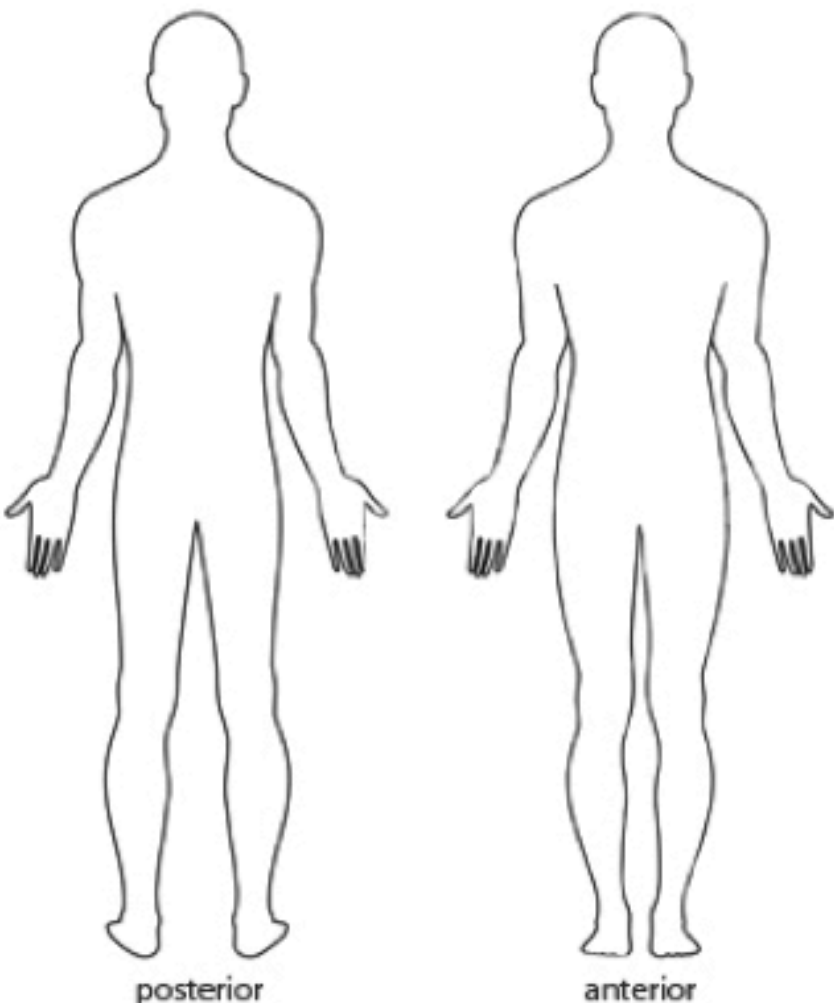
32. Sehgal VN, Srivastava G. Vitiligo: compendium of clinico-epidemiological features. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2007;73(3):149-156.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Aplicar questionário em sala apropriada a fim de garantir a confidencialidade dos pacientes. Esclarecer dúvidas a qualquer tempo e explicar/exemplificar termos técnicos do questionário abaixo.

QUESTIONÁRIO	
1- Prontuário	
2- Codificação	
3- Idade	
4- Cor	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Mulato Claro <input type="checkbox"/> Mulato Médio <input type="checkbox"/> Mulato Escuro <input type="checkbox"/> Negro
5- Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
6- Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primário <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> 3º Grau
7- Início da doença	<input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 5 anos <input type="checkbox"/> 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> > 10 anos
	Início do atendimento no Complexo Hupes:
8- Associa início da doença com evento traumático/especial (caráter psicossocial)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se sim, qual evento:
9- Superfície Corporal Acometida % (VASI score)	

10- Localização	 <p style="text-align: center;">posterior anterior</p>
11- Fenômeno de Koebner	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12- Poliose	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13- Estágio Evolutivo	<input type="checkbox"/> Estacionário <input type="checkbox"/> Progressão <input type="checkbox"/> Regressão
14- TTO anterior	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Duração: _____ Medicação: Tópica: _____ Oral: _____ Fototerapia UVA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Duração: _____ Fototerapia UVA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Duração: _____
15- TTO alternativo	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Duração: _____ Especificar: _____

16- TTO atual	Duração:		
	Medicação:	Tópica:	
	Oral:		
	Fototerapia UVA:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Fototerapia UVB:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Duração:
17- Doenças associadas	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus tipo I	<input type="checkbox"/> Psoríase	
	<input type="checkbox"/> Tireoidites	<input type="checkbox"/> Dermatite atópica	
	<input type="checkbox"/> Lúpus eritematoso vitiligoide		
	<input type="checkbox"/> Outra, qual:		
18- Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
	Se sim, qual parentesco:		
19- Formas Clínicas	Vitiligo (não-segmentar):	<input type="checkbox"/> Acrofacial <input type="checkbox"/> Mucosa (mais de um foco) <input type="checkbox"/> Generalizado <input type="checkbox"/> Universal <input type="checkbox"/> Misto (associado com Segmentar) <input type="checkbox"/> Variantes Raras	
	Vitiligo Segmentar:	<input type="checkbox"/> Uni-segmentar <input type="checkbox"/> Bi-segmentar <input type="checkbox"/> Pluri-segmentar	
	Vitiligo indeterminado o não classificável:	<input type="checkbox"/> Focal <input type="checkbox"/> Mucosa (foco único)	

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Formas Clínicas do Vitiligo em Pacientes Tratados no Serviço de Dermatologia de um Centro de Referência da Cidade do Salvador, Bahia”** sob execução do estudante Gabriel Augusto Araújo Vieira e sob responsabilidade das pesquisadoras Professora Vitoria Regina Pedreira de Almeida Rego e Juliana Dumet do Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

O motivo que nos leva estudar as formas clínicas do vitiligo é a ausência de estudos semelhantes neste hospital. O objetivo deste projeto é conhecer o perfil dos pacientes atendidos neste Ambulatório bem como identificar o tratamento ofertado para cada paciente de acordo com o seu padrão de lesão, os sucessos e falhas terapêuticas e se há ou não relação com outras doenças. Desta forma, poderemos oferecer estas informações a quem desejar avaliar os atendimentos, as terapias ou desejar desenvolver outras pesquisas que visem a melhoria da qualidade de vida dos pacientes portadores de vitiligo. Esta pesquisa será realizada através de entrevista em sala de consultório, onde será aplicado questionário de 36 perguntas apenas em dias que o paciente esteja no hospital para realização de consulta médica ou fototerapia.

Esta pesquisa oferece riscos mínimos de desconforto apenas relacionados a entrevista, quebra de sigilo e perda da confidencialidade. Para evitar este risco, todo o protocolo e demais assuntos relacionados ao estudo serão tratados com exclusividade em sala de consultório e a identificação será feita através do número do prontuário e trocados posteriormente por códigos a fim de preservar a individualidade e o sigilo do paciente. Não se fará necessária coleta de materiais ou fluidos biológicos. Se houver algum outro desconforto que necessite de intervenção, você poderá ser encaminhado(a) para outros serviços deste hospital através de formulário de interconsulta expedido por médico(a) deste serviço.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa a qualquer momento que desejar outras informações, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento

ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e não acarretará em perda ou dano para você.

Os formulários contendo as respostas do questionário serão analisados por estudantes e professores com interesses apenas científicos. Logo, suas informações pessoais serão tratadas profissionalmente sem quebra de sigilo. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados e publicados em meios científicos visando a divulgação dos nossos resultados em benefício da ciência. Também poderá ser enviado a você, caso desejar. Seu nome não será revelado e sua identidade não será veiculada em nenhuma publicação. Uma cópia deste consentimento ficará arquivada neste Ambulatório por cinco anos e outra via ficará com você.

A sua participação neste estudo não acarretará dano financeiro além de não ser permitida a disponibilização de nenhum tipo de recompensas.

Em casos de dúvidas você poderá estar entrando em contato com os pesquisadores nos telefones e endereços identificados abaixo ou com o Conselho de Ética em Pesquisa - HUPES.

Serviço de Dermatologia – Ambulatório Magalhães Neto: Rua Augusto Viana, nº, Canela – Salvador BA – CEP: 40110-060. Telefone (71) 3283-8360.

Comitê de Ética em Pesquisa – Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos: Rua Augusto Viana, nº, 1º andar, Canela – Salvador BA – CEP: 40110-060. Telefone (71) 3283-8043.

____/____/____

PARTICIPANTE	ASSINATURA	DATA
--------------	------------	------

____/____/____

VITORIA REGO (71) 99968-4501	ASSINATURA	DATA
---------------------------------	------------	------

____/____/____

GABRIEL VIEIRA
(71) 99164-5788

ASSINATURA

DATA

APÊNDICE 3

VINCULAÇÃO DO AUTOR AO TRABALHO



Complexo
HUPES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
Rua Augusto Viana, s/n, Canela, CEP: 40110-060, Salvador - Bahia
Tel.: ++ 55 71 3283.8000



EMENDA

Salvador

Ilma. Profa. Dra. Regina Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa,
Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos- UFBA

Título da Pesquisa: Formas Clínicas do Vitiligo em Pacientes Tratados em
Dermatologia de um Centro de Referência da Cidade do Salvador, Bahia

Pesquisador Responsável: Juliana Dumêt Fernandes

Assunto: Emendas 1 e 2 ao protocolo

Cronologia de Revisão do Protocolo:

Número da Emenda	Data da Emenda	Alterações
Emenda 1	03-07-2017	Inclusão para coleta de dados
Emenda 2	03-07-2017	Extensão da pesquisa para o ano de 2018

Revisões desta emenda:

- 1) Inclusão de pesquisadores: Vitória Regina Pedreira de Almeida <http://lattes.cnpq.br/0364583887001780>, e Gabriel Augusto Araujo <http://lattes.cnpq.br/4870831317944546>.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
Rua Augusto Viana, s/n, Canela, CEP: 40110-060, Salvador - Bahia
Tel.: ++ 55 71 3283.8000



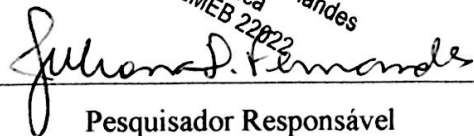
b. Cronograma atualizado

Identificação da Etapa	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Elaboração e Submissão de Projeto	21/09/2016	31/10/2016
Pesquisa com Pacientes	01/09/2017	30/12/2017
Elaboração de Relatório Parcial	01/01/2018	31/03/2018
Sistematização dos Achados	01/01/2018	30/06/2018
Interpretação de Resultados	01/01/2018	30/06/2018
Elaboração de Relatório Final	01/06/2018	30/09/2018
Finalização do Estudo	01/09/2018	30/09/2018

c. Justificativa

As alterações se justificam pela necessidade de ampliação de prazo para Juliana Dumêr Fernandes, coordenadora do projeto, afastada por maternidade. Em decorrência desse fato, vê-se necessária a extensão do projeto. Além disso, 2 novos pesquisadores estarão compondo o grupo para compartilhar das tarefas de pesquisa, como segue o cronograma a seguir.

Juliana Dumêr Fernandes
Médica
CREMEB 22022


Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO 1

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS-
UFBA - HUPES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Formas Clínicas do Vitiligo em Pacientes Tratados no Serviço de Dermatologia de um Centro de Referência da Cidade do Salvador, Bahia.

Pesquisador: Juliana Dumêt Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57168216.2.0000.0049

Instituição Proponente: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.783.455

Apresentação do Projeto:

Vide Parecer 1.697.344.

Objetivo da Pesquisa:

Vide Parecer 1.697.344.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide Parecer 1.697.344.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide Parecer 1.697.344..

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Parecer 1.697.344.

Recomendações:

Vide Parecer 1.697.344.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise dos documentos apresentados temos a informar que:

Em relação ao TCLE:

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1ª Andar
Bairro: Canela **Município:** SALVADOR **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Telefone:** (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.783.455

1) No 4º parágrafo, mudar a palavra "perna" por perda - ATENDIDO;

2) Sobre os riscos da pesquisa, ressalta-se que a quebra de sigilo e perda de confidencialidade podem ocorrer. Medidas como exclusividade de sala pra a entrevista podem reduzir este risco e devem ser garantidas durante a aplicação do protocolo do estudo. Esse risco deve ser acrescido no TCLE e no protocolo, deixando claro as medidas que serão tomadas para minimizá-lo, conforme preconiza o item IV.3.b da Resolução 466/2012 - ATENDIDO;

3) Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local, conforme especifica o item IV.5.d da Resolução 466/2012 - ATENDIDO;

Sobre o Questionário de pesquisa:

1) Criar um sistema de codificação interna que não necessite apontar a identificação do paciente no questionário de coleta, afim de manter o sigilo dos mesmos (vide item 2 do parecer acerca do TCLE) - ATENDIDO;

2) Deixar claro no método como será aplicado o questionário, já que constam nos mesmos termos técnicos que podem não estar claros aos pacientes - ATENDIDO;

Sobre o projeto:

1) Atualizar o cronograma, conforme o limite de tempo atual. Para tal considere o período de 15 dias para a análise de pendências por este Comitê, após ressubmissão do protocolo - ATENDIDO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS-
UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 1.783.455

aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Situação: Projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633143.pdf	21/09/2016 01:26:19		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSCENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO2.docx	21/09/2016 01:25:55	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3_Projeto2.docx	21/09/2016 01:25:24	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Outros	Lattes_Leonardo.pdf	17/06/2016 21:32:04	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Outros	Lattes_Juliana.pdf	17/06/2016 21:30:45	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Equipe.pdf	17/06/2016 21:28:21	Leonardo Bispo Pires	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	17/06/2016 21:26:18	Leonardo Bispo Pires	Acelto

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela CEP: 40.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. EDGARD SANTOS-
UFBA - HUPES



Continuação do Parecer: 1.783.455

Ausência	TCLE.pdf	17/06/2016 21:26:18	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Outros	Termo.pdf	17/06/2016 21:21:16	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Outros	Carta.pdf	17/06/2016 21:18:39	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3_Projeto.doc	17/06/2016 21:05:40	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Outros	1_Carta_de_Encaminhamento.pdf	17/06/2016 20:58:37	Leonardo Bispo Pires	Acelto
Folha de Rosto	2_Folh_De_Rosto.pdf	17/06/2016 20:55:49	Leonardo Bispo Pires	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

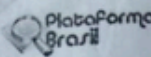
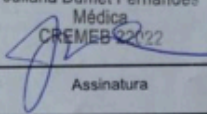
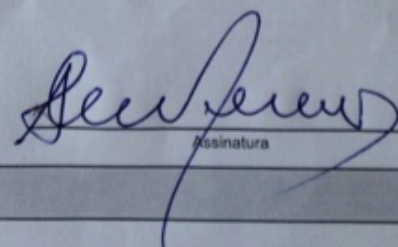
SALVADOR, 20 de Outubro de 2016

Assinado por:
REGINA SANTOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@gmail.com

ANEXO 2

CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO COMPLEXO HUPES

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: Formas Clínicas do Vitiligo em Pacientes Tratados no Serviço de Dermatologia de um Centro de Referência da Cidade do Salvador, Bahia.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 100	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Juliana Dumêr Fernandes			
6. CPF: 796.795.365-72	7. Endereço (Rua, n.º): Rua Doutor João Garcez Fróes, 102 Ondina Apto. 101 SALVADOR BAHIA 40170040		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (71) 9986-6364	10. Outro Telefone:	11. Email: jdumet@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>20 / 05 / 2016</u>		Juliana Dumêr Fernandes Médica CREMEB 92022  Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA		13. CNPJ: 15.180.714/0002-87	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (71) 3283-8141	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>Antônio Carlos Moreira Lemos</u>		CPF: <u>217276270-91</u>	
Cargo/Função: <u>Superintendente</u>		 Assinatura	
Data: <u>15 / 06 / 2016</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			
Prof. Dr. Antônio Carlos Moreira Lemos Superintendente EBSERH / HUPES Matrícula: CIBDF 0286092			