



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**MAQUIAGEM CORRETIVO TERAPÊUTICA: ELABORAÇÃO E  
APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA SAÚDE MENTAL**

Larissa Pires Ruiz

São Carlos  
2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**MAQUIAGEM CORRETIVO TERAPÊUTICA: ELABORAÇÃO E  
APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA SAÚDE MENTAL**

Larissa Pires Ruiz

Texto apresentado à banca de defesa do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis.

São Carlos  
2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Larissa Pires Ruiz, realizada em 21/05/2020.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis (UFSCar)

Prof. Dr. Hélio Amante Miot (UNESP)

Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto (UFSCar)

Prof. Dr. Marcos Maciel Junior (UNICAMP)

Profa. Dra. Fernanda Castanho Calixto (Paradigma)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia.



Esta pesquisa teve parceria com o Grupo Boticário, que doou os produtos cosméticos utilizados.



Esta pesquisa teve financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

*Dedico este trabalho a todos que já sofreram, se odiaram, se esconderam, se mutilaram e adoeceram na tentativa de apenas conviver com o próprio corpo. Sinto muito pela sua dor, seja ela na pele, na forma, na cor ou no tamanho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as mulheres que participaram deste estudo, doando seu tempo, compartilhando suas experiências, expondo suas fragilidades e me ensinando como aprenderam a conviver com suas dores.

Aos meus pais, Benjamim e Sonia, que sempre acolheram com amor minhas dores, me instruíram e incentivaram desde criança a buscar o conhecimento, sem me esquecer de sua função: transformar e contribuir. Aos meus irmãos, Jaqueline e Guilherme, que participaram de muitas etapas da minha vida acadêmica em São Carlos, seguindo também nossos modelos paternos de responsabilidade, respeito e afeto.

Ao meu noivo, Aduino, e a minha filha, Sarah, que foram pacientes nas incontáveis horas de ausência (física e emocional) para dedicação a este trabalho, sempre compassivos frente às oscilações de humor e cansaço. Obrigada por terem sido minha fonte de amor, alegria, descanso e força.

Aos meus amigos e colegas de laboratório, que me encorajaram a continuar, me ajudaram em cada dificuldade a perceber a relevância da minha contribuição para a ciência, minha capacidade de autonomia e resiliência.

Aos professores, em especial minha orientadora, Jesus, e funcionários da UFSCar, DPsi e PPGPsi, que ofereceram todo suporte e infraestrutura para que este trabalho pudesse ser realizado.

Ao final desta jornada, no dia 21 de maio de 2020, recebi meu tão esperado título de doutora, e, para minha surpresa, no mesmo dia, a notícia de que estou grávida. Se este texto fosse a conclusão de um livro, eu nomearia “uma pandemia, um doutorado e um bebê”. Que a nova jornada seja tão enriquecedora quanto as anteriores.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte desta empreitada, minha gratidão. Aos que farão parte das próximas jornadas, meu amor.

*A “beleza” não é universal, nem imutável, embora o mundo ocidental finja que todos os ideais de beleza feminina se originam de uma Mulher Ideal Platônica. As qualidades que um determinado período considera belas nas mulheres são apenas símbolos do comportamento feminino que aquele período julga ser desejável. O mito da beleza de fato sempre determina o comportamento, não a aparência.*

*(Naomi Wolf)*

Ruiz, Larissa Pires. **Maquiagem Corretivo Terapêutica**: elaboração e aplicação de um protocolo para saúde mental. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.

## RESUMO

Em doenças crônicas como o vitiligo, o portador tem ferramentas de tratamento restritas, ineficazes, com poucos resultados ou sem remissão completa da doença. É possível compreender a vulnerabilidade dos portadores e o efeito do vitiligo não por sua nocividade ao organismo, mas pelo seu efeito sobre o ambiente: imprevisibilidade da estimulação aversiva produzida por questões culturais, reações de rejeição, curiosidade, preconceito e estigma, experiências que levam a quadros de ansiedade, depressão, isolamento social e baixa autoestima. Este trabalho consistiu na elaboração e na aplicação de um protocolo de intervenção psicoterapêutica e cosmética que instalasse repertórios para aumento do controle dos participantes sobre algumas variáveis do ambiente em que vivem, ampliando, assim, comportamentos e reações disponíveis nessas situações, reduzindo a estimulação aversiva e aumentando a produção de estimulação prazerosa. As atividades incluíram acolhimento, anamnese, psicoeducação, ensino e treino de técnicas em habilidades sociais, autoconhecimento, autopercepção, autocontrole, autoestima, regulação emocional, tomada de decisão, resolução de problemas, autocuidado, autonomia, saúde e cuidado dermatológico, cosméticos e automaquiagem. Seus impactos foram avaliados em uma população de oito mulheres adultas portadoras de vitiligo considerando indicativos das seguintes variáveis: 1) convivência com o vitiligo, rotina de autocuidados e tratamentos; 2) medidas de bem-estar físico e mental; 3) medidas de incidência e incômodo das manchas; 4) medidas de saúde mental; 5) medidas de qualidade de vida; 6) medidas de autoestima; e 7) análises funcionais das queixas e dos ganhos psicoterapêuticos identificados. Após a inserção dos procedimentos, foram observadas em todas as participantes redução de até 53% nos escores de depressão, redução de até 88% nos escores de ansiedade social, aumento de até 75% no indicativo de autoestima e ganhos de até 48,89% em qualidade de vida. Regiões mais expostas e íntimas tiveram maiores indicativos de incômodo com as manchas; para todas as participantes, após a intervenção, a redução do incômodo foi de até 59%, incluindo todas as regiões, até mesmo as sem manejo físico (cosmético). De modo geral, os *feedbacks* de todas as participantes apontaram sentimentos de maior controle sobre sua condição e domínio de mais ferramentas para conviver bem com o vitiligo.

**Palavras-chave:** Vitiligo. Autoestima. Ansiedade. Depressão. Qualidade de vida. Maquiagem. Análise do Comportamento. Estética.



Ruiz, Larissa Pires. **Therapeutic Corrective Makeup**: elaboration and application of a mental health protocol. 2020. Thesis (Ph.D. in Psychology) – Psychology Postgraduate Program, Federal University of São Carlos, São Carlos, 2020.

## **ABSTRACT**

In chronic diseases, such as vitiligo, the patient has restricted, ineffective treatment tools with a few results or without the disease's remission. It is possible to comprehend the patient's vulnerability and the vitiligo's effect, not only for its harmfulness to the individual's organism, but for its effect over the environment: the aversive stimulations unpredictability produced by cultural matters, rejection reactions, curiosity, prejudice and stigma that leads to anxiety, depression, social isolation and low self-esteem. This study consisted of the elaboration and application of a psychotherapeutic and cosmetic intervention protocol that installed a body of work to increase the participants control over some personal environment variables. This protocol aimed to expand the individual's available behaviors and reactions for such situations, reduce aversive stimulation and increase the production of pleasant stimulation. The activities included reception, anamnesis, psychoeducation, teaching and training of social skills techniques, self-knowledge, self-perception, self-control, self-esteem, emotional regulation, decision-making, problem-solving, self-care, self-sufficiency, health and dermatological care, cosmetics and self make-up. Its impacts were evaluated in a population of 8 adult women with vitiligo disease, indicatives of the following variables were assessed: 1) living with vitiligo, self-care routine and treatment; 2) physical and mental well-being measures; 3) spots incidence and discomfort; 4) mental health assessments; 5) quality of life assessments; 6) self-esteem assessments; and 7) functional analysis of complaints and identified psychotherapeutic gains. After the procedures application it was observed for all the participants reduction of the depression scores up to 53%, reduction of the social anxiety scores up to 88%, increase of 75% in the self-esteem indicative and gains up to 48,89% in quality of life. More exposed and intimate areas had the higher spot discomfort indicatives; for all of the participants, after the intervention, the discomfort decrease was up to 59%, including all the areas, even those without any physical handling (cosmetic). In general, for all the participants assessed the feedback was of feelings of having more control over the condition and with more tools to live well with vitiligo disease.

**Keywords:** Vitiligo. Self-esteem. Anxiety. Depression. Quality of Life. Make-up. Behavior Analysis. Esthetic.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Resultados obtidos na Escala de diferencial semântico, estabelecida por meio da seleção de adjetivos que melhor autodescreviam como as participantes estavam se sentindo no início do primeiro encontro e ao final do terceiro encontro..... **64**

**Figura 2** - Percentis de incômodo geral nos quatro níveis de exposição (Nível 1: manchas com alta exposição; Nível 2: manchas com média exposição; Nível 3: manchas com baixa exposição; Nível 4: manchas nas áreas íntimas (que foram excluídas do Nível 3 e transferidas para o 4: nádegas – número 19, seios – número 7, região genital – número 9), segundo avaliações do IIMV obtidas no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes (com indicação do surgimento de novas manchas) ..... **66**

**Figura 3** - Percentil dos escores, na avaliação de Depressão do PROMIS II, obtidos no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes..... **69**

**Figura 4** - Frequência de indicadores de cuidado nas avaliações pré e pós-teste nos 13 domínios avaliados pelo PROMIS I para todas as participantes ..... **71**

**Figura 5** - Escores de ansiedade social indicados pelo instrumento de Liebowitz (LSAS), obtidos na avaliação do primeiro encontro (pré-teste) e na avaliação final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes ..... **73**

**Figura 6** - Percentil nos quatro domínios e no total do escore na avaliação de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-Bref e percentil do escore total na avaliação de Qualidade de Vida pelo VitiQoL, obtidos no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes ..... **75**

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Identificação da participante (P), idade (anos), classificação sócio econômica (CE, segundo Questionário Critério Brasil (2016)), estado civil (EC), tempo de convívio com o vitiligo (TC, em anos), cosméticos que utilizava em sua rotina antes da intervenção (Cuidados Pré), tratamentos já realizados para vitiligo (prescritos ou não por um médico) e domínios rastreados, antes da intervenção, pelo PROMIS I, em que a participante indicou necessidade de maior investigação (sublinhados os com maior incidência, ou seja, verificados em mais de 75% das participantes).....	<b>47</b>
<b>Quadro 2</b> - Delineamento do procedimento: etapas, objetivos gerais e materiais .....	<b>57</b>
<b>Quadro 3</b> - Delineamento do procedimento: etapas, objetivos gerais e materiais .....	<b>59</b>
<b>Quadro 4</b> - Análise funcional das principais queixas das participantes .....	<b>78</b>
<b>Quadro 5</b> - Análise funcional dos principais objetivos atingidos pelo protocolo (ganhos) pelas participantes.....	<b>82</b>

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Porcentagem de ganho de autoestima a partir dos escores obtidos no pré e no pós-teste por meio de dois instrumentos distintos, Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e Domínio Psicológico Autoestima (incluso no WHOQOL-Bref). O percentil negativo indica diminuição do escore de autoestima ..... **76**

# SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	13
<b>Capítulo 1: Psicologia e Estética</b> .....	15
Saúde mental, análise do comportamento, cultura e estética.....	15
Subjetividade, sentimentos, autoconhecimento e autoestima .....	20
Vitiligo, depressão e ansiedade.....	28
Protocolos de atendimento em psicoterapia.....	31
Protocolos de atendimento com cosméticos .....	37
<b>Capítulo 2: Método</b> .....	44
Participantes.....	44
Local/Instrumentos .....	49
Procedimentos.....	53
Procedimentos de intervenção.....	54
Procedimentos de avaliação .....	58
<b>Capítulo 3: Resultados</b> .....	61
Medidas de Convivência com Vitiligo, Rotina de autocuidados e Tratamentos.....	61
Medidas de Bem-estar Físico e Mental.....	62
Medidas de Incidência e Incômodo das Manchas .....	65
Medidas de Saúde Mental.....	68
Medidas de Qualidade de Vida.....	74
Medidas de Autoestima .....	76
Análise Funcional (Queixas e Ganhos) .....	76
Outros resultados .....	86
<b>Capítulo 4: Discussão</b> .....	87
<b>Considerações finais</b> .....	107
<b>Referências</b> .....	108
<b>Anexos</b> .....	117
<b>Apêndices</b> .....	142

## INTRODUÇÃO

Características físicas ou condições estéticas (dermatológicas, pigmentares, deficiências físicas, más-formações, peso, altura, entre outras) geram demandas sociais e pessoais para o indivíduo ao fornecerem estímulo visual para outras pessoas, que nem sempre têm conhecimento sobre o estado físico do outro, produzindo curiosidade, preconceito e estigma. Ao descrever como a aparência e a estética afetam os repertórios comportamentais, é possível não só entender o seu impacto em saúde mental, sofrimento e dificuldades, mas também desenvolver estratégias de enfrentamento e manejo social, como elaboração de protocolos, cartilhas, treinamentos, entre outros conteúdos que visem discutir e ensinar repertórios de acolhimento, aceitação, autoconhecimento, autopercepção, resiliência, autocuidado, autoestima, autoconfiança, habilidades sociais, entre muitos outros possíveis.

O presente estudo discutiu possibilidades de intervenção com a elaboração de um protocolo baseado nas seguintes estratégias: 1) análises funcionais das pacientes (identificação de contingências atuais e do modo como se estabeleceram a partir de sua história); 2) identificação e promoção de reforçamento diferencial para outras classes de comportamentos que propiciem melhores condições de reforço e favoreçam o autoconhecimento (especialmente para os determinantes de repertórios de baixa autoestima); 3) elaboração de novas autorregras pelas participantes; 4) exposição gradativa a novas situações; 5) produção de mudança comportamental e reformulação de conceitos sobre si (decorrentes da história de contingências coercitivas e/ou punitivas); 6) aprendizagem de novos repertórios (autocuidado, habilidades sociais, automaquiagem, entre outros); 7) previsão e seleção de comportamentos mais adequados para determinada situação, de modo a conviver de forma harmoniosa com o ambiente social.

Considerando os dados relativos ao sofrimento afetivo e emocional do portador de vitiligo e os resultados de intervenções já descritas na literatura, a pesquisa visou contribuir para a compreensão comportamental de condições estéticas e de saúde mental por meio da elaboração de análises funcionais de contingências associadas ao vitiligo (queixas, dificuldades, sofrimentos, experiências, entre outras descrições da população), bem como identificar fatores de resiliência (repertório adaptativo, protetivo e funcional). A partir dessa compreensão de aspectos estéticos e psicológicos, propôs-se um protocolo com recursos claros e bem-descritos que favoreçam intervenções com maior possibilidade de acessibilidade, replicação e

efetividade. O protocolo envolveu elaboração e condução de atividades psicoterapêuticas diversas. Em alguns momentos, a técnica recorreu ao uso de cosméticos e foi nomeada de Maquiagem Corretivo Terapêutica (MCTe).

No Capítulo 1, *Psicologia e Estética*, foram apresentados conceitos essenciais para a compreensão da literatura usada como referencial na construção do protocolo, como a concepção e a mensuração de saúde mental; a fundamentação teórica a partir de conceitos da análise do comportamento, uma abordagem da psicologia; a compreensão da cultura e sua relação com a beleza e a estética; a exploração dos conceitos de subjetividade, sentimentos, autoconhecimento e autoestima; os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do vitiligo; os estudos que correlacionam vitiligo e transtornos comportamentais (depressão, ansiedade); e a exploração de trabalhos que utilizaram protocolos de atendimento em psicoterapia e atendimento com cosméticos.

No Capítulo 2, *Método*, foram descritas características diversas das participantes, tais como idade, tempo de convívio com o vitiligo, tratamentos já realizados, entre outros, e ainda o local de aplicação do protocolo, os instrumentos utilizados para a mensuração de diversos aspectos físicos e psicológicos das participantes e o detalhamento dos procedimentos realizados durante a pesquisa, incluindo procedimentos de intervenção e de avaliação dos resultados.

Extensos e ricos, os dados obtidos foram observados no Capítulo 3, *Resultados*, no qual organizaram-se nas seguintes categorias para melhor compreensão: Medidas de Convivência com Vitiligo, Rotina de autocuidados e Tratamentos; Medidas de Bem-estar Físico e Mental; Medidas de Incidência e Incômodo das Manchas; Medidas de Saúde Mental; Medidas de Qualidade de Vida; Medidas de Autoestima; Análise Funcional (Queixas e Ganhos); e Outros resultados.

O Capítulo 4, *Discussão*, e as *Considerações finais* correlacionaram hipóteses (levantadas a partir do referencial teórico encontrado na literatura e organizado nas *Referências*), objetivos, resultados, limitações e possibilidades. Todos os materiais e instrumentos utilizados e/ou construídos durante a elaboração do protocolo e da intervenção foram sistematizados nos *Anexos e Apêndices*.

# CAPÍTULO 1:

## PSICOLOGIA E ESTÉTICA

### **Saúde mental, análise do comportamento, cultura e estética**

A Organização Mundial da Saúde (OMS), criada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, articula desenvolvimento e promoção de saúde para todos os povos. É importante ressaltar que o critério para saúde, segundo a organização, considera não apenas a ausência de doenças, como também um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Sendo assim, saúde mental tornou-se um critério relevante para saúde global, atento à presença de habilidades cognitivas e emocionais, à inserção funcional na sociedade, à competência em demandas da vida diária e ao ajustamento a diversos contextos. A qualidade de vida pode ser considerada, portanto, um aspecto importante da saúde que inclui funcionamento físico (sintomas, dificuldades funcionais), estado psicológico (funções emocionais e cognitivas) e interação social (trabalho, atividades diárias, relações sociais) (APA, 2014; TEOVSKA; ELEFTHERIADOU; GUARNERI, 2012).

Observar a ausência de saúde mental nos leva a fazer associações com transtorno mental; embora nenhuma definição seja capaz de capturar todos os aspectos envolvidos, é possível compreendê-lo por suas caracterizações: perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento e incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2014; DAL POZ; GUPTA; QUAIN; SOUCAT, 2009).

A Associação Americana de Psiquiatria [*American Psychiatric Association*] (APA) é uma das principais organizações científicas e profissionais que representam a psicologia. Seus membros são pesquisadores, educadores, médicos, consultores e estudantes que têm como objetivos utilizar a psicologia como ferramenta de impacto positivo em questões sociais críticas, promover avanço, comunicação e aplicação da ciência psicológica para beneficiar a sociedade, desenvolver a compreensão, o respeito e o uso da psicologia pelo público. Organizações como OMS e APA fomentam e regulamentam práticas de atenção, promoção e manutenção de condições de saúde mental.



Diagnósticos confiáveis são essenciais para orientar recomendações de tratamento, diretrizes de manejo, identificar taxas de prevalência para planejamento de serviços de saúde mental, identificar grupos de pacientes para pesquisas básicas e clínicas e documentar informações importantes sobre saúde pública. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) foi elaborado pela APA (2014) ao longo de um processo de 12 anos por profissionais médicos, cientistas e clínicos com o objetivo de guiar diagnósticos de transtornos mentais.

Transtornos mentais são definidos em relação a normas, valores culturais, sociais e familiares. A cultura proporciona estruturas de interpretação que moldam a experiência e a expressão de sintomas, sinais e comportamentos que são critérios para diagnóstico. A cultura é transmitida, revisada e recriada dentro da família e de outros sistemas sociais e instituições; a avaliação diagnóstica deve, portanto, considerar se as experiências, os sintomas e os comportamentos de indivíduo diferem das normas socioculturais e conduzem a dificuldades de adaptação nas culturas de origem e em contextos sociais ou familiares específicos.

A cultura pode contribuir para vulnerabilidade e sofrimento, por exemplo, ao amplificar temores que perpetuam transtornos de pânico ou ansiedade em relação à saúde. Aspectos simbólicos, costumes e tradições culturais podem contribuir tanto para o estigma quanto para o apoio na reação social e familiar à doença mental, com a possibilidade de fornecer estratégias de enfrentamento que aumentam a resiliência em resposta à doença ou sugerir busca de auxílio e opções de acesso à assistência à saúde de diferentes tipos, incluindo sistemas de saúde alternativos e complementares. Assim, práticas culturais podem levar a quadros de atenção em saúde, manter ou agravar quadros clínicos preestabelecidos, influenciar a aceitação ou a rejeição de um diagnóstico, a adesão ao tratamento, afetando o curso da doença e sua recuperação (APA, 2014).

A pesquisadora Glenn (2003) estuda o fenômeno de seleção de práticas culturais e acredita que, da mesma forma que partimos de uma molécula para o estudo de um ser vivo complexo, devemos partir dos processos básicos individuais (evolutivos e comportamentais) para compreendermos contextos mais amplos (como a cultura) que os originam e direcionam sua evolução. Todorov (2012) acrescenta que comportamentos são selecionados pelos níveis filogenético, ontogenético e cultural, e que praticamente todo comportamento operante humano pode ser classificado como prática cultural; essas práticas são mantidas por contingências socialmente determinadas que prevalecem em uma sociedade, um grupo ou uma organização durante períodos variáveis, estabelecendo-se como costumes, hábitos, identidade e

características de um grupo étnico ou uma comunidade específica. A educação é feita de acordo com os padrões de uma cultura; adquirimos repertórios, principalmente na infância, mantidos por contingências sociais por meio de interações com nossas mães, cuidadores, familiares e agências controladoras como a escola, a igreja, o governo e a família. As formas de controle podem ser tão sutis que quase não chegam a ser percebidas. Por exemplo, o comportamento de comer, comum a todos, depende de contingências que determinam a seleção do alimento, o modo de preparo e de comer; a aquisição desses repertórios, entretanto, se dá por meio de regras, exposição a modelos e/ou exposição direta a contingências.

Skinner (1971) ressalta que essas contingências sociais são muito úteis, e que uma das vantagens da educação, por exemplo, é a de não precisarmos descobrir práticas por nossa conta: pais/professores ensinam comportamentos funcionais aos filhos/aprendizes – nesse sentido, um dos repertórios mais úteis que aprendemos é o verbal. No governo, o indivíduo usufrui de medidas de ordem e segurança.

Glenn (2003), Skinner (1971) e Todorov (2012) são alguns dos autores já citados anteriormente que se fundamentam em princípios da abordagem analítica comportamental dentro da psicologia. Nesse ponto, é interessante apresentar alguns princípios básicos da análise do comportamento para prosseguir a discussão de saúde, cultura e intervenção psicoterapêutica. Serão brevemente pontuados aqui os conceitos de reforço, punição, contingências, extinção, fuga, esquiva, modelagem e regras, que aparecerão no decorrer deste estudo de forma mais ampliada e bem-explorada.

Moreira e Medeiros (2007) definem contingências como os componentes das relações comportamentais que apresentam relação de dependência entre si. Os mesmos autores consideram a definição de reforço segundo Skinner, isto é, qualquer estímulo ou evento que aumenta a probabilidade de ocorrência de um comportamento. Dois tipos de reforçadores são observáveis: positivo, que apresenta um estímulo reforçador como consequência do comportamento; e negativo, que retira um estímulo aversivo como consequência de um comportamento. Esses reforçadores podem ser primários, quando relacionados a necessidades básicas dos seres, como alimentos e água; secundários, quando são sucessivamente emparelhados com algum reforçador primário; e generalizados, quando emparelhados com mais de um reforçador primário ou com algum reforçador secundário. Nessa lógica de raciocínio, o comportamento pode ter a sua probabilidade de ocorrência diminuída com o uso da punição. A punição positiva ocorre contingentemente à apresentação de um estímulo

aversivo frente a um comportamento; a punição negativa se caracteriza pela retirada de um estímulo reforçador contingente ao comportamento.

Ainda segundo os mesmos autores, em linhas gerais, esquiva é um comportamento que previne/evita o contato com um estímulo aversivo, enquanto o comportamento de fuga interrompe esse contato. Extinção operante é a quebra de relação de contingências entre uma resposta e uma consequência pela suspensão do reforçamento. Modelagem é a modificação de algum comportamento por meio de um reforçamento diferencial em uma série de passos, que vão de um desempenho inicial até um desempenho final.

Outra forma de se aprender comportamentos é por meio de regras (instruções, leis, conselhos, dicas, orientações e outros). Quando o comportamento de seguir uma regra leva ao reforçamento, é possível dizer que o processo de aprendizagem da regra se estabeleceu. Quando os estímulos verbais especificadores de contingências são produzidos pelo comportamento verbal do próprio indivíduo a quem essas contingências se aplicam, esse comportamento é chamado de autorregra (MEYER, 2011).

O juízo de valor também é uma questão abordada por Skinner (1971) e se refere àquilo que “é bom”; embora essa avaliação seja relativa e varie em relação a estímulos recentes, constituem reforçadores positivos, por exemplo, a comida gostosa (que nos reforça quando a comemos) e as coisas com “boa aparência” (quando as olhamos). Para os reforçadores negativos, vale o mesmo raciocínio: comportamentos são reforçados quando fugimos de coisas ruins ou as evitamos. Para Skinner, esse valor reforçador se estabelece pelas contingências. Por exemplo, devido às contingências de sobrevivência e evolução da espécie, o homem aprendeu a encontrar determinados alimentos, cultivá-los e colhê-los; sua seleção aconteceu por serem reforçadores. O mesmo aconteceu com ingredientes que funcionaram como reforçadores negativos, que o homem aprendeu a evitar ou fugir para sobreviver. Esses estímulos podem ser reforçadores por herança genética (seleção filogenética) ou se tornarem reforçadores por meio do condicionamento (seleção ontogenética e cultural).

Em suma, fazer um juízo de valor, julgar algo como bom ou ruim, é classificar seu efeito reforçador. Porém, Skinner (1971) discute outra questão interessante em seu livro: se algo é classificado como bom ou ruim, isso pode alterar seu valor reforçador ou não? Por exemplo, se leio um livro e o considero bom, ao ler uma crítica e ver que o livro foi severamente julgado como ruim, isso o tornaria menos reforçador para mim? Se eu tivesse lido antes a crítica, isso teria reduzido a probabilidade de eu ter lido o livro?

Sarwer, Magee e Clark (2004) reuniram da literatura estudos fisiológicos e socioculturais sobre o papel da aparência física no cotidiano. Os autores concluíram que características físicas relacionadas à beleza desempenham um papel significativo na seleção de parceiros românticos e sexuais entre humanos; além disso, preferências por padrões específicos de características físicas parecem ser condicionadas pela exposição a modelos de beleza (padrões de beleza); também observaram que são atribuídas características de personalidade mais positivas a indivíduos considerados mais atraentes, e indivíduos atraentes frequentemente recebem tratamento favorável em várias interações sociais. Ou seja, uma prática cultural amplamente observável é o estabelecimento de juízos de valor para condições estéticas.

Práticas culturais ensinam a olhar os corpos e estabelecer juízos de valor, preferências ou padrões de beleza. As percepções e expectativas dos indivíduos entre si, inclusive quanto a sua aparência, condicionam o modo como eles se colocam no processo de interação com o outro. Embora exista diversidade em conceitos de beleza, que variam entre diferentes culturas, ideais estéticos sempre são observáveis: frequentemente reagimos a certos estímulos de forma previsível no julgamento da beleza facial e corporal (QUEIROZ; OTTA, 1999).

Skinner (1971) explica os mecanismos de regulação social e trata, por exemplo, da seleção pelas consequências: uma pessoa se comporta “bem” não porque a sociedade a tenha dotado de responsabilidade, obrigação, lealdade e respeito para com os outros, mas sim porque criou contingências sociais eficazes (comportar-se de forma a receber mais reforçadores e evitar situações aversivas). Seu comportamento depende, então, do controle exercido pelo ambiente social, e não por uma lei ou regra.

O autor exemplifica isso com o “roubar”: mesmo antes de existir a lei, as pessoas já puniam aqueles que praticavam crimes. Leis e normas incluem afirmações de contingências – por exemplo, a interdição posta em “não roubarás” pressupõe, em seu conteúdo social, “se quer evitar ser punido, evite roubar”. Quando esse controle é feito por agências de controle, como órgãos governamentais, o “bom e mau” se tornam “legal e ilegal”, assumindo maior efetividade de controle porque as consequências estabelecidas são mais eficazes, como multas, prisão e até morte. O mesmo vale para a educação, na qual “bom e mau” se tornam “certo e errado”, e para intuições religiosas, nas quais estes assumem as características de “piedoso e pecaminoso”. Para a cultura, a mídia e a indústria, de forma geral, “bom e mau” estão em “belo e feio”, “saudável e ruim”, “atraente e repugnante”.

A pele é o maior órgão do corpo humano, determinando em grande medida a aparência física e desempenhando uma função importante na comunicação social e sexual; variando em

intensidade, de acordo com o tipo de condição dermatológica, a maioria das doenças de pele altera a superfície do corpo de forma aparente, impactando sobre aspectos de autoimagem, relações interpessoais, autopercepção da alteração como desvantagem, com repercussões psicossomáticas (URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a). Indivíduos com variações estéticas cutâneas em áreas usualmente visíveis, como rosto, couro cabeludo, mãos e área genital, parecem apresentar maior vulnerabilidade para condições psicológicas de cuidado. A presença de acne, psoríase e vitiligo particularmente em homens e mulheres com condições faciais torna esses indivíduos mais propensos a ter depressão e estar em risco de suicídio (URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a).

As condições dermatológicas usualmente são visíveis, sendo comum que portadores de condições dermatológicas crônicas vivenciem consequências sociais negativas e aversivas (rejeição, afastamento, *bullying*, entre outras). Essas contingências usualmente estão relacionadas a efeitos colaterais emocionais, tais como sentimentos e comportamentos de baixa autoestima, ansiedade, tristeza, desamparo, raiva, frustração. Estima-se que aproximadamente um terço dos pacientes com doenças dermatológicas apresente transtornos emocionais associados (HALDER; CHAPPELL, 2009; LUPI, 2013; NOGUEIRA; ZANCANARO; AZAMBUJA, 2009).

### **Subjetividade, sentimentos, autoconhecimento e autoestima**

Relações entre subjetividade e relações comportamentais são amplamente exploradas por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento: biologia, pedagogia, sociologia, filosofia e, principalmente, psicologia (BANACO *et al.*, 2012; EKMAN, 1993; ELIAS, 1990 [1939]; FIGUEIREDO, 1992; FLORA; KESTNER, 1995; MICHELETTO; SÉRIO, 1993; MILLENSON, 1975 [1967]; RUSSELL, 1991; SKINNER, 1971; TOURINHO, 2009). Tourinho (2009) descreve o conceito de subjetividade como o modo específico como emoções, sentimentos e pensamentos são experimentados na cultura, aspectos referidos como “privados”. O autor descreve detalhadamente a construção histórica e social que permitiu sua configuração do modo como a conhecemos em nossa cultura ocidental moderna, possibilitando a origem de noções como “privado”, “subjetivo”, “interno” e “mental”.

O mundo privado diz respeito à estimulação gerada pelo próprio corpo, que não pode afetar outras pessoas do mesmo modo como afeta o próprio indivíduo. Eventos privados são os conjuntos de relações entre estímulos, respostas e consequências, ou seja, contingência tríplice

em que o comportamento alvo de análise é privado. Conhecer esses eventos privados, como sentimentos e inclinações, parece estar, no senso comum, relacionado a autoconhecimento – isto é, o organismo tem repertório comportamental para estabelecer relações funcionais do próprio comportamento. O indivíduo que tem autoconhecimento sabe, portanto, discriminar e descrever as contingências de controle do seu comportamento (como as culturais, anteriormente mencionadas) (TOURINHO, 2009).

Na linguagem cotidiana, é comum eventos privados serem tratados como causas de comportamentos (por exemplo, quando algo prazeroso acontece e o indivíduo “fica alegre”); sendo assim, são tratados como entidades abstratas/mentais evocadas por estímulos externos. Gongora e Abib (2001) explicam que esse conceito é dualista e mecanicista, sendo correto, analiticamente falando, descrever o modo como eventos privados podem entrar em relação funcional com outros eventos. Segundo a visão analítica comportamental, sentimentos e emoções são manifestações concretas/corporais dos organismos que incluem respostas respondentes/autônomicas (manifestações do funcionamento interno do corpo, como pressão sanguínea, batimentos cardíacos, sudorese, frequência respiratória) e respostas operantes/voluntárias (comportamentos diversos como falar, gesticular, gritar, bater) (GUILHARDI, 2002). Sendo assim, sentimentos são respostas fisiológicas e/ou aprendidas emitidas em decorrência de eventos ambientais (SKINNER, 1991). Neste estudo, ao invés de investigarmos as causas de um sentimento, trataremos de observar e descrever quais relações podem ser estabelecidas entre eventos privados e públicos, como, por exemplo, o comportamento verbal.

O comportamento verbal surgiu na história da espécie humana como um marco diferencial das outras espécies; propiciou vantagens como maior cooperação, benefícios adquiridos pelo conhecimento de outros ao seguir regras, conselhos e instruções, e, principalmente, o surgimento do autoconhecimento (SKINNER, 1978 *apud* BRANDENBURG; WEBER, 2005). Todo comportamento verbal é resultado de um processo de modelagem; os arranjos de contingências verbais numa comunidade são responsáveis pela construção do repertório verbal dos membros (BRANDENBURG; WEBER, 2005). Em suma, com a habilidade verbal, o ser humano passou a descrever seu próprio comportamento, e tal descrição foi selecionada ao ser reforçada pela sociedade ou cultura.

É a comunidade verbal, composta das pessoas com as quais esse indivíduo interage, que nomeia sentimentos, ou seja, o uso de palavras é ensinado para fazer referência a esses eventos privados, estados ou manifestações corporais, como os sentimentos de alegria, raiva, ansiedade,

medo, autoestima, responsabilidade. Outro exemplo é o comportamento verbal de “tatear”, que acontece quando uma mãe vê o filho chorando e pergunta por que ele está triste (GUILHARDI, 2002). O tato é um operante verbal emitido sob controle de algum estímulo discriminativo, seja esse estímulo interno (diante de muito tempo de privação, dizer “sinto fome”) ou externo (diante de um carro vermelho, dizer “carro vermelho”); pode descrever também comportamentos abertos e encobertos do próprio indivíduo (é o autotato, nesses casos) (BRANDENBURG; WEBER, 2005).

Guilhardi (2002) considera os sentimentos de autoestima e de autoconfiança estados corporais associados a eventos ambientais sociais ou físicos que os desencadeiam. Ações humanas não são causadas por sentimentos; assim, para entender as ações das pessoas e os sentimentos que acompanham tais ações, é necessário olhar um pouco mais atrás para localizar os eventos antecedentes que produziram simultaneamente ambos (comportamentos e sentimentos).

É a partir da relação do indivíduo com o ambiente, particularmente por meio da relação com os outros, que se dá o processo de aprendizagem do autorreconhecimento, ou seja, a história de reforçamento social, incluindo as contingências culturais, é a base para a formação de autoconceitos como a autoestima. Não se nasce com baixa ou alta autoestima: esse autoconceito se desenvolve ao longo da história de vida. Comportamentos emitidos pelo sujeito com consequências sociais positivas (contingências de reforçamento positivo, que ocorrem quando a comunidade disponibiliza reforços generalizados como positivos, como atenção, sorrisos, aceitação) favorecem o aumento do sentimento de autoestima. Comportamentos que não são aceitos socialmente, que têm consequências negativas (contingências coercitivas ou punitivas, como crítica, repreensão, ausência de qualquer consequência), estão relacionados a sentimentos e comportamentos de baixa autoestima (GUILHARDI, 2002).

Agências de controle podem afetar a construção do que a comunidade verbal nomeia como autoestima e estão relacionadas aos mecanismos de regulação social descritos por Skinner (1971). Cultura, economia, mídia, indústria são agências de controle que estabelecem valores de juízo e contingenciamentos que constroem conceitos e produtos (e associações entre eles) de “belo e feio”, “saudável e doente”, “atraente e repugnante”, “sucesso e fracasso”, entre outros, os quais podem controlar comportamentos diversos como consumo, lazer, relacionamentos e escolhas do indivíduo em geral.

Skinner (1971) explica também o comportamento de contracontrole, que ocorre quando membros do grupo questionam as contingências estabelecidas por essas agências e levam outras

peessoas a se juntarem a eles por meio do comportamento verbal. Nenhuma cultura está sempre em equilíbrio; as contingências necessariamente mudam e podem ser programadas por formas de engenharia cultural. Por exemplo, uma medida para esse grupo de insatisfações com contingências, segundo o autor, seria chamar atenção para determinados ganhos individuais (que estariam sendo negligenciados) e modificar/intensificar as contingências que produzem comportamentos para o bem alheio – ou seja, planejar/manipular variáveis de aspectos da cultura.

Brandenburg e Weber (2005) discutem o autoconhecimento, ou comportamento verbal descritivo, como uma ferramenta para liberdade. A premissa é a de que, para controlar seu próprio comportamento, o indivíduo precisa necessariamente se autoconhecer. Os conceitos de autoconhecimento e liberdade são ferramentas que podem ser utilizadas na melhora da qualidade de vida do ser humano, e os psicólogos podem fazer uso delas. Nas relações sociais, o sujeito deve se autoconhecer para agir da melhor forma para com os outros, sempre atento para atuar do modo menos coercitivo possível, e esse monitoramento pode, por outro lado, proporcionar autoconhecimento na comunidade. Os autores concluem que ninguém pode se libertar do controle, mas que, com o autoconhecimento, é possível modificar o ambiente e trocar controles coercitivos por reforçamento positivo, atingindo melhor qualidade de vida.

Ao falar sobre coerção e suas implicações, Sidman (2001 [1989]) diz que o controle por reforçamento positivo é o único tipo de controle não coercitivo. A coerção, que envolve reforçamento negativo e punição, está muito presente na vida do ser humano sem que ele a perceba. Certamente, o controle coercitivo também promove autoconhecimento, mas tem seu lado negativo pelos produtos colaterais que o acompanham, como comportamentos de fuga e esquiva que prejudicam o desenvolvimento de repertórios no indivíduo (BRANDENBURG; WEBER, 2005).

Quando uma resposta operante é punida, o primeiro efeito observado é uma redução imediata na sua frequência. Para Skinner (2003 [1953] *apud* MAYER; GONGORA, 2011), essa redução se deve à eliciação de respostas emocionais (processo respondente) que são incompatíveis com a emissão da resposta (operante) punida. Em seguida, essas respostas emocionais são eliciadas tanto pelo contato com estímulos ambientais presentes na sua ocorrência anterior como pelas primeiras instâncias de ocorrência da resposta (operante) (originalmente seguida de estimulação aversiva). Esses dois eventos, por terem sido emparelhados com a estimulação aversiva, tornam-se estímulos aversivos condicionados e, conseqüentemente, passam a prevenir a ocorrência da resposta operante originalmente punida



(MAYER; GONGORA, 2011). Por exemplo, quando alguém com uma condição estética visível, ao sair de casa e interagir em ambientes sociais (resposta operante), recebe olhares, perguntas e até mesmo *bullying* (estimulação aversiva), elicia respostas emocionais como sentimentos de desconforto social, tristeza, vergonha, medo. Diante da necessidade de interagir socialmente, trabalhar, sair de casa, a resposta operante “interagir em ambientes sociais” foi punida por estimulação aversiva e passa a eliciar as mesmas respostas emocionais de eventos anteriores.

Qualquer resposta que elimine ou reduza essa estimulação aversiva condicionada (ou previna o contato com ela) será fortalecida por reforçamento negativo, ou seja, por um processo operante de fortalecimento de respostas competitivas. Assim, a redução observada na frequência seria explicada pela atuação conjunta de dois processos: a eliciação de respostas emocionais (processo respondente) e o fortalecimento de respostas operantes que reduzem a estimulação aversiva (processo operante), ambos prevenindo a ocorrência da resposta operante punida. Ou seja, na interpretação skinneriana, ao se punir uma resposta, a redução observada não representa uma redução na tendência do organismo de executar tal resposta, mas sim um fortalecimento de respostas competitivas (sejam operantes ou respondentes) que impossibilitam a ocorrência dessa resposta (MAYER; GONGORA, 2011). No mesmo exemplo anterior, o indivíduo tem respostas como comportamento de esquiva e isolamento social fortalecidas por reforçamento negativo, reduzindo ou evitando, assim, a estimulação aversiva.

A história de reforçamento e punição social contribui para o desenvolvimento de um padrão comportamental relacionado ao sentimento de baixa ou alta autoestima (MEYER, 2011). Por exemplo, Franco (2009) analisa a construção social da autoestima e suas relações com a cultura escolar, e caracteriza a autoestima nesse contexto como um autoconceito construído nas relações que o aluno mantém com o ambiente, trazendo muitas vezes, implicitamente, o sentido de sucesso/insucesso e capacidade/incapacidade sem considerar outras dificuldades que possibilitam/dificultam o rendimento escolar (tais como contingências sociais e condições cognitivas). Entretanto, no ambiente escolar não vemos só a aprendizagem intelectual programada pela instituição, parece existir ali uma grande gama de comportamentos socialmente reforçadores, como tirar boas notas, competir, conversar, ter amigos, brincar, paquerar, brigar, fazer bagunça, receber atenção, entre muitos outros. Os alunos se observam e reproduzem comportamentos que socialmente têm mais êxito.

A análise do comportamento, então, define a autoestima como um sentimento produto de contingências de reforçamento positivo de origem social (MEYER, 2011). A história de

reforçamento/punição social e as contingências aversivas em vigor podem gerar sentimentos e comportamentos nomeados pela comunidade verbal de baixa autoestima. Quando relações sociais estão sendo punidas, é possível observar um aumento dos comportamentos de esquiva (medo de interagir socialmente, menor engajamento em comportamento social, maiores chances de isolamento, menor repertório, previsão de punição, quadro de desamparo, entre outros).

A pesquisadora Hunziker (1997, 2001, 2003, 2005) investigou os efeitos da exposição a estímulos aversivos incontroláveis, principalmente com infra-humanos, e propôs que a exposição experimental de sujeitos a esses eventos dificulta a aprendizagem de respostas adaptativas a novas contingências, produzindo alguns padrões de comportamento comparáveis àqueles classificados como depressão em contextos reais. Ferreira e Tourinho (2011) definem depressão como um conjunto de relações envolvendo variáveis ontogenéticas e culturais; modos específicos de relação dos indivíduos consigo mesmos e com os outros determinam a aquisição e a manutenção de certos repertórios comportamentais classificados como depressão.

O desamparo aprendido vem sendo observado numa grande variedade de espécies, e pode ser considerado modelo analítico-comportamental da depressão (HUNZIKER, 2005). Esse padrão de comportamento resulta de uma experiência de incontrolabilidade da estimulação aversiva pelo organismo: quando ele “aprende” que seu comportamento não controla mudanças ambientais relevantes e que essas mudanças ocorrem de modo independente, ele tende a se tornar menos responsivo a esse ambiente (FERREIRA; TOURINHO, 2011).

Indivíduos que tiveram história de punição social podem desenvolver sentimentos de baixa autoestima e depressão e formular autorregras sobre seu valor e sua capacidade. Mesmo as contingências em vigor sendo diferentes, em situações em que há chance de êxito ou de não haver punição, regras como “não sou capaz” ou “eu não dou conta” controlam o comportamento de esquiva de se expor, de tentar, favorecendo a aquisição de padrões comportamentais de dependência, comodismo e outros.

Isso acontece porque os comportamentos controlados por regras podem apresentar insensibilidade às contingências, diferentemente dos comportamentos aprendidos pelo contato direto com as contingências, que são mais sensíveis a suas consequências. Pessoas com histórico de exposição a críticas, humilhação ou rejeição podem desenvolver repertório deficiente e autorregras negativas; a insensibilidade às contingências, nesse caso, pode ser observada quando, mesmo que as contingências tenham mudado, o comportamento novo não é aprendido porque essas pessoas não chegam nem a ser expor ao novo. Um exemplo disso são

crianças que sofreram *bullying* e que, mesmo na adolescência ou na vida adulta, apresentam essa insensibilidade e dificuldades descritas (MEYER, 2011; TOURINHO, 2009).

Em ambientes hostis, seja na escola, no trabalho, em casa ou em espaços comunitários, as contingências podem inibir comportamentos e desencadear eventos privados nos quais o sujeito se responsabiliza pelo seu fracasso (com sentimento de culpa, incapacidade, irrelevância, ineficácia, inadequação e desamparo), sem discriminar o papel do ambiente em relação a esses sentimentos. A ausência de autoconhecimento pode ampliar a não observação de outras classes de respostas que foram reforçadas no passado e a supressão de respostas punidas (e outras semelhantes), aumentando repertórios de inibição, sentimentos e comportamentos de insegurança em situações de exposição social e produzindo uma ausência ou *deficit* de repertório assertivo (GUILHARDI, 2002; MEYER, 2011).

A associação entre *deficit* de repertório para discriminar e descrever sentimentos e a presença de estimulação aversiva permite a observação de uma classe de comportamentos conhecida como esquiva experiencial: estratégias para evitar eventos privados aversivos – memórias, pensamentos, sentimentos atuais. O sujeito não discrimina (“não se atenta a”) sentimentos que são invalidados ou aversivos demais para entrar em contato.

Moreira e Medeiros (2007) explicam o comportamento de “atentar-se” como ficar sob controle maior de estímulos cujas consequências foram importantes no passado. Para Silva e Isidro Marinho (2003), a falta de discriminação de contingências e repertórios ausentes de assertividade aumenta a atenção para estímulos aversivos e causa dificuldades em se estabelecer e manter relações interpessoais, favorecendo quadros de isolamento social e sentimentos ambivalentes de tristeza e agressividade. Pessoas com esse histórico ficam mais sujeitas a estímulos que sinalizam a não valorização ou a depreciação, podendo emitir, diante deles (interpretados como aversivos), comportamentos agressivos. Diante do sentimento de inferioridade e da necessidade de defender-se, repertórios inassertivos ou agressivos podem promover afastamento dos outros e até mesmo a confirmação de autorregras (como “ninguém gosta de mim”). A leitura de rejeição social é distorcida, uma vez que a aversividade pode ter sido inicialmente mal interpretada (se os estímulos não sinalizavam, necessariamente, desvalorização ou depreciação) ou a pessoa pode ter se afastado em resposta à agressão.

Ainda que um comportamento seja aparentemente disfuncional, inadequado ou socialmente reprovado, ele tem uma função no repertório daquele que o emite e foi selecionado por suas consequências (DE-FARIAS; FONSECA; NERY, 2017). A interpretação aversiva de estímulos do ambiente favorece o surgimento de comportamentos de fuga e esquiva emitidos

pelo portador, bem como quadros de ansiedade social, depressão, isolamento social, baixa autoestima (no caso do vitiligo, o indivíduo pode cobrir as manchas com diversos artifícios, autodepreciar-se ou fazer piadas sobre si mesmo) (CORREIA; BORLOTI, 2013; URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a).

Caixeta (2009) observa manipulações do comportamento verbal no repertório de indivíduos com sentimentos e comportamentos de baixa autoestima. Um exemplo de comportamento observável é o mando disfarçado de fala depreciativa mantido pelos elogios do ouvinte, ou seja, o indivíduo com baixa autoestima se autodeprecia e recebe reforçadores como elogios e contra-argumentação positiva. Entretanto, ele fica sob controle dos estímulos reforçados anteriormente (os próprios defeitos), ignorando suas qualidades. Por exemplo, ao receber o elogio “você é inteligente”, o indivíduo contra-argumenta se autodepreciando: “sou burro”, “tirei muitas notas baixas”, “você está errado”; assim, há grande probabilidade de que contingentemente receba mais elogios como “imagina, você é inteligente, sim”.

Guilhardi (2002) apresenta autoconfiança como uma classe de comportamentos e sentimentos relacionados ao sentimento de autoestima. A autoconfiança está relacionada, portanto, a comportamentos bem-sucedidos, e é um sentimento contingente a reforçamento tanto positivo como negativo. O repertório do indivíduo permite a ele ter confiança por saber quais comportamentos deve emitir a fim de produzir reforços positivos ou remover/esquivar-se/fugir de eventos aversivos. Meyer (2011) acrescenta que o comportamento “ter iniciativa”, muito associado ao de confiança, ocorre quando o indivíduo, sem a ajuda de outras pessoas, emite respostas adequadas para produzir consequências gratificantes ou para remover estimulações aversivas.

Descrever e manejar contingências permite identificar a origem dos comportamentos e sentimentos; entretanto, eles não são “causas da autoestima”, uma vez que, diferentemente do uso cotidiano da palavra, autoestima não é uma entidade que existe nas pessoas, motivando-as, movendo-as ou fazendo-as sentir coisas. Identificar quais são os estímulos discriminativos para que ocorra a emissão do termo autoestima por determinados grupos sociais nos ajuda a determinar a classe de comportamentos tida pela comunidade verbal como classe de comportamentos e sentimentos de baixa (ou elevada) autoestima. Importa investigar, portanto, sob controle de que estímulos uma pessoa com sentimentos de alta ou baixa autoestima se comporta e quais comportamentos públicos e verbalizações de sentimentos que alguém relata a respeito de si mesmo fazem a comunidade verbal emitir o “diagnóstico” de baixa ou alta autoestima (GUILHARDI, 2002).

A literatura da área entende que padrões comportamentais de baixa autoestima são aprendidos a partir da história de reforçamento, modelação e regras. As estratégias que podem ser utilizadas em intervenções clínicas são análises funcionais do cliente (para identificar contingências atuais e como elas se estabeleceram a partir de sua história); identificação e promoção de reforçamento diferencial para outras classes de comportamentos que propiciem melhores condições de reforço e favoreçam o autoconhecimento (especialmente para os determinantes da baixa autoestima), elaboração de novas regras pelo cliente e exposição gradativa a novas situações (produzindo mudança comportamental e reformulação de alguns conceitos sobre si mesmo decorrentes da história de contingências coercitivas e/ou punitivas). À medida que o treino discriminativo é aprendido, o indivíduo tem melhores condições de prever e selecionar comportamentos mais adequados para determinadas situações e, assim, conviver de forma harmoniosa com o seu ambiente social (BORGES; CASSAS, 2009; MEYER, 2011).

### **Vitiligo, depressão e ansiedade**

Uma condição psicodermatológica que tem apresentado alta relação com morbidades psiquiátricas diversas como depressão, ansiedade, baixa autoestima e perda na qualidade da vida é o vitiligo (AJOSE *et al.*, 2014; FOLKS; WARNOCK, 2001; NOH *et al.*, 2013). Vitiligo é uma doença caracterizada pelo aparecimento de lesões cutâneas em forma de manchas brancas provocadas pela ausência total de pigmento (acromia), causada pela perda seletiva das células que produzem melanina (melanócitos). Atinge em média de 0,5% a 2,0% da população mundial, chegando a atingir até 8% em alguns países, e acomete todas as etnias, incluindo ambos os sexos, embora preferencialmente mulheres (HALDER; CHAPPELL, 2009). No Brasil, a incidência é de 0,46% a 0,68%, segundo um estudo recente que incluiu 87 municípios com mais de 300 mil habitantes cada, representando 40% da população brasileira (CASTRO; MIOT, 2018).

Embora não ameace a integridade física do paciente, o vitiligo pode acarretar um profundo efeito afetivo emocional no seu portador. Diferentes autores têm apontado que o envolvimento da pele em áreas da face e das mãos frequentemente causa constrangimento, podendo estar relacionado ao impacto social descrito por uma frequente associação entre doença de pele, ideias de contágio e atribuição de pouco asseio pessoal, o que conduz a um processo de estigmatização que pode levar alguns indivíduos a se afastarem de pacientes com

esse problema (ALGHAMDI, 2010; CHOI *et al.*, 2010; KENT; KEOHANE, 2001). Relatos de pesquisa indicam que esse processo social traz sérias consequências para a vida do portador dessa doença, produzindo relatos de constrangimento social, vergonha, ansiedade, baixa autoestima e depressão (BASHIR; DAR; RAO, 2010; ONGENAE *et al.*, 2005; PORTER; BEUF; LERNER; NORDLUND, 1986).

Em um estudo de 2011, pesquisadores buscaram determinar a frequência de morbidades psiquiátricas em pacientes com diagnóstico de vitiligo tratados em uma clínica dermatológica na Turquia. O estudo procurou investigar nessa população a relação entre ansiedade, depressão, ansiedade social e autoestima (BALABAN; ATAGÜN; ÖZGÜVEN; ÖZSAN, 2011). Participaram da pesquisa 42 pacientes com vitiligo e 42 sem doenças dermatológicas, com igual idade, gênero e nível educacional. Foram aplicadas: a Entrevista Clínica Estruturada do DSM IV das desordens do Eixo 1, a Escala hospitalar de depressão e ansiedade (HADS), a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) e a Escala Sheehan de dificuldades.

Os autores observaram que as desordens do Eixo 1 foram significativamente mais frequentes ( $\chi^2=5,26$ , 0,02) no grupo com vitiligo (13, 31%) do que no grupo de controle (3, 9,1%), sendo Depressão Maior a desordem de maior incidência. Além disso, a autoestima foi significativamente menor no grupo com vitiligo do que no grupo de controle ( $p<0,01$ ). Foi observado também que mulheres apresentavam escores de maior cuidado para todas as medidas, e que os maiores escores pareciam estar relacionados à presença de manchas no rosto ou em áreas íntimas.

No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos nos escores obtidos nos instrumentos específicos de ansiedade, depressão e ansiedade social. Por outro lado, em estudo que buscava identificar a taxa de sintomas psiquiátricos em 105 pacientes com diferentes patologias dermatológicas, comparando-os a 105 da condição de controle e utilizando o mesmo instrumento de medida dos escores de depressão e ansiedade do estudo anterior, observaram-se escores significativamente mais altos de depressão e ansiedade naqueles com diagnóstico de vitiligo (MUFADDEL; ABDELGANI, 2014).

Em estudo desenvolvido em Singapura (CHAN *et al.*, 2011), pesquisadores buscaram investigar fatores associados à depressão em pacientes com 21 anos ou mais que tivessem diagnóstico de vitiligo produzido por médico qualificado. Para tanto, uma pesquisa na forma *survey* foi implementada, no período de um ano, em um centro de atendimento dermatológico da cidade. O instrumento utilizado para a coleta era composto de três diferentes partes: 1)

levantamento dos dados demográficos (idade, educação, renda mensal e estado civil); 2) informações clínicas sobre a doença (duração da doença, tratamentos); e 3) medidas de impactos psicológicos segundo três diferentes instrumentos (a Escala de Depressão para Estudos Epidemiológicos, a Escala de Autoestima de Rosenberg e o Index de Qualidade de Vida em Dermatologia).

Na amostra avaliada, 17,2% dos pacientes foram identificados como depressivos. Análises de regressão foram utilizadas para identificar os melhores preditores de depressão. Os resultados mostraram que mulheres ( $p < 0,05$ ) com idade inferior a 50 anos ( $p < 0,016$ ) que conviviam há mais de cinco anos com a patologia (0,021), com baixa autoestima ( $p < 0,002$ ) e pobre qualidade de vida ( $p < 0,004$ ), apresentavam riscos significativamente maiores de depressão.

No Brasil, Taborda, Weber e Freitas (2005), em estudo desenvolvido junto a serviços de dermatologia de uma cidade do Rio Grande do Sul, investigaram a prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com doenças dermatológicas por meio do questionário de triagem de doença mental, o *Self Reported Questionnaire* (SRQ-20). Participaram 76 pacientes, de ambos os sexos, com dermatoses distintas (como acne vulgar, vitiligo, psoríase, entre outras). Os resultados mostraram que 25% dos participantes apresentaram indicadores de sofrimento psíquico, tendo sido observados valores significativamente maiores em portadores de vitiligo do que em pacientes com acne vulgar; especialmente no caso das mulheres, a necessidade de atenção parece ser significativamente maior.

Considerando o impacto sobre os indicadores de autoestima e as morbidades psiquiátricas em mulheres brevemente descrito na literatura, Ruiz (2016) investigou características de mulheres brasileiras portadoras de vitiligo, particularmente com relação a indicadores gerais de saúde mental, incidência de depressão, aspectos relativos à autoestima e descrições gerais sobre sua vivência com a doença. As 114 participantes tinham de 18 a 64 anos, a maioria se declarava solteira (41%), branca (54,7%), com renda familiar igual ou inferior a três salários mínimos (38,7%), residente em diferentes regiões do país.

A pesquisa mostrou que, dessas participantes, 82,4% apresentaram sinais de cuidado em ansiedade, 42,8% apresentaram sinais de cuidado em depressão e 18,4% apresentaram baixos escores de autoestima. A baixa autoestima foi relacionada a escores altos de depressão e um maior número de sintomas relativos a diversos transtornos. O estudo desenvolveu um instrumento que identifica a incidência e o incômodo gerado pelas manchas de vitiligo (Inventário de Incidência e Incômodo de Manchas de Vitiligo (IIIMV) (RUIZ; REIS, 2018),

disponibilizado no Anexo II). Os resultados mostraram que intensidades altas de incômodo foram associadas a áreas de maior exposição social: quanto maior o incômodo relatado, maiores foram os indicadores de transtornos mentais diversos e de depressão grave e menores os escores em autoestima.

São frequentes as lesões cutâneas/manchas localizadas na face e nas mãos. Uma vez que podem ser vistas por qualquer observador, os portadores de vitiligo relatam dificuldade em desempenhar funções cotidianas como trabalhar (especialmente em interações diretas com o público, como no caso de vendedores); entretanto, lesões nos genitais e outras regiões íntimas também geram grande impacto de incômodo e angústia, com relatos associados a sentimentos de repugnância/rejeição e evitação de relações sexuais em ambientes iluminados (RUIZ, 2016; RUIZ; REIS, 2018; URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a). Os pacientes com vitiligo muitas vezes se retiram de situações sociais porque antecipam a rejeição; devido ao impacto psicológico e social dessa condição, alguns usam substâncias que diminuem a tensão, como o álcool. Sentimentos de constrangimento e percepção de discriminação são predominantes em pacientes com menos de 40 anos e membros da classe trabalhadora (URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a).

### **Protocolos de atendimento em psicoterapia**

O mal-estar gerado pelo vitiligo parece estar relacionado ao papel do ambiente em que o portador está inserido. Indivíduos avaliam a sua aparência com base em parâmetros socialmente estabelecidos do que é considerado atraente, significativo e valioso, logo as autopercepções na avaliação de si (autoimagem e autoestima) podem ser afetadas pelas ideias de como a sociedade examina o seu corpo (RICCIARDELLI; CLOW, 2009). O vitiligo gera uma nova demanda social para seu portador, uma vez que é estímulo para curiosidade, olhares, comentários e piadas. Além disso, expõe seu portador a situações de imprevisibilidade da estimulação aversiva produzida por questões culturais e reações de rejeição.

Correia, Garcia e Borloti (2013) sugerem a necessidade de desenvolvimento de estudos que visem ampliar o entendimento da condição do portador de vitiligo. Compreender como o vitiligo afeta os comportamentos de seus portadores pode dar boas diretrizes para a identificação de estratégias de enfrentamento que gerem mais reforçadores positivos.

A aversividade do vitiligo e suas consequências sociais podem ser evidenciadas pelos grandes esforços empregados na tentativa de deter a doença (como o uso de diversos



tratamentos prescritos e não prescritos, por exemplo). Radtke *et al.* (2009), em um amplo estudo com 1.023 pacientes com um Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) médio de 7.0, observaram também um prejuízo da qualidade de vida mais grave em mulheres na faixa etária entre 20 e 29 anos. Os resultados foram cruzados com os obtidos pelo “*willingness to pay*” (WTP) (em português, “índice de disposição a pagar”), cujo princípio é questionar os pacientes sobre o investimento que eles seriam capazes de fazer para conseguir uma pele sem lesões; pacientes com vitiligo estariam dispostos a pagar mais de cinco mil euros para uma completa remissão, segundo dados coletados em 2008.

As opções de medicamentos incluem desde drogas psicotrópicas padrão até ervas e suplementos alternativos; entretanto, as formas de tratamento físico disponíveis para vitiligo são muitas vezes caras, de longa duração e não têm um sucesso completo (PARSAD; DOGRA; KANWAR, 2003). Segundo Meneses (2019), entre os tratamentos convencionais do vitiligo estão corticosteroide tópico, fotoquimioterapia com componentes psoralênicos (psolareno mais luz UVA - PUVA), terapia oral ou tópica com psoralenos. Entretanto, essas possibilidades de tratamento não apresentam resposta padrão em todos os pacientes, o que tem levado muitas pesquisas a investigar a etiopatogenia e a fisiopatologia do vitiligo e propor tratamentos que tenham respostas mais eficientes e mais rápidas na repigmentação. Em estudo recente, a mesma autora busca evidenciar o papel da vitamina D na atividade da doença, na repigmentação das lesões existentes e na prevenção de novas lesões.

Segundo Shenefelt (2010), tratamentos não medicamentosos incluem *biofeedback*, métodos cognitivocomportamentais, hipnose, efeito placebo e sugestão. O autor ressalta que pacientes com doenças de pele com aspecto psicofisiológico podem responder bem a terapias (sem drogas) que neutralizem o estresse, bem como ao tratamento de transtornos psiquiátricos, como ansiedade ou depressão, que são desencadeados por essas doenças.

Correia e Borloti (2013) realizaram um levantamento *on-line* com 63 portadores de vitiligo e observaram que os recursos utilizados pelos participantes para lidar socialmente com essa condição foram: 19%, evitar contato com as pessoas; 16%, fazer piadas sobre o vitiligo; 44%, usar maquiagem; 41%, usar roupas que cubram as regiões com manchas; 11%, desconversar ao ser perguntado sobre o que são as manchas ou não dizer que é vitiligo; 25%, não usar recurso social algum.

Tomados em conjunto, os dados quanto ao nível de investimento em uma possível cura aliados aos recursos utilizados para lidar socialmente com o vitiligo expõem as contingências sociais aversivas às quais se encontram submetidos tais pacientes. Somado a isso, percebe-se

que os repertórios envolvidos no lidar com a doença buscam produzir alívio da aversividade presente no ambiente (olhares, perguntas, comentários preconceituosos, afastamento, *bullying* etc.). Dados sobre a presença de repertórios que aumentem a estimulação prazerosa em contraste com a fuga de situações aversivas não são mencionados.

Como se vê, o vitiligo pode ser considerado uma condição estressora emocional crônica para seus portadores. Observações clínicas têm mostrado uma ligação bem-definida entre estressores emocionais agudos ou crônicos, doenças psiquiátricas, conflitos, hostilidade, personalidade, humor e dermatoses (aumentadas, em desenvolvimento ou em remissão); essas observações também relatam os efeitos positivos da psicofarmacologia e da psicoterapia nas mesmas condições/doenças (URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005b).

Correia (2011), baseando-se em pressupostos da psicodermatologia, da medicina comportamental e da abordagem em terapia cognitivocomportamental (TCC), indica em seu levantamento uma intervenção terapêutica para psicoterapia com pacientes portadores de vitiligo. Em suma, relata que técnicas da TCC podem trabalhar o controle de emoções negativas, tais como estresse, ansiedade e depressão, a resolução de conflitos em relações, as dificuldades com autoestima e autoconceito e as dificuldades na adesão ao tratamento farmacológico.

No estudo *on-line* de Correia e Borloti (2013), o acompanhamento psicológico nem sempre foi indicado como opção de tratamento aos portadores durante o diagnóstico, mas foi reconhecido como importante por aqueles que tiveram acesso a ele. A partir do modelo ABC (ELLIS; DRYDEN, 1997 *apud* CORREIA; BORLOTI, 2013), consequências/sintomas de doenças (evento ativador “A”) são avaliados por crenças/cognições (como as expectativas de eficácia e resultado, “B”) que conduzem o portador a consequências cognitivas/afetivas/comportamentais (suas respostas de enfrentamento, “C”). No contexto do portador de vitiligo, a psicoterapia pode intervir sobre os elementos “B” (formas de avaliação dessa situação) e “C” (esforços cognitivos e comportamentais emitidos), auxiliando o portador a aprender um repertório mais adaptativo, de modo a obter mais reforçadores nesse novo contexto “A” (situação a ser enfrentada).

Em Londres, considerando estudos de intervenção, pesquisadores examinaram o efeito da terapia cognitivocomportamental no enfrentamento do vitiligo e na adaptação aos efeitos negativos na imagem corporal, na qualidade de vida e na autoestima em pacientes adultos separados em dois grupos: um grupo de controle e um grupo que passou por oito semanas de intervenção em terapia cognitivocomportamental (PAPADOPOULOS; BOR; LEGG, 1999). Os 16 participantes foram avaliados quanto à qualidade de vida (*Dermatological Life Quality*

*Index* (DLQI)), à autoestima (*Rosenberg Self Esteem Scale* (RSES)) e à imagem corporal (*Situational Inventory of Body Image Dysphoria* (SIBID) e *Body Image Automatic Thoughts Questionnaire* (BIATQ)), antes, imediatamente após e cinco meses após o término da terapia.

Os resultados mostraram o seguinte: 1) diminuição dos escores de DLQI, RSES, BIATQ e SIBID, indicando ganhos em todos os aspectos avaliados no pós-teste e manutenção no *follow-up*; 2) relatos de maior autoconhecimento e autocontrole, além da capacidade de lidar com o desafio de conviver com o vitiligo; 3) evidências de que o aconselhamento (realizado em terapia) influenciou até mesmo a progressão das manchas (aspecto avaliado por meio de registro fotográfico e avaliação da área pelo AutoCAD); 4) capacidade dos participantes de assumir comportamentos anteriormente evitados (como usar roupas que não cobriam as manchas, sair em público sem maquiagem e ser capaz de falar mais livremente sobre sua condição). Além disso, durante o curso da terapia, os pesquisadores encorajaram os participantes a discutir o que poderiam fazer em ocasiões em que estavam se sentindo “para baixo” em relação a si mesmos ou a sua condição e indicaram onde eles poderiam buscar apoio quando a terapia terminasse, o que foi importante na manutenção dos ganhos após a conclusão da terapia (PAPADOPOULOS; BOR; LEGG, 1999).

Sant’Anna *et al.* (2003) apresentam um estudo de caso realizado com uma paciente de 43 anos portadora de vitiligo a partir de um atendimento clínico breve em psicologia analítica (11 encontros) baseado em entrevista clínica e uso da técnica psicoterápica de jogo de areia (*sandplay*, técnica não verbal em que o paciente constrói cenas relacionando aspectos conscientes e inconscientes). Os autores descreveram o vitiligo como “parte do movimento autorregulador da psique” (SANT’ANNA *et al.*, 2003, p. 01) e concluíram que as doenças de pele da paciente (vitiligo e urticária) surgiram após eventos emocionalmente traumáticos, como a morte do irmão. Ao término das sessões, entre outros benefícios, verificou-se a estabilização do desenvolvimento das manchas de vitiligo e a ausência das crises de urticária.

A pesquisa de Silva, Castoldi e Kijner (2011) foi realizada em 2008 no Ambulatório de Dermatologia Sanitária de Porto Alegre durante três meses de intervenção em um grupo de cinco mulheres e um homem portadores de vitiligo ou psoríase coordenados por uma residente de psicologia com atuação em orientação psicanalítica. Apenas no primeiro encontro todos os participantes estiveram presentes, e a pesquisa foi finalizada com apenas dois deles. Os objetivos eram oportunizar um espaço de expressão e ressignificação dos afetos, compreender a função das manifestações somáticas, analisar o sentido atribuído pelos pacientes ao adoecimento de pele e, de modo geral, observar no grupo questões sobre a vivência com vitiligo.

As autoras afirmam que o tema é relativamente novo em pesquisas e que há poucos artigos publicados na área, indicando a necessidade de novos estudos com essa população que abarquem outros enfoques e pontos de vista, como, por exemplo, relações interpessoais e redes de suporte social, com vistas a aprofundar o conhecimento e qualificar futuras intervenções nesse campo.

Müller (2005) entende o adoecimento como uma manifestação simbólica da alma e propõe uma intervenção psicossomática no modelo junguiano. Em seu livro, discute alguns casos clínicos (de 13 mulheres com idade entre 18 e 59 anos) investigando as relações existentes entre psique e soma na origem e no desenvolvimento do vitiligo, buscando verificar se a intervenção psicoterápica associada ao tratamento médico levaria à repigmentação das manchas e identificar as diferenças observadas nas participantes durante os diferentes tratamentos. A partir disso, a autora observou e concluiu a importância de se compreender a simbolização da doença como algo essencial para a diminuição do progresso da doença.

Interessados em compreender a ansiedade social correlacionada ao vitiligo, Shah, Hunt, Webb e Thompson (2014) realizaram um estudo com 75 pacientes do Reino Unido que passaram por uma intervenção psicológica de autoajuda (fornecida sob a forma de folheto enviado por *e-mail*), cuja expectativa era reduzir a ansiedade. As medidas de avaliação foram tomadas usando ferramentas *on-line* antes do envio do folheto e depois de oito semanas de seu envio. A intervenção foi baseada em um modelo cognitivocomportamental de ansiedade social (CLARK, 2001 *apud* SHAH; HUNT; WEBB; THOMPSON, 2014), em que técnicas de psicoeducação, relaxamento, atenção e reorientação de atenção foram enviadas *on-line* para os participantes. Um exemplo dessas orientações era: “se eu me sentir ansioso em uma festa, então melhorarei minha confiança pensando em uma cena de praia”.

Comparando os resultados obtidos a um grupo de controle, os autores indicaram que: 24% dos pacientes que receberam a intervenção apresentaram alterações clínicas significativas na variável ansiedade social; 58% do grupo sem intervenção apresentaram piora nas condições clínicas dessa variável após o período do estudo (oito semanas entre o pré e o pós-teste). Não houve diferenças significativas entre as condições sobre as outras variáveis (ansiedade, qualidade de vida, preocupação com aparência e depressão). A estratégia é sinalizada como acessível, o que possibilita a redução de custos e o alcance de um grande número de pacientes. Os autores apontam, ainda, que existem poucas intervenções psicológicas disponíveis para pessoas que vivem com vitiligo, e nenhuma que se concentre em lidar com a ansiedade social,

de modo que seria interessante que pesquisas desenvolvessem materiais e possibilidades para essa população vulnerável.

Sacramento (2017, p. 10), em intervenção clínica psicológica grupal, estudou os resultados obtidos na observação de 12 mulheres portadoras de vitiligo em Aracaju após o uso de técnica da psicanálise (denominada pelos autores como “abordagem psicossomática via palavra, corpo e arte”). A intervenção de cinco encontros (que contou com auxílio para transporte das pacientes) contemplou: escuta, reflexão e troca de conhecimentos das próprias participantes, expressão de pensamentos e sentimentos. Para a avaliação, a autora usou entrevista semiestruturada, chegando à conclusão de que a intervenção permitiu a expressão de angústias, o reconhecimento de limitações e de comportamentos defensivos, mostrando-se como recurso para o cuidado e o desenvolvimento de resiliência.

O impacto psicológico da condição crônica do vitiligo não advém apenas da condição física; o estresse pode ser gerado pela antecipação de experiências negativas e interpretação das experiências atuais de forma ameaçadora ou negativa. As intervenções podem ajudar no aprendizado, reconhecimento e manejo das contingências e dos seus colaterais emocionais. Autores de algumas abordagens como TCC e psicanálise propuseram possibilidades de conduções psicoterapêuticas para portadores de vitiligo (MÜLLER, 2005; PAPADOPOULOS; BOR; LEGG, 1999; SACRAMENTO, 2017; SANT’ANNA *et al.*, 2003; SHAH; HUNT; WEBB; THOMPSON, 2014; SILVA; CASTOLDI; KIJNER, 2011); entretanto, nota-se uma lacuna em abordagens analíticas comportamentais observada na ausência de protocolos ou conduções de intervenção para essa população.

Para a análise do comportamento, é possível entender ansiedade e depressão do ponto de vista da incontrollabilidade do aversivo e de *deficits* em repertórios para produzir reforço (FERREIRA *et al.*, 2010). Por se tratar de uma condição dermatológica crônica, o vitiligo está relacionado a uma estimulação aversiva que não é facilmente retirada do ambiente social do portador (ou que, até mesmo, nunca será retirada). Melhorar a percepção de controlabilidade ambiental pode ser eficaz nessas situações de grande sofrimento, estresse e doenças crônicas.

Nesse sentido, seria importante a condução de estudos que observassem e modelassem estratégias analíticas e comportamentais para portadores de vitiligo envolvendo os seguintes repertórios: discriminação de estados internos e de suas contingências relacionadas; nomeação (autoconhecimento e validação do que é sentido); resolução de problemas e autocontrole; variação de repertórios comportamentais que diminuam a probabilidade de o portador ficar

excessivamente sob controle de eventos aversivos, buscando perspectivas novas ou mais positivas e formas alternativas de interpretação ambiental.

### **Protocolos de atendimento com cosméticos**

Bú, Alexandre, Scardua e Araújo (2017) descreveram a experiência de oito portadores de vitiligo por meio da aplicação de um questionário semiestruturado e da análise de conteúdo. Os autores concluíram que o vitiligo é uma doença psicossocial em que o processo de adoecimento é desencadeado e agravado de forma intimamente relacionada a quadros de preconceito, ansiedade e estresse autorrelatados. Foram identificadas relações entre estigma, visibilidade das manchas e cor da pele. Os participantes indicaram o uso de maquiagem para superar dificuldades no dia a dia como o distanciamento das pessoas e os olhares de repulsa. Os autores indicaram a importância da psicodermatologia como área de conhecimento e prática profissional, bem como a necessidade de se explorarem novas relações e se expandir a amostra em estudos futuros.

Por meio de relatos de portadores de vitiligo, Correia e Borloti (2013) evidenciam que comportamentos como “perguntar” e “olhar” para as manchas, emitidos pelo ambiente social, são compreendidos pelo portador do vitiligo como aversivos; a partir dessa aversividade experienciada, os autores apontam o surgimento de alguns comportamentos de fuga e esquiva emitidos pelo portador que favorecem o isolamento social, como evitar sair, cobrir as manchas com diversos artifícios e fazer piadas sobre sua própria doença. Entretanto, os autores também discutem o uso de maquiagem, comportamento de esquiva que pode favorecer a interação social, evitando o incômodo da exposição das manchas e, concomitantemente, aumentando a probabilidade de contato com contingências reforçadoras próprias das relações sociais.

Com isso, muitos pacientes encontram nos cosméticos um tratamento opcional para a cobertura das áreas com descoloração, principalmente no rosto, pescoço e mãos, o que faz com que a maquiagem se torne uma opção viável devido ao baixo custo, aos efeitos colaterais mínimos, à fácil aplicação e, principalmente, ao resultado imediato (HALDER; CHAPPELL, 2009). Battie e Verschoore (2011), a partir de um levantamento sobre dermatologia, cosméticos e bem-estar, discutem o papel importante dos cosméticos e dos cuidados com a beleza em doenças crônicas como vitiligo, hiperpigmentação, rosácea, dermatite atópica e outras doenças sistêmicas (como o câncer). Uma comparação entre pacientes com psoríase e vitiligo mostra que o comprometimento da qualidade de vida não é necessariamente correlacionado com a

intensidade aparente da doença; tratamentos de psoríase são mais invasivos e seus sintomas são mais pronunciados, mas atividades cotidianas e sociais parecem ser mais afetadas pelo vitiligo.

Devido aos seus efeitos sensoriais e impactos psicossociais, a camuflagem cosmética pode ser considerada uma modalidade terapêutica desenvolvida por pesquisadores da dermatologia e da estética para aliviar o sofrimento de pacientes com lesões deformantes congênitas ou adquiridas não passíveis de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, permitindo, assim, uma melhora na aparência por meio de produtos e técnicas específicos (ANTONIOU; STEFANAKI, 2006; KENT, 2002; LeROY, 2000; WESTMORE, 2001). Uma pesquisa realizada em Nova York por Levy e Emer (2012) levantou nos bancos de dados *Medline* e *Scopus* estudos que documentassem o benefício emocional de cosméticos utilizados para camuflagem. Além da revisão da literatura, foi relatada também uma experiência pessoal, e os dados indicaram que esses cosméticos fornecem um significativo benefício emocional para pacientes com condições que afetam a pele na área da face, como acne, psoríase, vitiligo e rosácea. Os autores apontam, entretanto, que mais estudos clínicos são necessários para avaliar e validar as conclusões relatadas.

A camuflagem cosmética serve como um mecanismo para ajudar a dar satisfação imediata aos pacientes, embora muitos médicos não a considerem como uma terapia validada. De todo modo, é importante que o dermatologista forneça essa opção para pacientes em consulta inicial, pois ela produz resultados imediatos e pode ser útil enquanto se aguardam os efeitos do tratamento médico. A melhoria na qualidade de vida se mostra relacionada à satisfação do paciente e à adesão ao tratamento médico; sendo assim, aumentar o conhecimento de camuflagem cosmética no início do tratamento (e, conseqüentemente, a qualidade de vida) é também uma forma de produzir resultados clínicos melhorados (LEVY; EMER, 2012).

Estudos ao redor do mundo têm investigado o potencial uso de cosméticos em variadas condições dermatológicas e crônicas. McMichael, Balkrishnan, Bouloc e Feldman (2004), nos Estados Unidos, avaliaram o uso de cosméticos corretivos em mulheres com uma ou mais das seguintes condições: acne, hipopigmentação, lentigenes, melasma, proliferação vascular, rosácea e outras cicatrizes faciais. No Japão, Tanioka, Yamamoto, Kato e Miyachi (2010) avaliaram os efeitos psicológicos em pacientes com vitiligo depois de aulas de camuflagem realizadas em clínicas no Hospital Universitário de Kioto e no Hospital da Cruz Vermelha de Fukui.

Seité *et al.* (2012) avaliaram a qualidade de vida na França em pacientes maiores de 18 anos, homens e mulheres, com dermatoses desfigurantes (acne, cicatrizes de acne, melasma,

vitiligo, rosácea etc.) que afetassem o rosto após recomendação e ensino cosmético feito por um dermatologista. Também na França, Peuvrel *et al.* (2012) avaliaram a qualidade de vida em pacientes com idade entre 4 e 79 anos com acne, rosácea, cicatrizes e várias dermatoses após aulas de maquiagens. Segot-Chicq e Fanchon (2013), nos Estados Unidos, avaliaram o impacto do uso de um produto de cuidado cosmético para pele em mulheres pré e pós-menopausa. No Canadá, Ramien *et al.* (2014) avaliaram pacientes pediátricos com anomalias vasculares e pigmentares na pele, com cinco anos de idade ou mais, aplicando o DLQI antes e após seis meses do ensino do uso de camuflagem cosmética; todos receberam produto suficiente para uso diário durante os seis meses de acompanhamento. Na Itália, Monfrecola *et al.* (2016) estudaram o uso de maquiagem em mulheres com acne. Jones e Kramer (2016), no Reino Unido, avaliaram a percepção de atratividade e o uso de maquiagens. Em todos esses estudos, variando a forma de avaliação, foi indicado como resultado a melhora nos indicativos de qualidade de vida.

Em estudo realizado por Boehncke *et al.* (2002) com 20 mulheres com doenças de pele desfigurantes de alto impacto sobre a qualidade de vida (média 9,2 DLQI), um cosmético para camuflagem foi usado por duas semanas e teve um efeito significativo sobre a qualidade de vida, com uma média DLQI de 9,2 passando para 5,5 (quanto maior o DLQI, pior a qualidade de vida). O resultado também se repete em estudos que usam outros instrumentos, como *Skindex*, por exemplo.

Balkrishnan *et al.* (2005) fizeram um estudo com 73 mulheres com uma ou mais das seguintes condições: acne, dermatose papulosis, hipopigmentação, lentigines, melasma, rosácea, proliferação vascular, cicatrizes. O cosmético corretivo foi aplicado na visita inicial e os produtos foram fornecidos juntamente com suas instruções de uso. Os resultados mostraram um impacto psicológico positivo dos produtos cosméticos para camuflagem depois de duas semanas, quatro semanas e três meses de uso regular. Essa avaliação confirmou tanto o benefício imediato sentido pelos pacientes como também o de longo prazo. No estudo realizado por Ongenae, Van Geel, De Schepper e Naeyaert (2005), o resultado de 119 pacientes com vitiligo e a alteração de seus escores do DLQI revelaram que o impacto da doença é maior entre as mulheres do que entre os homens: parece que a qualidade de vida das mulheres é mais afetada por essa condição devido à alteração de sua aparência.

Ongenae *et al.* (2005) enviaram 78 questionários por correio para membros de uma associação de vitiligo da Bélgica; aqueles que respondiam o primeiro questionário recebiam um segundo questionário junto com uma amostra de maquiagem (creme compacto). Após pelo menos um mês de uso da amostra, os participantes deviam responder e enviar um segundo



questionário. Nos estudos citados (ONGENAE *et al.*, 2005; TANIOKA; YAMAMOTO; KATO; MIYACHI, 2010), melhorias significativas nos escores DLQI foram notadas. Em comparação com outras condições dermatológicas, pacientes com vitiligo têm maior sensação de vergonha na autopercepção, documentada por maiores graus de comprometimento (DLQI maior que 10), e relatam melhorias ainda maiores em escalas de qualidade de vida após o uso de maquiagem para camuflagem.

Holme, Beattie e Fleming (2002) também investigaram o efeito do uso de cosméticos para camuflagem em 82 pacientes com desordens pigmentares, cicatrizes ou angiomas. Também utilizando o DLQI, o estudo comparou o antes e o depois do impacto um mês após uma visita em uma clínica de cuidados cosméticos e estéticos. Os resultados de análise dos questionários mostraram uma melhoria significativa da qualidade de vida, com um DLQI que passou de 9,1 para 5,8; as melhorias mais importantes se deram na vida sexual e nas relações interindividuais.

Tomados juntos, todos esses resultados parecem apontar que o vitiligo é a condição dermatológica mais estudada no que diz respeito ao efeito da terapia de camuflagem sobre a qualidade de vida, e que tal recurso se mostra eficiente em melhorar indicadores de sofrimento, isolamento e engajamento em tratamentos dermatológicos. No Brasil, entre as mulheres portadoras de vitiligo, o protetor solar (73,5%), os cremes corporais e faciais (60,7%) e a maquiagem (44,4%) parecem ser recursos cosméticos diários (RUIZ, 2016; RUIZ; REIS, 2018).

Entre os cosméticos, a maquiagem é capaz de amenizar imediatamente o efeito visual antiestético do vitiligo, que causa constrangimentos e depreciação da autoimagem dos portadores da doença. A literatura aponta que, devido à sua facilidade de acesso, baixo custo e efeitos colaterais mínimos, a camuflagem cosmética poderia ser uma das técnicas utilizadas (em conjunto com diferentes técnicas de cuidados psicoterapêuticos) como instrumento de cuidado com portadores de vitiligo.

Segundo a Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos (ABIHPPC), o Brasil é o terceiro maior mercado do setor, atrás apenas dos Estados Unidos e do Japão (Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial – ABDI e Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE, 2010 *apud* AVELAR; VEIGA, 2011). Considerando a alta demanda por cosméticos, vale a pena investigar os impactos de seu uso pelos consumidores.

Nota-se que o uso de maquiagem aparece como estratégia para os pacientes de vitiligo em pesquisas diversas (BATTIE; VERSCHOORE, 2011; CORREIA; BORLOTI, 2013; HALDER; CHAPPELL, 2009; LEVY; EMER, 2012). Alguns estudos têm investigado o impacto do uso de cosméticos sobre indicadores de qualidade de vida, saúde mental e autoestima (ANTONIOU; STEFANAKI, 2006; BALKRISHNAN *et al.*, 2005; BOEHNCKE *et al.*, 2002; BÚ; ALEXANDRE; SCARDUA; ARAÚJO, 2017; HOLME; BEATTIE; FLEMING, 2002; KENT, 2002; LeROY, 2000; LEVY; EMER, 2012; ONGENAE *et al.*, 2005; ONGENAE; VAN GEEL; DE SCHEPPER; NAEYAERT, 2005; RADTKE *et al.*, 2009; RUIZ, 2016; TANIOKA; YAMAMOTO; KATO; MIYACHI, 2010; WESTMORE, 2001).

Outros estudos indicam a importância e o efeito positivo da psicoterapia e/ou do uso de regulação emocional para pacientes com doenças dermatológicas crônicas, quadros de ansiedade e depressão (BÚ; ALEXANDRE; SCARDUA; ARAÚJO, 2017; CORREIA; BORLOTI, 2013; DRYMAN; HEIMBERG, 2018; GARNEFSKI; KRAAIJ; SPINHOVEN, 2001; LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013; PAPADOPOULOS; BOR; LEGG, 1999; PARSAD; DOGRA; KANWAR, 2003; SHENEFELT, 2010; URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005b). Entretanto, algumas lacunas não estavam cientificamente preenchidas, a saber: 1) carência de informações mais específicas sobre as técnicas utilizadas, bem como seus objetivos e conduções, que oferecessem a possibilidade de replicação desses estudos; 2) não integração (em nenhum dos estudos) de técnicas cosméticas e psicológicas; 3) ausência de estudos com abordagem analítica comportamental, bem como análises funcionais que descrevessem essa população.

Como dito anteriormente, o autoconhecimento possibilita comportamentos propositais e, assim, a maximização de reforçamento positivo para o indivíduo (BRANDENBURG; WEBER, 2005). O uso de contingências reforçadoras positivas apresenta várias vantagens: fortalece os comportamentos adequados; produz maior variabilidade comportamental; produz sentimentos bons, como satisfação, bem-estar, alegria, autoestima. Ou seja, a emoção envolve o controle de estímulos e, a depender do estímulo ao qual um indivíduo se expõe, evocam-se determinadas emoções. Uma forma de regular emoções, portanto, é ensinar repertório para que as pessoas busquem estímulos mais prazerosos e identifiquem situações positivas, colocando seu comportamento sob controle de consequências mais reforçadoras (GUILHARDI, 2002).

Conclui-se, então, que autocuidado pode ser considerado uma classe de comportamentos que o indivíduo estabelece para si mesmo com a função de obter reforçadores como sentimentos relacionados a autoestima, autoconfiança e bem-estar; envolve

comportamentos relacionados a promover, ampliar e manter condições de saúde mental, saúde física e qualidade de vida. Entretanto, para acessar esses reforçadores, é necessário repertório comportamental de quais comportamentos têm/terão essa função (ou seja, autoconhecimento), além de estimulação, modelação e treino desses comportamentos (BORGES; CASSAS, 2009; MEYER, 2011).

O autocuidado é algo íntimo, variando de acordo com a história de cada pessoa: o que é reforçador para um pode não ter se estabelecido com esse valor para outros. A psicoterapia pode ser considerada uma forma de autocuidado, uma vez que promove repertórios desse autoconhecimento que habilitam o indivíduo a analisar relações funcionais dos próprios comportamentos, para, assim, construir autorregras mais efetivas, a fim de atingir consequências reforçadoras (HUBNER; MOREIRA, 2012).

Considerando os dados relativos ao sofrimento afetivo e emocional do portador de vitiligo e os resultados de intervenções já descritas na literatura, o presente estudo propõe contribuir para a compreensão comportamental de condições estéticas e de saúde mental por meio da elaboração de análises funcionais de contingências associadas ao vitiligo (queixas, dificuldades, sofrimentos, experiências, entre outras descrições da população), bem como identificar fatores de resiliência (repertório adaptativo, protetivo e funcional). A partir dessa compreensão de aspectos estéticos e psicológicos, elabora-se um protocolo com recursos claros e bem-descritos que favoreçam intervenções com maior possibilidade de acessibilidade, replicação e efetividade.

Para atingir esses objetivos gerais, é necessário: 1) descrever como o vitiligo afeta os repertórios de seus portadores por meio de uma análise funcional das contingências, propiciando, assim, maior compreensão dos aspectos envolvidos nas queixas e possibilitando um planejamento de intervenções mesmo em diferentes abordagens (além da coleta de dados de saúde pública para inúmeras aplicações); 2) observar e/ou modelar estratégias de enfrentamento e manejo social; 3) ensinar e/ou reforçar repertórios de autoconhecimento que indiquem maior exposição a reforçamento positivo, resiliência, autocuidado, autoestima, autoconfiança e habilidades sociais; 4) integrar técnicas cosméticas e psicológicas; 5) descrever metodologicamente um procedimento com informações específicas sobre as técnicas utilizadas, bem como seus objetivos e conduções, oferecendo a possibilidade de replicação para futuros trabalhos.

Espera-se, assim: 1) encontrar altos índices de sofrimento psicológico no pré-teste; 2) observar, descrever e ensinar repertórios de manejo físico e psicológico do vitiligo (aumentando a percepção de controle das participantes sobre algumas variáveis do ambiente a fim de reduzir a estimulação aversiva e aumentar a estimulação prazerosa); 3) observar maior variabilidade comportamental adaptada ao vitiligo no pós-teste; 4) observar uma redução do sofrimento psicológico no pós-teste.

## CAPÍTULO 2:

### MÉTODOS

#### Participantes

Participaram deste estudo mulheres que se declararam interessadas por uma pesquisa desta natureza e deixaram seu endereço de contato em coleta realizada anteriormente (RUIZ, 2016). Além disso, a pesquisa foi amplamente divulgada junto a instituições de saúde em que existiam serviços de atendimento médico de dermatologia ou áreas afins, sendo solicitado aos profissionais de saúde que indicassem aquelas pacientes que melhor se adequassem ao processo. Também houve divulgação em entrevistas, rádios, jornais, *sites*, mídias sociais, grupos de portadores de vitiligo, entre outros.

Foram coletados dados de oito participantes que concluíram todo o pacote de intervenção, com idade entre 24 e 48 anos, portadoras de vitiligo, residentes nos municípios de São Carlos, Américo Brasiliense e Descalvado (estado de São Paulo). Os critérios para inclusão foram: 1) se identificar com o gênero feminino; 2) ser maior de 18 anos; 3) apresentar diagnóstico de vitiligo feito por profissional qualificado (médico/dermatologista); 4) apresentar manchas na região do rosto; 5) ter disponibilidade e interesse em participar dos encontros previstos (considerando sua quantidade e duração). Os seguintes critérios foram utilizados para exclusão da amostra: 1) estar recebendo naquele momento acompanhamento psicoterápico; 2) não ter disponibilidade para as datas e os horários oferecidos.

Foi solicitado que as participantes interessadas preenchessem uma ficha de inscrição digitalizada disponibilizada por meio do Google Formulários, na qual deveriam informar: nome completo, idade, cidade de residência e telefone para contato. Era informado nessa ficha que a pesquisa envolveria quatro encontros (um por semana) presenciais em uma sala do Serviço Escola Psicologia (SEPsi), localizado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com duração média de uma hora.

Além disso, era perguntado se a participante tinha essa disponibilidade e, se sim, quais os melhores dias e horários para ela. Foi enviado um mapa com a localização da sala onde aconteceriam os encontros (feito pela pesquisadora). Também foi questionado se a participante tinha/usava produtos de maquiagem e se apresentava alguma condição estética (na região do rosto) que causasse algum incômodo (acne, oleosidade, manchas, olheiras, rugas etc.); análises

adicionais foram feitas em relação a tais aspectos para se elaborar a intervenção a partir de uma seleção de técnicas, modelos e treinos apresentados. As principais queixas físicas apontadas na ficha de inscrição forneceram dados para elaboração da aula de Maquiagem Corretivo Terapêutica (MCTe) com técnicas específicas para as principais queixas.

A ficha foi respondida por 23 mulheres. Entretanto, devido a fatores diversos (impossibilidade de horário, mudança de cidade, desistência, entre outros), muitas delas não compareceram aos encontros, desmarcaram as sessões ou não responderam ao contato. As interessadas que não participaram da pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão ou pelo seu encerramento foram orientadas sobre locais alternativos e condições de atendimento em unidades de saúde públicas disponíveis na região. As participantes iniciaram o procedimento após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (disponibilizado no Anexo I).

No último encontro, quando foi observada a necessidade de intervenção para demandas fora do escopo do estudo, as participantes foram encaminhadas para profissionais da saúde mental ou de outras áreas, de acordo com a especificidade da queixa – por exemplo, foi perguntado a todas as participantes se, caso sentissem necessidade de ajuda em algum aspecto de saúde física ou mental no futuro, elas: 1) saberiam onde e como conseguir a ajuda necessária; 2) procurariam de fato essa ajuda; 3) teriam condições e conhecimento para buscar informações adicionais sobre mais técnicas de autocuidado.

O presente protocolo foi inicialmente delineado para ser implementado em grupo. No entanto, após dois meses de inúmeras tentativas de encontros e de ausência de participantes, decidimos modificar a implementação para o uso de intervenção individual. Um novo delineamento foi elaborado para o protocolo, contemplando as adaptações necessárias (materiais, técnicas, entre outras).

Além dessa tentativa de delineamento em grupo, alguns procedimentos pilotos foram conduzidos com nove participantes (nem todas eram portadoras de vitiligo, pois trata-se de uma população restrita) para refinamento da metodologia: 1) cálculo do tempo necessário para as atividades; 2) seleção e verificação da efetividade das técnicas para os objetivos estabelecidos, bem como sua condução e ajustes necessários; 3) alinhamento entre demandas e possibilidades interventivas; 4) elaboração de especificidades metodológicas: construção, edição, avaliação e readequação dos materiais, vídeos, aulas, instrumentos, fichas, registros etc.; 5) estudo das conduções psicoterapêuticas; 6) seleção, adequação e aplicação dos

materiais e técnicas de maquiagem em diferentes colorações, de forma a atender as queixas apresentadas.

Sobre a cor de pele das participantes, segundo classificação dos fototipos de pele proposta por Fitzpatrick (1976 *apud* MOTA, 2006), há, nos estudos pilotos: duas participantes negras (grupo VI de Fitzpatrick), uma participante morena escura (grupo V de Fitzpatrick), duas participantes morenas moderadas (grupo IV de Fitzpatrick) e duas participantes brancas (grupo I de Fitzpatrick). As condições dermatológicas (queixas) eram: uma participante com rosácea, três participantes com acne, quatro participantes com vitiligo, duas participantes com rugas/pele madura, cinco participantes com manchas (hiperpigmentação/descoloração), três participantes com pele oleosa, quatro participantes com pele seca/sensível.

Após a elaboração da metodologia final, foram aplicados os procedimentos em 12 novas participantes, todas portadoras de vitiligo. Quatro não concluíram todos os encontros ou não compareceram por motivos diversos (mudança de cidade, impossibilidade de horários, trabalho e adoecimento). Sendo assim, serão apresentados e discutidos os resultados das oito participantes que concluíram o procedimento em sua versão completa e final. O Quadro 1 apresenta sua caracterização geral.

Sobre a cor de pele das oito participantes da pesquisa: P5 é branca (grupo II de Fitzpatrick); P2, P7 e P8 são morenas claras (grupo III de Fitzpatrick); P1, P3, P4 e P6 são morenas moderadas (grupo IV de Fitzpatrick). As condições dermatológicas (queixas iniciais) eram: P1 e P2 vitiligo; P3 melasma e manchas do vitiligo; P4 oleosidade, manchas e pequenas marcas de expressão no olho; P5 manchas; P6 vitiligo e olheiras; P7 linhas de expressão; P8 olheiras, pelos grossos na região do buço, queixo e pescoço e pele muito sensível (queima e fica muito vermelha se exposta ao sol).

**Quadro 1** - Identificação da participante (P), idade (anos), classificação sócio econômica (CE, segundo Questionário Critério Brasil (2016)), estado civil (EC), tempo de convívio com o vitiligo (TC, em anos), cosméticos que utilizava em sua rotina antes da intervenção (Cuidados Pré), tratamentos já realizados para vitiligo (prescritos ou não por um médico) e domínios rastreados, antes da intervenção, pelo PROMIS I, em que a participante indicou necessidade de maior investigação (sublinhados os com maior incidência, ou seja, verificados em mais de 75% das participantes)

<b>P</b>	<b>Idade</b>	<b>CE</b>	<b>EC</b>	<b>TC</b>	<b>Cuidados Pré</b>	<b>Tratamentos</b>	<b>PROMIS I</b>
<b>P1</b>	36	B2	Casada	4	Maquiagem, Cremes para o rosto, Cremes para o corpo	Pomadas e loções prescritas, Tratamentos por laser, fototerapia (não prescrito) e outros não prescritos.	<u>Depressão, Raiva, Ansiedade, Mania, Sintomas Somáticos</u> , Uso de Substâncias (6 indicadores)
<b>P2</b>	27	B2	Casada	16	Protetor solar, Maquiagem, Cremes para o rosto, Cremes para o corpo	Remédios via oral prescritos, Pomadas e loções prescritas, Pomadas e loções não prescritas	<u>Depressão, Raiva, Ansiedade, Sintomas Somáticos, Ideação Suicida, Pensamentos e Comportamentos Repetitivos, Funcionamento de Personalidade</u> (7 indicadores)
<b>P3</b>	48	B1	Casada	40	Cremes para o corpo	Pomadas e loções prescritas, Remédios não prescritos, uma sessão de acupuntura	<u>Depressão, Raiva, Ansiedade, Mania, Problemas de sono, Memória, Uso de Substâncias</u> (7 indicadores)
<b>P4</b>	38	C2	Casada	4	Cremes para o rosto, Cremes para o corpo	Pomadas e loções não prescritas	<u>Depressão, Raiva, Ansiedade, Mania, Sintomas Somáticos, Psicose, Problemas de sono, Memória, Pensamentos e Comportamentos Repetitivos, Dissociação, Funcionamento de Personalidade, Uso de Substâncias</u> (12 indicadores)



<b>P5</b>	29	B1	Solteira	7	Protetor solar, Maquiagem, Cremes para o corpo	Remédios via oral prescritos, Pomadas e loções prescritas, Psicoterapia, homeopatia (não prescrita)	<u>Depressão, Raiva, Ansiedade, Sintomas Somáticos</u> , Problemas de Sono, Memória, Pensamentos e Comportamentos Repetitivos, Dissociação, <u>Funcionamento de Personalidade</u> (9 indicadores)
<b>P6</b>	36	B1	Casada	2	Protetor solar, Maquiagem, Cremes para o rosto	Pomadas e loções prescritas, Remédios não prescritos	<u>Depressão, Raiva, Mania, Ansiedade, Sintomas Somáticos</u> , Problemas de Sono, Memória, <u>Funcionamento de Personalidade</u> (8 indicadores)
<b>P7</b>	39	A	Casada	2	Protetor solar, Maquiagem	Remédios via oral prescritos, Pomadas e loções prescritas e outros não prescritos	<u>Mania, Funcionamento de Personalidade</u> , Uso de Substâncias (3 indicadores – relatou histórico de <u>sintomas somáticos</u> , não indicado no instrumento)
<b>P8</b>	24	B2	Solteira	13	Protetor solar, Cremes para o rosto, Cremes para o corpo	Pomadas e loções, Acupuntura e outros não prescritos	<u>Depressão, Raiva, Mania, Ansiedade, Sintomas Somáticos</u> , Psicose, Problemas de Sono, Pensamentos e Comportamentos Repetitivos, Dissociação, <u>Funcionamento de Personalidade</u> , Uso de Substâncias (11 indicadores – relacionou ao vitiligo um histórico de ideação/tentativa suicida)

Todas as participantes declararam ter cor branca (de I a III na escala Fitzpatrick) e estar em uma união estável (considerando-se casadas) ou casadas. No Quadro 1, vemos que a idade das participantes varia de 24 a 48 anos. A participante P3 é a que convive há mais tempo com o vitiligo (40 anos). A escolaridade varia entre ensino fundamental I completo (P4), ensino médio completo (P1, P3, P6 e P8) e ensino superior completo (P2, P5 e P7). Em entrevista, apenas uma das participantes (P1) indicou ter algum familiar com vitiligo (pai). A P4 é a que convive a menos tempo com o vitiligo (quase quatro anos); essa participante apresentou o maior número de indicadores rastreados como cuidado em saúde mental (12 deles). A participante com o menor número de indicadores apresentou quatro áreas de cuidado em saúde mental (uma delas foi autorrelatada), e atribui essa “fase muito boa da vida, em vários aspectos (familiar, amoroso/sexual, profissional, econômico e manchas quase imperceptíveis)”, como um fator para estar sendo muito pouco impactada pelo vitiligo.

### **Local/Instrumentos**

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos psicodiagnósticos: Questionário Específico de Qualidade de Vida no Vitiligo [*Vitiligo Specific Quality of Life Instrument*] (VitiQoL); Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde [*World Health Organization Quality of Life – Bref*] (WHOQOL-Bref); Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR); Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS); Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto (PROMIS I); Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 de Depressão (PROMIS II Depressão). Para medida do incômodo, foi utilizado o Inventário de Incidência e Incômodo de Manchas de Vitiligo (IIIMV) (RUIZ; REIS, 2018). As versões integrais desses instrumentos podem ser examinadas nos Anexos.

Como já explicitado, as participantes informaram seus dados pessoais. O Questionário Critério Brasil (2016), da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP), foi utilizado para caracterizar socioeconomicamente as participantes (distribuição de classes). Os dados sobre vitiligo solicitados foram: idade em que apareceram as manchas, qual profissional fez o diagnóstico, que tratamentos foram realizados, além de dados sobre rotina e hábitos sobre cosméticos que a participante usava

diariamente (protetor solar, maquiagem, cremes para o corpo, cremes para o rosto ou outros).

No IIIMV, era solicitado que a participante indicasse a área de seu corpo afetada por manchas decorrentes do vitiligo por meio de uma figura que representava o corpo humano feminino dividido em 23 regiões, assinalando o quanto cada uma delas incomodava em uma variação de 0 (nenhum incômodo) a 4 (me incomoda muito, não suporto a mancha).

Para mensurar a qualidade de vida geral, foi aplicada a versão em português do WHOQOL-Bref. A avaliação de qualidade de vida específica para a condição dermatológica presente foi feita utilizando o VitiQoL. A escala de autoestima desenvolvida por Rosenberg (EAR) (1965) foi utilizada como o indicador dessa medida. Esse instrumento já havia sido traduzido e validado para adultos e adolescentes brasileiros, apresentando bons indicadores de consistência interna em dois estudos – em Hutz (2000): Alfa de Cronbach de 0,86; em Hutz e Zanon (2011): Alfa de 0,90. O instrumento apresenta dez sentenças: cinco são referentes a autoconceitos ou autovalorização positivos e cinco dizem respeito a autoconceitos negativos ou autodepreciativos. As afirmativas deveriam ser avaliadas considerando uma escala *likert*, variando de 1 (Discordo Totalmente) a 4 (Concordo Totalmente). No escore geral, a pontuação varia de 10 a 40 (quanto maior a pontuação, maior a autoestima).

Também foi utilizada a LSAS, ferramenta de avaliação que aborda interações sociais e situações de desempenho que são evitadas ou temidas por indivíduos com fobia social. O questionário é composto de 24 itens com situações que devem ser classificadas de 0 a 3 em termos da ansiedade que provocam e da frequência com que são evitadas.

O PROMIS I é um instrumento que rastreia a presença de indicadores de cuidado em 13 domínios de saúde mental: Depressão, Raiva, Mania, Ansiedade, Sintomas Somáticos, Ideação Suicida, Psicose, Distúrbio do sono, Memória, Pensamentos e comportamentos repetitivos, Dissociação, Funcionamento da personalidade e Uso de substâncias. O instrumento foi traduzido e disponibilizado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014). Numa avaliação psicodiagnóstica, as áreas rastreadas como indicadores de cuidado neste instrumento devem ser avaliadas com mais especificidade por sinalizarem uma possível existência de transtornos mentais. Uma análise da confiabilidade da escala feita por Ruiz e Reis (2018) considerando os 117

questionários analisados mostrou que o instrumento apresentou um Alfa de Cronbach de 0,92, demonstrando uma forte consistência interna.

O PROMIS II Depressão foi proposto pela APA (2014) e contém itens relativos ao diagnóstico da depressão com o objetivo de avaliar mais cuidadosamente seus sinais após a identificação de risco no PROMIS I; sua versão para adultos foi indicada para indivíduos de ambos os sexos com 18 anos ou mais. Em nossa pesquisa, foi utilizada a tradução e adaptação cultural dos bancos de itens para a língua portuguesa (CASTRO *et al.*, 2014). O instrumento solicita que o respondente avalie a frequência estimada de oito diferentes sintomas nos últimos sete dias: “senti-me sem esperança”, “senti-me um fracassado” etc.

Cada item deve ser avaliado em uma escala *likert* de 4 pontos, variando de 0 (Nunca) a 4 (Sempre); o escore total varia de 0 a 32 pontos. Quatro diferentes níveis de depressão podem ser identificados: 1) Nenhuma ou Leve (Escore de 0 a 16); 2) Moderada (17 a 22); 3) Severa (23 a 32). Escores indicando níveis moderados ou severos de depressão seriam indicativos de cuidado em saúde mental. O instrumento apresentou um indicador de forte consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,96), considerando os resultados obtidos no estudo de Ruiz e Reis (2018).

No início e ao final de cada sessão do protocolo de intervenção, era apresentada uma escala de diferencial semântico que apresentava 12 pares de adjetivos usualmente atribuídos a condições físicas ou emocionais presentes em contingências relativas ao vitiligo (triste/alegre; feia/bonita etc.). Essa escala pode ser examinada no Anexo III.

Foram feitos registros durante o treino de MCTe (Apêndice VI). Logo no início era perguntado para a participante se ela tinha alguma pessoa famosa (artista, cantora etc.) que considerava uma referência de beleza. Em seguida, duas perguntas eram realizadas especificamente sobre autorrelato de aparência física e ferramentas: “Sinto que preciso fazer algo para me sentir melhor com a minha aparência” e “Sinto que não tenho alternativas para me sentir melhor com minha aparência”. As múltiplas escolhas para resposta eram: sim, em todos os momentos; sim, às vezes; sim, raramente; não, em nenhum momento.

Após a apresentação via videoaula dos tópicos sobre autoestima, características positivas e negativas, era solicitado que a participante se observasse no espelho e listasse as características positivas e negativas físicas que era capaz de observar na região do rosto. Após a apresentação via videoaula dos cosméticos e técnicas adequados para as

condições físicas e queixas da participante (previamente sinalizadas na ficha de inscrição), era perguntado se ela já conhecia ou usava os produtos e técnicas apresentados no vídeo. Ao final do treino, era perguntado se ela achava que poderia ou conseguiria continuar se maquiando quando quisesse ou precisasse. As duas perguntas sobre aparência física e ferramentas eram realizadas novamente e, em seguida, ela era instruída para que pontuasse características positivas e negativas da atividade que tinha acabado de realizar.

Duas videoaulas foram utilizadas no segundo e terceiro encontros. A gravação do material audiovisual para elaboração, construção, edição e reprodução das videoaulas foi inteiramente realizada pela pesquisadora, e demandou os seguintes equipamentos: câmera fotográfica e filmadora, gravador de áudio, material de iluminação (*ringlights*), *softwares* para edição de vídeos e imagens (*Wondershare Filmora*, versão 8.5.5, 2018), *software* para construção de *slides* (*PowerPoint*, Pacote Office, 2016), materiais para demonstração de técnicas de maquiagem e autocuidado (cosméticos, maquiagens, instrumentos de apoio, materiais de higienização, pincéis, esponjas e descartáveis). *Softwares* para análise e tratamento dos dados, elaboração da tese, Figuras e Quadros também foram utilizados (Pacote Office para Windows e SPSS).

As participantes foram fotografadas utilizando câmera fotográfica de um celular Samsung Galaxy S8 com 12 *megapixels*. Para registro integral das sessões, foi utilizada uma câmera filmadora digital JVC Everio G Series (GZ-MG330HUB HD). A digitalização e o registro dos instrumentos foram feitos por um computador com acesso ao Google Formulários. Materiais para registro impressos também foram utilizados, tais como TCLE dos participantes, caderno de campo para anotações da pesquisadora, fichas de Registro Semanal de Autocuidado e Registro de Dificuldades e fichas de Registro da MCTe.

Além das maquiagens de uso pessoal das participantes e de espelhos individuais, para o Treino de MCTe foram utilizadas maquiagens padrão para usuários médios sem especificidade, uma vez que o vitiligo não requer produtos com características dermocosméticas restritas. O Grupo Boticário concedeu a maior parte do material utilizado, em parceria estabelecida sob a forma de doação; sendo assim, as maquiagens seguem o padrão de qualidade e os testes dermatológicos da empresa. Todos os critérios de higiene do ambiente, esterilização de materiais e uso adequado de descartáveis individuais (tais como pincéis para lábios, pincéis para olhos/cílios, esponjas, lenços,

lenços umedecidos, hastes flexíveis específicas para maquiagem e discos de algodão) foram garantidos.

## Procedimentos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar (CAAE 64751317.1.0000.5504). As mulheres interessadas foram convidadas a preencher uma ficha de inscrição e, após algumas semanas, receberam o convite com data, horário e local para participar de um encontro. A proposta da pesquisa e as cláusulas do TCLE foram apresentadas no primeiro encontro; aquelas que concordaram (por meio da assinatura do termo) responderam instrumentos de pré-teste e participaram de um protocolo em intervenção terapêutica. O procedimento de intervenção proposto aconteceu em quatro encontros com duração média de uma hora (duas horas para o segundo encontro) em que foram realizadas atividades diversas.

No primeiro encontro (Acolhimento e Levantamento Inicial), foi feito um levantamento de condições físicas e de saúde mental (aplicação de instrumentos para rastreio de condições de qualidade de vida, saúde mental, autoestima, ansiedade e depressão), queixas, entrega dos materiais e instruções para preenchimento em casa. No segundo encontro (MCTe), foram realizadas atividades práticas e teóricas de autopercepção, autoestima, autocuidado, função/seleção/aplicação/compra de cosméticos, automaquiagem teórica e prática. No terceiro encontro, foi feito o Treino de Regulação Emocional (TRE): psicoterapia, emoções, respostas emocionais, autocontrole, autoconhecimento, habilidades sociais, treino discriminativo, *role-play*, aplicação do pós-teste. No quarto encontro (*follow-up*), as participantes deram uma devolutiva a respeito das atividades, foram verificadas as necessidades de treinos adicionais e encaminhamento para profissionais da saúde e os instrumentos foram reaplicados.

Durante toda a intervenção, cada participante realizou: uma sessão de acolhimento; uma sessão de MCTe; uma sessão de TRE; após 15 dias, foi realizado um encontro de *follow-up* para verificação de manutenção dos resultados (repertórios treinados) e critérios de encerramento; posteriormente, sessões adicionais com treino(s) de MCTe e/ou TRE foram feitos de acordo com a demanda de cada participante.

*Procedimentos de intervenção*

O protocolo de intervenção visa, a partir do ensino de manejo de condições ambientais da participante, promover comportamentos que minorem ou eliminem fatores de contingências aversivas nas interações diárias, aumentando especialmente contingências mantidas por reforço positivo. Por meio do ensino e/ou aumento da frequência de repertórios socialmente mais eficazes, espera-se observar a diminuição de respostas como comportamento de esquiva e isolamento social (fortalecidas por reforçamento negativo que reduzem ou evitam a estimulação aversiva), além do fortalecimento de respostas que reduzam a estimulação aversiva, o aumento dos comportamentos indicadores de autoconhecimento e que favoreçam maior exposição a reforçamento positivo, resiliência, autocuidado, autoestima, autoconfiança, habilidades sociais.

Para tanto, o protocolo contém: 1) procedimentos psicoterapêuticos que viabilizam descrição das contingências em vigor, observação e ensino de repertórios comportamentais eficazes envolvendo autoconhecimento, habilidades sociais e autocuidado (pacote de intervenção elaborado e denominado neste estudo de Treino de Regulação Emocional – TRE); 2) elaboração, aplicação e análise da técnica Maquiagem Corretiva Terapêutica (MCTe, pacote de intervenção elaborado e assim denominado neste estudo) como proposta de capacitação na autopercepção (sentimentos, aspectos físicos/estéticos, características e habilidades), autocuidados (clínicos, físicos, de saúde mental e estéticos), autocuidado cosmético (protetor solar, maquiagens, entre outros) adequado e correta aplicação dos produtos, a fim de: 2.a) cuidar, proteger e/ou camuflar/amenizar temporariamente, deixando em segundo plano condições estéticas identificadas pelas participantes como pontos negativos (que geram desconforto, constrangimento, vergonha, tristeza etc.), como manchas, cicatrizes, espinhas; 2.b) realçar/trazer para primeiro plano pontos positivos e características consideradas positivas pela participante; 2.c) estimular comportamentos de autocuidado (ir ao médico, buscar ajuda quando necessário, aderir a tratamentos, proteger-se do sol, fazer atividades com efeito positivo para si, entre outros já descritos); 2.d) conhecimento do que são sentimentos como a autoestima, bem como suas funções, seus efeitos no ambiente e em si, além da construção positiva destes. Os encontros estavam previstos para ter duração média de uma hora; essa variável foi registrada para cada sessão. Objetivos gerais e

materiais necessários estão descritos no Quadro 2. A descrição das etapas para cada encontro e seus objetivos podem ser apreciados nos Apêndices I, II, III e IV.

O TRE foi realizado por meio de um programa de intervenção com três estratégias de treinamento: I. instruções e modelos; II. *feedback* de desempenho; III. *role-play* (simulação). O profissional/pesquisador responsável deveria contemplar os seguintes pré-requisitos: 1) ser psicólogo com experiência em psicoterapia clínica; 2) ter inscrição ativa no Conselho Regional de Psicologia (CRP); 3) ter domínio dos conceitos e das técnicas descritas.

A elaboração dos modelos oferecidos pela terapeuta durante o TRE se deu a partir das situações relatadas como difíceis pelas participantes na análise funcional das queixas, presente nos resultados. Os modelos mais utilizados no presente estudo foram nomeados: “como me sinto”; “dizer para o outro como me sinto”, “dizer o impacto do comportamento do outro sobre si”; “pedir mudança de comportamento”; “reavaliar situações”; “comportamentos podem ter várias funções e significados para cada pessoa”; “crenças e regras”; “buscar evidências”; “expectativas negativas baseadas em nenhuma, pouca evidência ou situações do passado”; “comportamentos/atividades/pensamentos/técnicas que tranquilizem ou diminuam a ansiedade”, “registro emocional”, “fazer coisas que quero e gosto”, “auto-observar, procurar, registrar, valorizar e trazer para primeiro plano suas características/habilidades positivas”.

Por meio dos registros de queixas/dificuldades, uma situação foi selecionada pela terapeuta como recorrente para todas as participantes: “alguém olhar/falar sobre/fazer piadinhas sobre as manchas” (essa análise funcional encontra-se descrita nos Resultados); no TRE, foram oferecidos modelos de como essa situação, descrita como difícil de lidar por todas as participantes, poderia se desenrolar com o uso das técnicas previamente ensinadas; um *role-play* na sessão possibilitou o treino desses modelos pelas participantes.

A MCTe foi realizada a partir de um programa de intervenção com três estratégias de treinamento: I. instruções e modelos; II. prática de autopercepção e automaquiagem; III. *feedback* de desempenho. O profissional/pesquisador responsável deveria contemplar os seguintes pré-requisitos: 1) ter formação/experiência na área de estética; 2) dominar as técnicas de automaquiagem e autocuidados.



É importante ressaltar que os pré-requisitos visam assegurar que o profissional tenha condições mínimas para manejo/suporte e encaminhamento das participantes em casos de agravamento dos sintomas depressivos e situações aversivas decorrentes dos procedimentos.

Quadro 2 - Delineamento do procedimento: etapas, objetivos gerais e materiais

Encontros	Objetivos Gerais	Materiais
<b>1 - Inicial</b>	Acolhimento; aplicação do Pacote de Instrumentos (Anexo II); assinatura do TCLE; levantamento das principais demandas e queixas; instrução para autorregistro de autocuidados e dificuldades relacionadas ao vitiligo durante as próximas semanas (Apêndice IV).	Computador, instrumentos digitalizados em plataforma digital – Google Formulários; TCLE; Folhas de Autorregistro, gravador/câmera digital.
<b>2 - MCTe</b>	Videoaula 1 (autopercepção, autocuidado cosmético e estético); prática de automaquiagem com modelo e auxílio; <i>feedbacks</i> ; registros escritos da prática (Anexo V).	Computador, Videoaula 1; Folha de registro da MCTe; Folhas de autorregistro, gravador/câmera digital; espelho; maquiagens e cosméticos; itens de higienização (álcool em gel, algodão, lenços umedecidos, pincéis e esponjas descartáveis etc.).
<b>3 – TRE</b>	Videoaula 2 (emoções, autoestima, autoconfiança, respostas emocionais, dificuldades e interação social, transtornos psicológicos e intervenções); retomada das dificuldades/queixas levantadas no acolhimento e autorregistrados durante as últimas semanas; acolhimento, modelos para situações apontadas como difíceis para a participante; <i>role-play</i> de uma dessas situações; <i>feedbacks</i> .	Computador, Videoaula 2; Folhas de autorregistro, gravador/câmera digital.
<b>4 – Follow-up 15 dias</b>	Verificação da aprendizagem e manutenção do uso das técnicas/modelos ensinadas; aplicação do Pacote de Instrumentos (sem dados socioeconômicos); agendamento de sessões adicionais de MCTe e/ou TRE com as participantes com dificuldade ou que não aprenderam as técnicas.	Computador, Instrumentos Digitalizados em Plataforma Digital – Google Formulários; Folhas de autorregistro, gravador/câmera digital.
<b>Encontros Adicionais</b>	Reaplicação do(s) treino(s) de MCTe e/ou TRE; observação da adesão ao tratamento (ou seja, se as participantes voltam para sessões extras)	Computador, Videoaula 1 e/ou 2; Folha de registro da MCTe; Folhas de autorregistro, gravador/câmera digital; espelho; maquiagens e cosméticos; itens de higienização (álcool em gel, algodão, lenços umedecidos, pincéis e esponjas descartáveis etc.).

### *Procedimentos de avaliação*

O Quadro 3 apresenta a relação de quais instrumentos foram utilizados, quando foram utilizados e o responsável por seu preenchimento. O Apêndice VII contempla o roteiro das coletas. Na primeira sessão, foram implementados pela pesquisadora um questionário solicitando informações pessoais, rotinas e hábitos e um instrumento de levantamento socioeconômico.

Os seguintes instrumentos foram aplicados no primeiro encontro (pré-teste), no último encontro (pós-teste) e na condição de *follow-up*. A maioria dos instrumentos eram apresentados de forma digital, inseridos na plataforma Google Formulários e preenchidos pela aplicadora no *notebook*. O TCLE era entregue impresso e com cópia, para que a participante pudesse levá-lo para casa. A Escala de diferencial semântico, os Folhetos de Autorregistro e os registros da MCTe também eram apresentados impressos, tal como indicado no Quadro 3. Todos os instrumentos impressos eram preenchidos pelas participantes, exceto no caso daquela que indicou dificuldade de leitura/escrita (P4).

Foi feito um registro fotográfico de todas as participantes: 1) no início de todos os encontros; e 2) logo após os procedimentos de MCTe. Vale ressaltar que um dia antes do segundo encontro era solicitado que as participantes fossem sem maquiagem, e um dia antes do quarto encontro era solicitado que as participantes, pensando no que aprenderam no segundo encontro, fossem com maquiagem feita por elas mesmas. Essa segunda instrução contribuiu para a verificação do repertório ensinado, um dos critérios para encerramento dos encontros.

**Quadro 3** - Delineamento do procedimento: etapas, objetivos gerais e materiais

<b>Instrumento</b>	<b>Momento de Aplicação</b>	<b>Responsável pela execução</b>
TCLE; Dados Pessoais e Socioeconômicos; Dados sobre vitiligo	Pré-teste (primeiro encontro).	Terapeuta (presencial, com instrumentos digitalizados e TCLE impresso com cópia para participante)
Rotina e Hábitos no uso de cosméticos; IIMV; VitiQoL; WHOQOL-Bref; Autoestima de Rosenberg; Ansiedade Social de Liebowitz; PROMIS I; PROMIS II Depressão	1) Pré-teste (primeiro encontro); 2) Pós-teste (ao final do último encontro); 3) <i>Follow-up</i> (após 15 dias do último encontro); 4) <i>Follow-up</i> adicional após 15 dias do(s) treino(s) adicional(s) (quando necessário).	Terapeuta (presencial e digitalizado)
Escala de Diferencial Semântico	No início e fim de todos os encontros.	Autoaplicável (presencial e impresso)
Fotografia	No início de todos os encontros e ao final da MCTe.	Terapeuta
Registros obtidos durante o treino de MCTe (referencial de beleza, aparência física, características positivas e negativas, produtos e técnicas de maquiagem, <i>feedback</i> sobre a atividade)	Ao longo do treinamento.	Autoaplicável ou preenchido pela terapeuta quando a participante apresentou dificuldade de leitura/escrita (presencial e impresso)
Folhas de Registro de autocuidados e dificuldades	1) Entregues no primeiro encontro para serem preenchidas até o encontro seguinte; 2) Entregues no segundo encontro para serem preenchidas até o encontro seguinte; 3) Entregues no terceiro encontro para serem preenchidas até o encontro seguinte.	Autoaplicável (impresso preenchimento em casa)

Uma Folha para Autorregistro (Apêndice V) de autocuidados realizados e dificuldades enfrentadas pelas participantes durante sua rotina foi entregue semanalmente. Na capa, constavam nome da pesquisa, nome da participante, data (dia em que a folha foi entregue e dia em que deveria ser preenchida e devolvida) e instruções de preenchimento, a saber: 1) “Para preencher a tabelinha de dificuldades: pense em uma situação relacionada ao vitiligo que tenha lhe causado incômodo, estresse, sofrimento, raiva, tristeza ou outro sentimento/emoção/reação emocional negativa/difícil de lidar (recentemente). Assinale as alternativas que melhor descrevem a situação (uma ou mais)”; 2) “Para preencher a tabelinha de autocuidados: de hoje até nosso próximo encontro, anote aqui coisas/comportamentos que você fez para si mesma (que aconteceram nessa semana) com a função/intenção de se sentir bem/bonita/positiva, se sentir melhor, se cuidar, cuidar da saúde mental, saúde física, trazer qualidade de vida etc. Assinale as alternativas que melhor descrevem a situação (uma ou mais)”.

Dentro do folheto estavam localizados os Quadros de Autocuidado, que continham as seguintes colunas: quando e o que fez; quanto tempo durou; como se sentiu; reação das pessoas. Nos Quadros de dificuldades, constavam: quando e onde; o que aconteceu; como você se sentiu; como você reagiu; como as pessoas reagiram. Múltiplas escolhas eram oferecidas, além da opção “( ) Outro, qual: \_\_\_\_”. No primeiro encontro, a terapeuta explicou o que eram as Folhas de Registro, instruiu como preenchê-las e explicou a importância de sua entrega no encontro seguinte. É importante ressaltar que o preenchimento da primeira Folha de Registro, entregue no primeiro encontro e recolhida no segundo, era fundamental para a elaboração do terceiro encontro: as dificuldades autorrelatadas indicariam repertórios defasados a serem treinados/simulados em *role-play* e informações importantes para serem abordadas na aula e nos modelos do terceiro encontro (TRE).

Os critérios para o encerramento dos encontros foram: 1) a participante ter passado pelo TRE e MCTe, seguindo o roteiro (Apêndice VII); 2) comparecer ao *follow-up* maquiada, demonstrando domínio das técnicas ensinadas em MCTe; 3) sinalizar verbalmente que compreendeu as técnicas de TRE ou descrever situações em que usou/poderia ter usado essas técnicas.

## **CAPÍTULO 3:**

### **RESULTADOS**

Os instrumentos padronizados foram corrigidos e tabulados considerando as normas previstas. Os escores foram correlacionados observando-se as variações nas diferentes aplicações, em especial comparando os desempenhos nas avaliações anteriores e posteriores à intervenção. Os resultados serão apresentados por categorias: 1) medidas de convivência com vitiligo, rotina de autocuidados e tratamentos; 2) medidas de bem-estar físico e mental; 3) medidas de incidência e incômodo das manchas; 4) medidas de saúde mental; 5) medidas de qualidade de vida (geral e específica em vitiligo); 6) medidas de autoestima; 7) análises funcionais das queixas e dos ganhos psicoterapêuticos identificados; 8) outros resultados.

#### **Medidas de Convivência com Vitiligo, Rotina de autocuidados e Tratamentos**

Em comportamentos de autocuidado cosmético rastreados pelo instrumento aplicado no pré e no pós-teste, foi possível observar que o uso de protetor solar passou a ser rotina diária para 100% das participantes. A maquiagem já era rotina para 62% das participantes antes do procedimento (P1, P2, P5, P6 e P7); todas indicaram adotar esse autocuidado após a intervenção. O mesmo resultado foi observado no *follow-up*, exceto nos casos de P4 e P6, que não compareceram aos encontros marcados para essa atividade (foram realizadas cinco tentativas de contato com cada uma ao longo de um mês).

No primeiro encontro, P1 informou que havia iniciado um tratamento por laser/fototerapia e que estava muito satisfeita com os resultados (registro feito por relato verbal: baixo incômodo das manchas e bem-estar); entretanto, no terceiro encontro, relatou o surgimento de novas manchas e grande insatisfação (registro feito por relato verbal: alto incômodo pelas manchas e muita tristeza/frustração). Nenhuma das outras participantes estava passando por algum tipo de tratamento, embora todas tenham informado já terem passado por algum e/ou vários tratamentos sem sucesso e/ou com reincidência (Quadro 1). Apenas uma das participantes (P5) buscou atendimento psicoterapêutico como tratamento para vitiligo, porém todas as participantes que passaram pelo *follow-up* confirmaram interesse em buscar atendimento de algum profissional da saúde mental após o encerramento dos encontros; isso

foi observado verbalmente pelas participantes, que relataram ter obtido muitos ganhos a partir dos encontros. P5 já havia feito psicoterapia, porém com demandas não relacionadas ao vitiligo.

### **Medidas de Bem-estar Físico e Mental**

A Figura 1 apresenta os resultados obtidas na Escala de diferencial semântico, estabelecidos por meio da seleção de adjetivos que melhor autodescreviam como as participantes estavam se sentindo no início do primeiro encontro (pré) e ao final do terceiro encontro (pós). Os valores obtidos variaram entre -3 (mínimo, relacionado a estados emocionais negativos) e 3 (máximo, relacionado a estados emocionais positivos). As colunas representam os resultados obtidos no pré-teste (assinalados na Figura 1 por quadrados interligados por linha cheia) e no pós-intervenção (assinalados na figura por círculos interligados por linha pontilhada). A linha pontilhada marca o valor zero (0) de cada eixo.

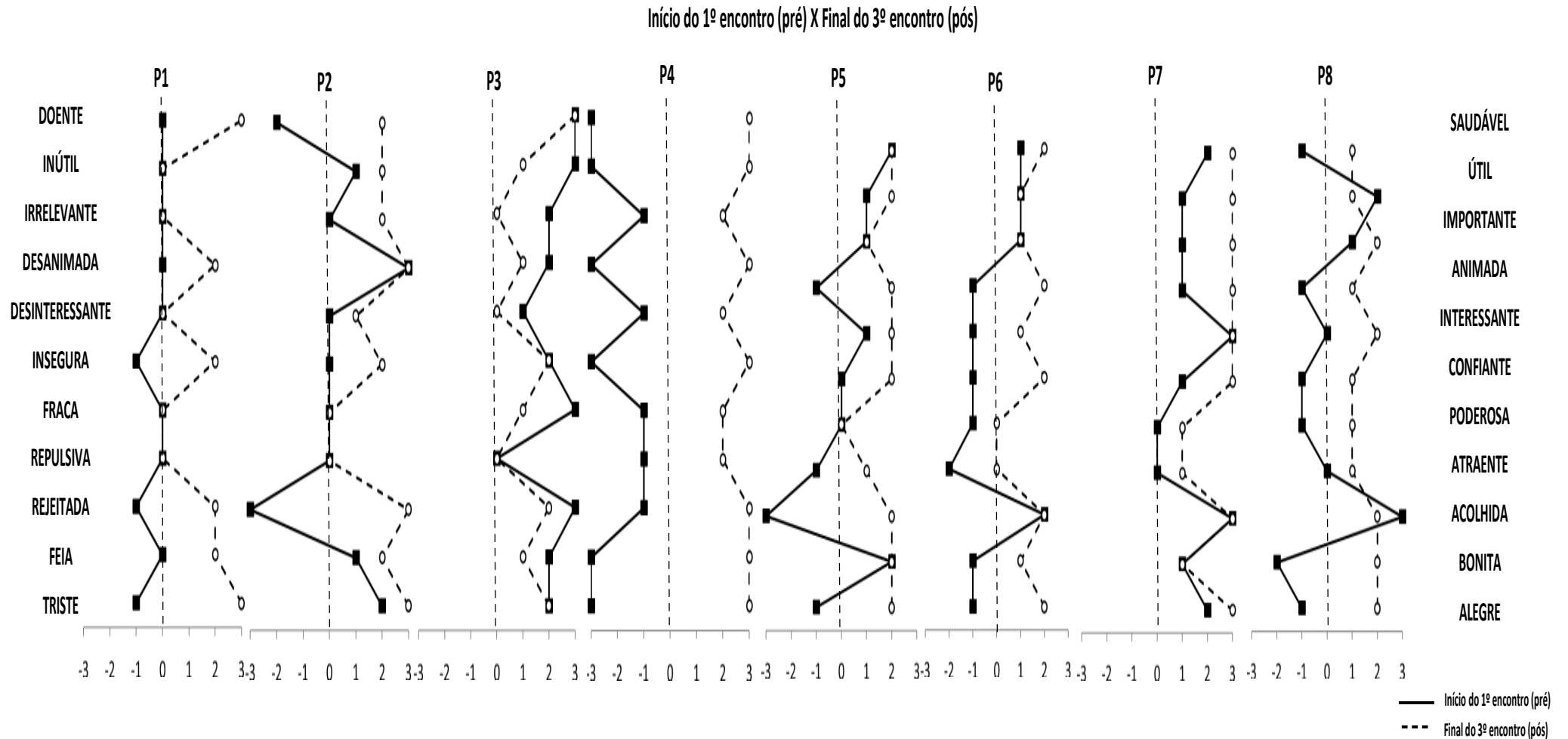
Por exemplo, na primeira coluna podemos observar que, para a participante P1, no pré-teste (primeira sessão de intervenção), os valores atribuídos indicavam maior peso para palavras com referenciais semânticos mais negativos (por exemplo, triste-alegre = -1; rejeitada-acolhida = -1) ou neutro (feia-bonita = 0). Os valores atribuídos por P1 e P4 no início dessa primeira avaliação estão distribuídos, na sua totalidade, no lado esquerdo da linha pontilhada ou sobre ela. Os valores atribuídos por todas as participantes no final da intervenção (pós) estão, na sua totalidade, distribuídos do lado direito da linha pontilhada ou sobre ela (triste-alegre = 3,0, por exemplo); ou seja, ao final da intervenção, os escores apontados na escala indicavam a atribuição envolvendo o par com significado semântico mais positivo.

Embora a mudança de estados emocionais tenha sido significativa para todas as participantes, P4 demonstrou os maiores ganhos, por exemplo, entre o pré-teste (em que indicou valores máximos (-3) relacionados a adjetivos negativos, como doente, inútil, desanimada, fraca, feia e triste) e o pós-teste (em que indicou valores máximos (3) relacionados a adjetivos positivos como saudável, útil, animada, confiante, acolhida, bonita e alegre). Vale ressaltar que P3 relatou no dia do pós-teste um problema pessoal (não relacionado ao vitiligo) que parece ter impactado na escala semântica negativamente (indicou o adoecimento da filha durante o período de intervenção).

Considerando o resultado de todas as participantes, é possível observar 32 pontos indicando estados emocionais com adjetivos negativos no pré-teste (20 neutros), e nenhum ponto indicando estados emocionais com adjetivos negativos no pós-teste (13 neutros). Foram obtidos 34 pontos totais indicando adjetivos positivos no pré-teste e 75 pontos indicando adjetivos positivos no pós-teste.



**Figura 1** - Resultados obtidos na Escala de diferencial semântico, estabelecida por meio da seleção de adjetivos que melhor autodescreviam como as participantes estavam se sentindo no início do primeiro encontro e ao final do terceiro encontro



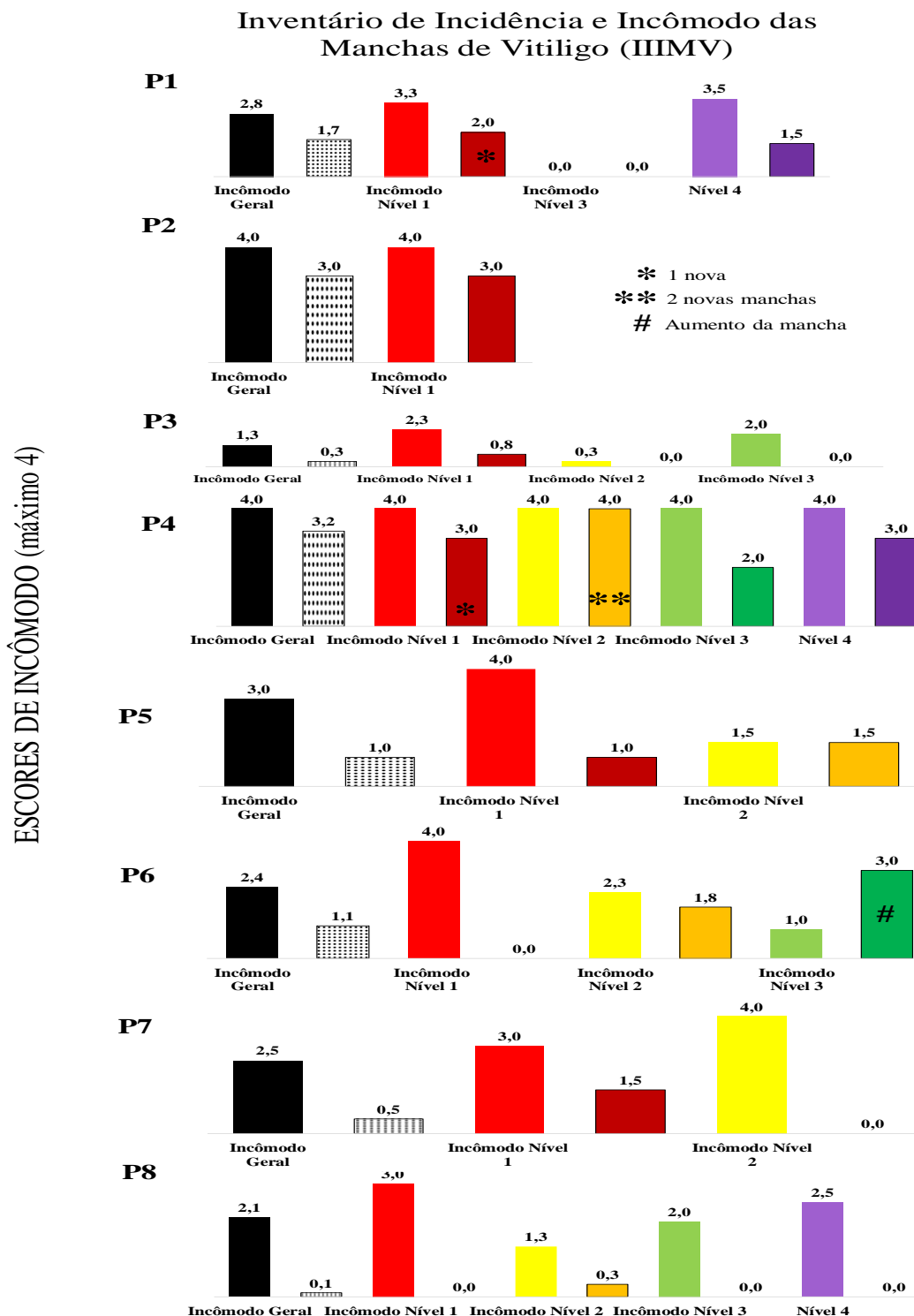
### Medidas de Incidência e Incômodo das Manchas

É possível observar na Figura 2 os percentis de incômodo geral nos quatro níveis de exposição (Nível 1: manchas com alta exposição; Nível 2: manchas com média exposição; Nível 3: manchas com baixa exposição; Nível 4: manchas nas áreas íntimas – que foram deslocadas do Nível 3), segundo as avaliações do IIIMV obtidas no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes (com indicação do surgimento de novas manchas). Colunas inexistentes indicam ausência de manchas na região.

Todas as participantes tinham manchas no rosto (localizadas no Nível 1), e, para todas, os percentis de incômodo para essa região eram altos (acima de 55%); entretanto, o incômodo dessa região mostrou-se o mais sensível à intervenção, uma vez que diminuiu significativamente para todas as participantes após os procedimentos (redução de 100% para P6 e P8; 75% para P5; 50% para P2 e P7; 37,5% para P3; 33,3% para P1; 25% para P4). Vale ressaltar que, para P4, mesmo com o surgimento de uma nova mancha nessa região, o percentil de incômodo diminuiu de 100% para 75%.

Embora apenas as participantes P1, P4 e P8 tenham manchas nas áreas íntimas (Nível 4) (P3 disse que tinha uma mancha imperceptível, que nem considerava como uma mancha de vitiligo), apresentaram indicativos altos de incômodo (87,5%, 100% e 62,5%, respectivamente). Para essas participantes, os valores de incômodo Nível 4 diminuíram significativamente no pós-teste, com reduções de 37,5%, 75% e 100% respectivamente.

**Figura 2** - Percentis de incômodo geral nos quatro níveis de exposição (Nível 1: manchas com alta exposição; Nível 2: manchas com média exposição; Nível 3: manchas com baixa exposição; Nível 4: manchas nas áreas íntimas (que foram excluídas do Nível 3 e transferidas para o 4: nádegas – número 19, seios – número 7, região genital – número 9), segundo avaliações do IIMV obtidas no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes (com indicação do surgimento de novas manchas)



As participantes observaram 23 partes do corpo e indicaram em quais tinham manchas, considerando: 1) a frequência de áreas do corpo afetadas (P1 = 6; P2 = 3; P3 = 8; P4 = 10; P5 = 5; P6 = 9; P7 = 4 ; P8 = 10); 2); o incômodo geral pré-teste (P1 = 2,8; P2 = 4; P3 = 1,3; P4 = 4; P5 = 3; P6 = 2,4; P7 = 2,5; P8 = 2,1) e pós-teste (P1 = 1,7; P2 = 3; P3 = 0,3; P4 = 3,2; P5 = 1; P6 = 1,1; P7 = 0,5; P8 = 0,1); e o tempo de convívio (P1 = 4; P2 = 16; P3 = 40; P4 = 4; P5 = 7; P6 = 2; P7 = 2; P8 = 13); os níveis de incômodo, tanto no pré como no pós-teste, foram maiores para a participante P4. Ela indicou um incômodo máximo (4) no pré-teste, com redução para 3,2 no pós (mesmo com o surgimento de novas manchas); ela também tinha a maior quantidade de áreas afetadas (dez partes do corpo, assim como P8) e um dos menores tempo de convívio com o vitiligo (quatro anos, assim como P1).

Mesmo P8 tendo a mesma quantidade de áreas afetadas, ela também tinha mais tempo de convívio; já P1, mesmo tendo o mesmo tempo de convívio, tinha menor quantidade de áreas afetadas, também menos pigmentadas por conta de um tratamento recente. Já a participante com o maior tempo de convívio (P3, que convivia há quarenta anos com vitiligo) indicou ter manchas em nove partes do corpo e um incômodo geral de 1,3 no pré-teste e 0,3 no pós-teste.

A participante P1 relatou no pré-teste que no momento estava passando por um tratamento de fototerapia/laser e que, desde então, seu incômodo estava muito mais baixo do que o habitual. Entretanto, como observado anteriormente, relatou verbalmente no segundo encontro o surgimento de novas manchas, um aumento no incômodo e nos sentimentos negativos; ainda assim, foi possível observar uma diminuição em todos os escores de incômodo no instrumento de avaliação após a intervenção (50% no geral; 59% no Nível 1; 55% no Nível 4; 44% no Nível 3 e 41% no Nível 2).

A P4, que apresentou os maiores escores de incômodo, foi, entretanto, a participante com menor adesão à intervenção (ela não compareceu a três tentativas do Encontro 2 e a uma tentativa do Encontro 3; após cinco tentativas, durante um mês, não foi possível realizar o Encontro 4 de *follow-up*). Mesmo assim, apresentou uma redução de incômodo significativa no Nível 3 (50%), no Nível 1 e no Nível 4 (25% de redução em cada). Não houve redução do incômodo no Nível 2, e é importante ressaltar que surgiram novas manchas em duas áreas nessa região durante o período de intervenção.

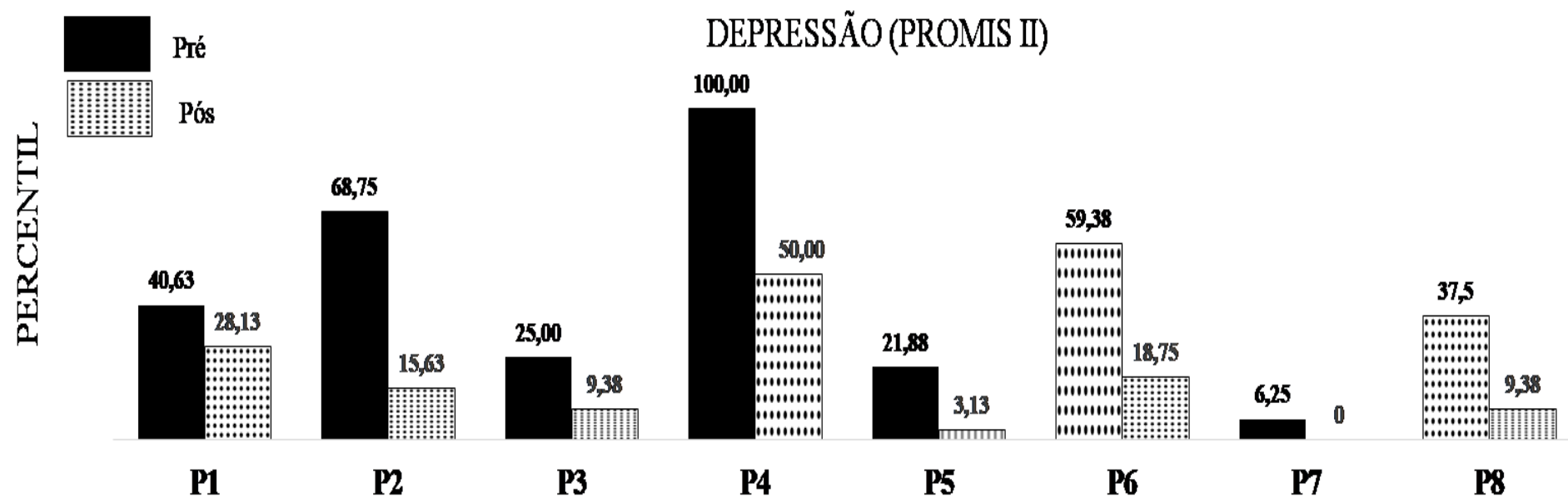
Levando-se em conta o escore obtido no instrumento IIIMV (cujo valor máximo é igual a 4), a média dos incômodos no pré-teste para todas as participantes foi: Área

Nível 1 (3,4) > Área Nível 4 (3,3) > Área Nível 2 (2,2) > Área Nível 3 (1,8). No pós-teste, esses incômodos diminuíram expressivamente: Área Nível 4 (1,5) > Área Nível 1 (1,4) > Área Nível 2 (1,3) > Área Nível 3 (1,0). Como esperado, regiões mais expostas (Nível 1) e íntimas (Nível 4) tiveram maiores indicativos de incômodo. A redução foi mais significativa na Área 1 (redução de 59% do incômodo) e menos significativa na Área 2 (redução de 41% do incômodo).

### **Medidas de Saúde Mental**

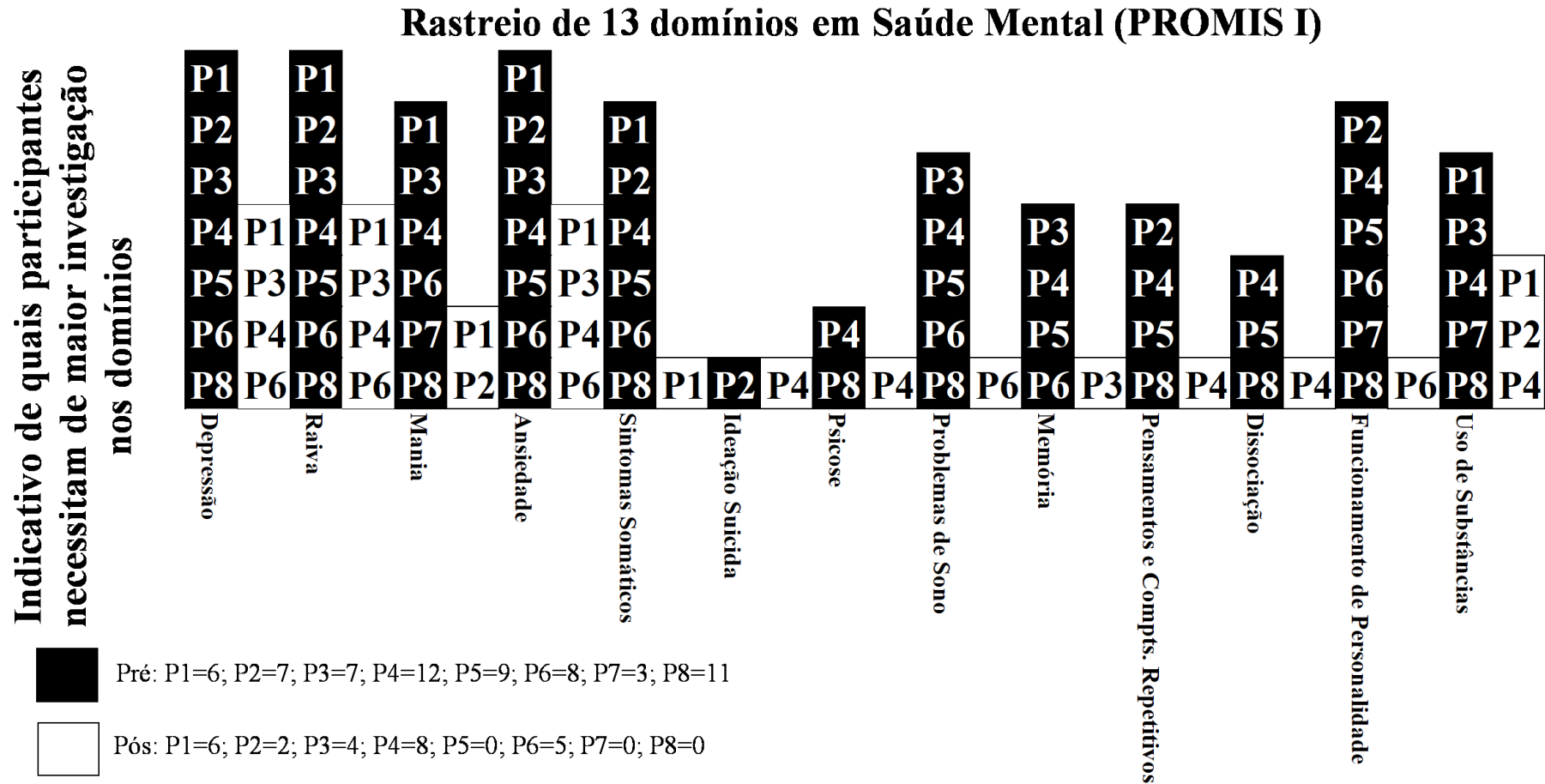
A Figura 3 reúne os percentis dos escores obtidos na avaliação de depressão do PROMIS II no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes. Os escores obtidos no instrumento (cujo valor máximo é 32) foram, no pré-teste, P4 (32) > P2 (22) > P6 (19) > P1 (13) > P8 (12) > P3 (8) > P5 (7) > P7 (2), com Média (14,4), Mediana (12,5) e Desvio Padrão (9,6). Esses escores de depressão se reduzem para todas as participantes no pós-teste: P4 (16) > P1 (9) > P6 (6) > P2 (5) > P3 (3) ≥ P8 (3) > P5 (1) > P7 (0), com Média = 5,4, Mediana = 4,0 e Desvio Padrão = 5,2. As participantes obtiveram escores iniciais de depressão leve (P1, P3, P5, P7 e P8), moderada (P2 e P6) e severa (P4). Houve uma redução significativa desse quadro: ao final da intervenção, todas as participantes encontravam-se com escores indicativos de depressão leve ou ausente.

**Figura 3** - Percentil dos escores, na avaliação de Depressão do PROMIS II, obtidos no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes



Na Figura 4, é possível observar os resultados obtidos na avaliação do PROMIS I no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para o rastreamento de 13 domínios em saúde mental, bem como as respectivas indicações de quais participantes necessitavam de atenção para determinados domínios. Na avaliação inicial, o número de condições com indicadores de cuidado variou de 3 (P7) a 12 (P4). Ainda nessa primeira avaliação, quase todas as participantes apresentaram sinais de cuidado para depressão, raiva e ansiedade (exceto P7); 75% das participantes apresentaram sinais para mania, sintomas somáticos e funcionamento de personalidade; mais de 60% delas, para uso de substâncias e problemas de sono. Em relação à avaliação final, o número de condições com indicadores de cuidado variou de 0 (P5, P7 e P8) a 8 (P4). Quase todas as participantes reduziram seus indicadores de cuidado; uma única participante manteve os valores iniciais (P1).

**Figura 4** - Frequência de indicadores de cuidado nas avaliações pré e pós-teste nos 13 domínios avaliados pelo PROMIS I para todas as participantes





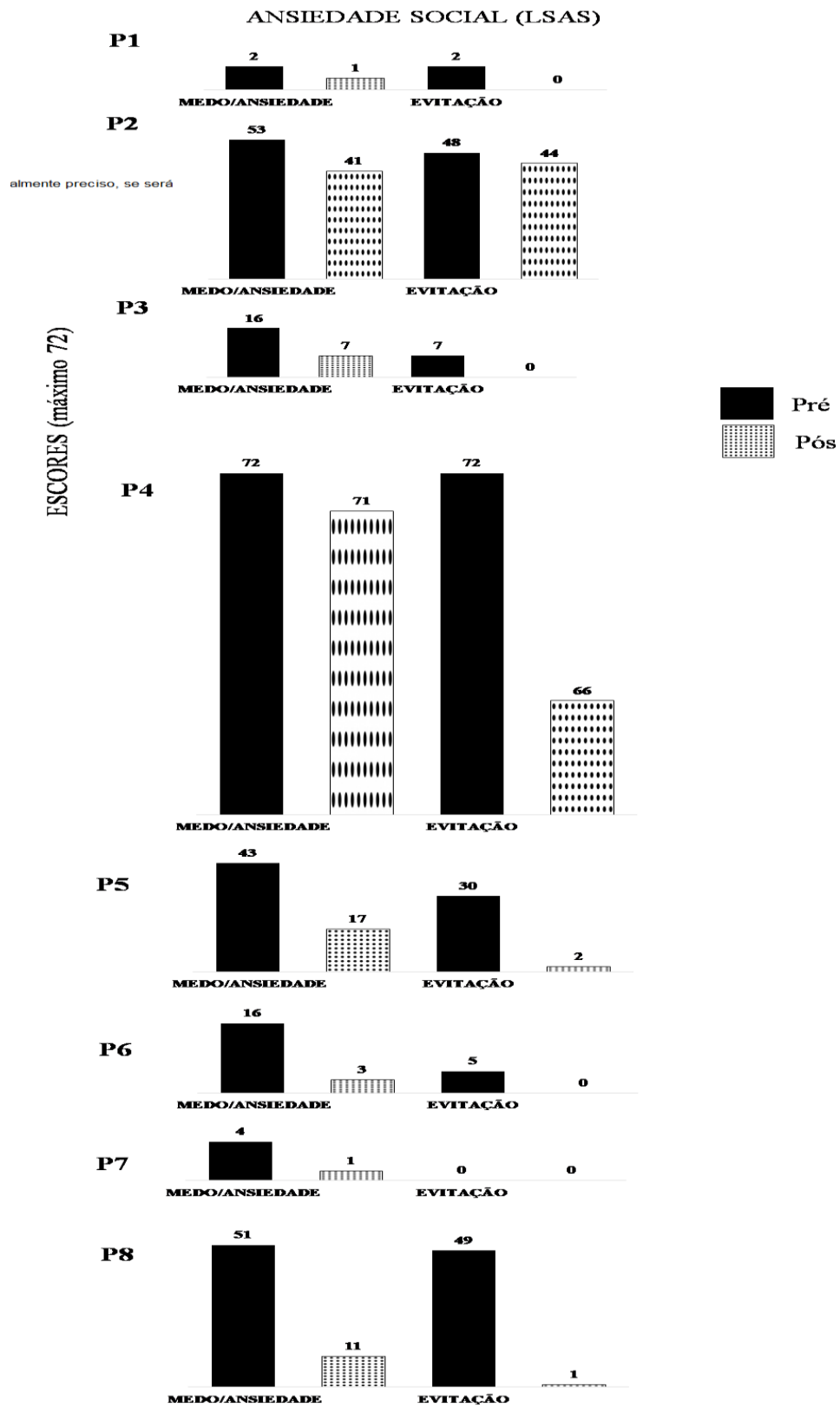
A Figura 5 apresenta os escores totais obtidos na LSAS na avaliação do primeiro encontro (pré-teste) e na avaliação final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes. Os escores foram examinados nas subescalas que compõem a LSAS, a saber: 1) ansiedade/medo e 2) evitação.

No pré-teste, as participantes apresentaram escores totais (soma de ansiedade/medo e evitação) de: 4 (P1); 101 (P2); 23 (P3); 144 (P4 atingiu a máxima pontuação possível na escala); 73 (P5); 21 (P6); 4 (P7); 100 (P8). Esses resultados indicam, em 50% dos casos, fobia social muito grave (P2, P4 e P8) ou média (P5). Examinando o desempenho, podemos observar que os escores apresentam uma visível tendência decrescente: 1 (P1); 88 (P2); 7 (P3); 140 (P4); 19 (P5); 3 (P6); 4 (P7); 12 (P8).

Exceto no caso das participantes P1 e P4, os escores de evitação parecem ser menores do que os escores de medo/ansiedade numa mesma situação. No instrumento, a participante deveria avaliar quanto medo/ansiedade cada uma das 24 situações apresentadas provocava e o quanto elas eram evitadas. No pré-teste, P5, por exemplo, atingiu um escore total de 43 (de um máximo de 72) para medo/ansiedade e 30 (de um máximo de 72) para evitação nas mesmas situações.

Embora todos os escores de ansiedade social tenham sido reduzidos quando comparados no pré e no pós-teste, para a maioria das participantes (P1, P3, P4, P5 e P8) os escores de evitação foram mais impactados do que os escores de medo/ansiedade (com redução de 2 pontos: 7; 6, 28 e 48, respectivamente). Somente P7 se manteve com evitação nula tanto no pré quanto no pós-teste, afirmando que se expunha mais, mas ainda com ansiedade (devido ao pouco tempo de intervenção).

**Figura 5** - Escores de ansiedade social indicados pelo instrumento de Liebowitz (LSAS), obtidos na avaliação do primeiro encontro (pré-teste) e na avaliação final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes



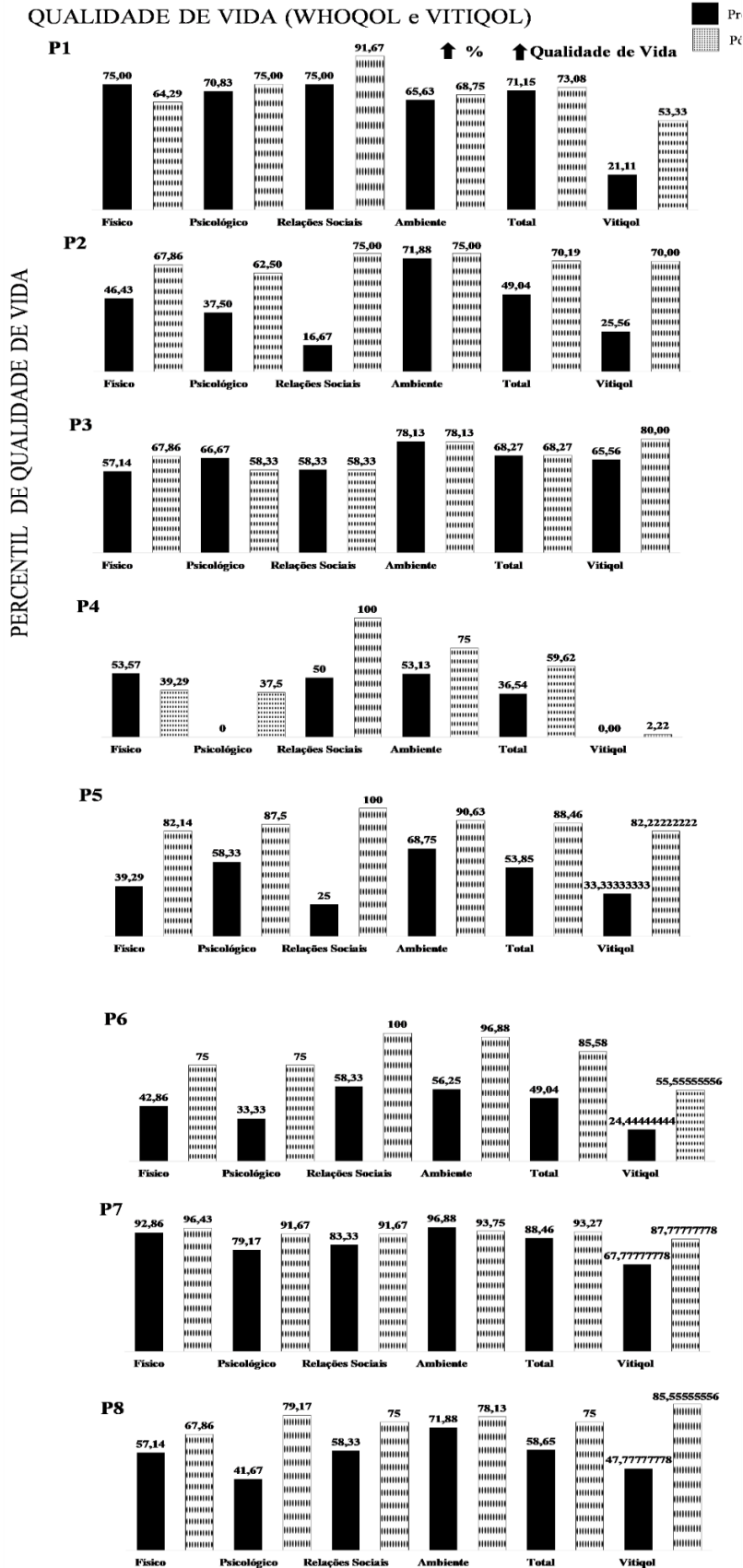
## Medidas de Qualidade de Vida

A Figura 6 apresenta o percentil obtido pelo VitiQoL e o percentil nos quatro domínios e no total do escore na avaliação de Qualidade de Vida (QV) obtida pelo instrumento WHOQOL-Bref. As avaliações aconteceram no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes. Para o WHOQOL-Bref, no pré-teste, os valores totais do percentil variaram de 36,54% (P4) a 88,46 (P7); no pós-teste, os valores variaram de 59,62% (P4) a 93,27 (P7). Ao final, todas as participantes apresentaram ou manutenção ou aumento nesse indicador total de QV: 5,51% de aumento (P1); 16,53% (P2); manutenção (P3); 23,14% (P4); 34,61% (P5); 36,54% (P6); 4,81% (P7); 16,35 (P8).

Para o VitiQoL, no pré-teste, os valores totais do percentil variaram de 0% (P4) a 67,77 (P7); no pós-teste, os valores variaram de 2,22% (P4) a 87,77 (P7). Nesse indicador, os ganhos nos escores foram presentes para todas as participantes: 32,22% de aumento (P1); 44,44% (P2); 14,44% (P3); 2,22% (P4); 48,89 (P5); 31,11 (P6); 20% (P7) e 37,78% (P8). Na avaliação por meio do WHOQOL-Bref, observou-se que P2, P5, P6 e P8 tiveram ganhos em todos os domínios avaliados (físico, psicológico, relações sociais e ambiente); as participantes que tiveram ganho de QV em três deles foram: P1 (psicológico, relações sociais e ambiente); P4 (psicológico, relações sociais e ambiente) e P7 (físico, psicológico e relações sociais). A participante P3 teve ganhos em um domínio (físico) e manteve os percentis em dois domínios (relações sociais e ambiente). Portanto, todas tiveram ganhos (ou manutenção, no caso de P3) em relações sociais, o domínio mais importante para este estudo (que tem como objetivo o ensino de repertórios em habilidades sociais).

As participantes P1, P4 e P7 tiveram redução de QV em apenas um domínio. P1 (10,71) e P4 (14,28) foram impactadas no domínio físico; vale ressaltar que elas foram as únicas participantes afetadas pelo surgimento de novas manchas durante o período de intervenção (P1, uma nova mancha, P4, três novas manchas). P7, embora tenha tido uma redução muito sutil no domínio ambiente (3,13), relacionou a alteração à mudança para uma cidade menor em depoimento verbal. P3 teve redução de QV apenas no domínio psicológico, mas registrou o adoecimento da filha durante o período de intervenção; sua manutenção no domínio relações sociais foi seguida de relatos verbais como “estou reavaliando algumas amizades, alguns comentários, que antes eu não ligava tanto, ignorava”.

**Figura 6** - Percentil nos quatro domínios e no total do escore na avaliação de Qualidade de Vida pelo WHOQOL-Bref e percentil do escore total na avaliação de Qualidade de Vida pelo VitiQoL, obtidos no primeiro encontro (pré-teste) e no final do terceiro encontro (pós-teste) para todas as participantes



## Medidas de Autoestima

A Tabela 1 apresenta a porcentagem de ganho de autoestima a partir dos escores obtidos no pré e no pós-teste por meio de dois instrumentos distintos: 1) Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e 2) Domínio Psicológico Autoestima, incluso no WHOQOL-Bref. O percentil negativo indica diminuição do escore de autoestima. O escore máximo da EAR é de 40 pontos e o mínimo, de 10; no WHOQOL-Bref, o mínimo é 1 e o máximo, 5.

No pré-teste, P2, P4 e P8 apresentaram os menores escores de autoestima em ambos os instrumentos: 25 e 2 (P2); 16 e 1 (P4); 22 e 2 (P8). As participantes P1, P3 e P7 atingiram os maiores escores, indicando uma boa autoestima inicial: obtiveram, respectivamente, 29, 32 e 31 na EAR e 3, 3 e 4 no WHOQOL-Bref.

**Tabela 1** - Porcentagem de ganho de autoestima a partir dos escores obtidos no pré e no pós-teste por meio de dois instrumentos distintos, Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e Domínio Psicológico Autoestima (incluso no WHOQOL-Bref). O percentil negativo indica diminuição do escore de autoestima

	Autoestima (EAR)		Ganho	%	Autoestima (WHOQOL-Bref)		Ganho	%
	Pré-teste	Pós-teste			Pré-teste	Pós-teste		
P1	29	36	7	17,50%	3	4	1	25%
P2	25	30	5	12,5%	2	3	1	25%
P3	32	31	-1	-2,5%	3	4	1	25%
P4	16	22	6	15%	1	2	1	25%
P5	26	35	9	22,5%	4	5	1	25%
P6	28	38	10	25%	1	4	3	75%
P7	31	40	9	22,5%	4	5	1	25%
P8	22	34	12	30%	2	4	2	50%
Média	26,1	33,3	7,1	22%	2,5	3,9	1,4	34%
Mediana	27,0	34,5	8,0	21%	2,5	4,0	1,0	25%
DP	5,2	5,6	4,0	7%	1,2	1,0	0,7	19%

## Análise Funcional (Queixas e Ganhos)

Portadores de vitiligo aparentam ter comportamentos “disfuncionais”; entretanto, eles foram selecionados por suas consequências, desempenhando funções no repertório dessas pessoas. O Quadro 4 e o Quadro 5, a seguir, buscaram descrever as relações funcionais presentes nas queixas das participantes e os ganhos terapêuticos obtidos (segundo os objetivos do protocolo).

Esses dados foram organizados de acordo com as classes comuns que as participantes apresentavam. Não serão produzidos, necessariamente, os mesmos reforçadores em todos os casos, mas uma questão comum a todas as participantes é que o agravamento do mal-estar desencadeado pelo vitiligo decorre da ausência de repertórios para o manejo de contingências ligadas ao autoconhecimento, aos relacionamentos sociais, entre outros.

**Quadro 4** - Análise funcional das principais queixas das participantes

Queixa	Antecedentes	Respostas	Consequências
<p><b>Passividade durante agressões verbais, piadinhas e <i>bullying</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo: mãe passiva frente a agressões.</li> <li>• Autorregras: “Devo me silenciar/comportar em situações de conflito”; “Deveria me defender diante de comentários/piadas/<i>bullying</i>, mas não posso/consigo/sei”.</li> <li>• Autorregra: “Mulheres sempre devem se comportar de maneira gentil e educada”.</li> <li>• Sente que precisa se proteger (exposição/percepção a estimulação aversiva).</li> <li>• Histórico de impotência e frustração diante de estímulos verbais aversivos.</li> <li>• Estimulação aversiva (piadas, <i>bullying</i>, agressões).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente social.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer em silêncio.</li> <li>• Fazer piadinhas sobre si mesma/sua aparência/manchas (reproduz modelos de agressão com ela mesma).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ir embora.</li> <li>• Autodepreciar-se.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R- Evitação de brigas/conflitos e possível perda de reforçadores sociais (esquiva).</li> <li>• R- Atenuação do evento aversivo (diminuição da possibilidade de punição).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R- Evitação/atenuação de comportamentos relacionados a pena/dó.</li> </ul> </li> <li>• R+ Elogios (por ser uma “moça educada e nunca ser desagradável, grosseira, ou se meter em confusão com os outros” – submissão).</li> <li>• R+ Aceitação social (ser divertida e “levar na brincadeira”).</li> <li>• Eliciação de respostas emocionais (sensações de frustração, impotência e alta ansiedade).</li> </ul>

<p><b>Depressão, tristeza e sentimentos de inferioridade em relação à aparência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregras: “Sou feia”; “Sou pior que as outras mulheres”; “Ninguém vai gostar de mim”; “Não vou conseguir esse emprego”; “Estão rindo de mim”; “Estão olhando para minhas manchas”; “Não vou conseguir coisa melhor”; “Tenho sorte de ter esse emprego/namorado/amiga”.</li> <li>• Perguntas sobre as manchas.</li> <li>• Olhares para as manchas.</li> <li>• Ausência de repertório social desejável para iniciar e manter relacionamentos interpessoais saudáveis ou prazerosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer muito tempo em casa.</li> <li>• Evitar relacionamentos interpessoais.</li> <li>• Manter-se em relacionamentos abusivos.</li> <li>• Cobrir/retirar espelhos de casa.</li> <li>• Ignorar/fingir que não ouviu perguntas de pessoas.</li> <li>• Responder às pessoas de forma grosseira sobre o vitiligo.</li> <li>• Não interagir em ambientes sociais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P+ Eliciação de respostas emocionais (raiva, tristeza, medo, solidão, sentimento de baixa autoestima).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R- Evitação de olhares.</li> <li>• R- Evitação de perguntas.</li> </ul> </li> <li>• R- Isolamento e evitação de interação social.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Sentimento de proteção.</li> <li>• R+ Reforço das autorregras antecedentes.</li> </ul> </li> <li>• P+ Manutenção de relações abusivas.</li> </ul>
<p><b>Preocupação com os outros e pouco cuidado de si mesma</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regra do pai: “Você deve ser uma boa filha/mãe/esposa”.</li> <li>• Pessoa conhecida ou familiar necessitando de ajuda ou cuidados.</li> <li>• Autorregras: “Devo cuidar dos outros para ser aceita”; “Uma boa filha/mãe/esposa coloca os outros em primeiro lugar”; “Se cuidar é vaidade e vaidade é pecado”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar o cuidado com o outro.</li> <li>• Esforçar-se para resolver problemas dos outros.</li> <li>• Não cuidar de si mesma.</li> <li>• Desmarcar atividades de lazer.</li> <li>• Não falar/pensar sobre vitiligo.</li> <li>• Dizer que não liga para o vitiligo (“Não muda nada em minha vida”).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Pai (afeto).</li> <li>• R+ Social (apreço e reconhecimento).</li> <li>• R- Esquiva (evitar magoar pessoas e perder reforço social).</li> <li>• R+ Pessoas sempre solicitam ajuda (reconhecimento como uma mulher caridosa e competente).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• P+ Sobrecarga.</li> </ul> </li> <li>• P- Pouco tempo para atividades de seu interesse.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em aceitar que tem vitiligo (e sempre vai ter).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• R- esquiva (para os amigos da igreja, evitar cometer o pecado da vaidade).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R- Esquiva experiencial.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Medo de interagir socialmente (sair de casa, ir ao mercado, farmácia, festas, eventos)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregras: “Não vão gostar de mim”; “Não tenho nada de bom para oferecer”; “Estão rindo de mim”; “As pessoas não podem olhar para as manchas”, “Não posso aparecer em fotos assim”.</li> <li>• Prever punição: “Vão fazer piadas sobre mim”; “Vão olhar para minhas manchas e sentir nojo/pena/achar engraçado”; “Farão perguntas sobre as manchas”; “Vão achar que tenho uma doença contagiosa”.</li> <li>• Evitas ambientes sociais (festas, centro da cidade, shopping, igreja, eventos familiares, trabalho, mercado etc.).</li> <li>• Ausência de sensibilidade ao reforço.</li> <li>• Ausência de repertório social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar “desculpas” para não sair (“Não tenho roupas”, “Não tenho tempo”, “Tenho preguiça”, “Estou cansada”).</li> <li>• Desmarcar atividades de lazer.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolar-se.</li> </ul> </li> <li>• Fazer as atividades o mais rápido possível.</li> <li>• Pedir para outra pessoa fazer a atividade.</li> <li>• Desmarcar compromissos de trabalho.</li> <li>• Pedir demissão dos trabalhos.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer compras <i>on-line</i>.</li> </ul> </li> <li>• Usar maquiagem para sair.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliciação de respostas emocionais (tristeza, medo, solidão, insegurança, ansiedade, sentimento de baixa autoestima).</li> <li>• P+ Crítica e chateação das pessoas.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R- Evitação olhares.</li> <li>• R- Evitação de perguntas.</li> <li>• R- Evitação de humilhações.</li> <li>• R- Evitação de interação social.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Sentir-se protegida.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• R+ Sentir-se bonita para conseguir sair.</li> <li>• P- Perda de oportunidades de lazer.</li> <li>• P- Perda de reforçadores financeiros ou perda de poder aquisitivo.</li> <li>• P- Perda de independência financeira.</li> <li>• R- Diminuição de efeitos colaterais emocionais aversivos (ansiedade e fuga/esquiva).</li> <li>• P- Perda de contatos sociais positivos (ao sair do trabalho, por exemplo).</li> <li>• Esquiva do custo de manutenção social.</li> </ul>

<p><b>Medo de expor partes do corpo com manchas em ambientes como churrascos, praia e piscina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convites para churrascos, festas, praia e piscina.</li> <li>• Calor/clima quente.</li> <li>• Autorregras: “Não posso usar biquini”; “Minhas manchas são nojentas”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar “desculpas” para não ir: “Não gosto de praia”, “Não gosto de piscina”; “Estou menstruada”; “Estou doente”. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficar em casa.</li> <li>• Usar roupas inadequadas/muito quentes/desconfortáveis para o clima ou ocasião.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliciação de respostas emocionais (raiva, vergonha, medo, tristeza, inferioridade). <ul style="list-style-type: none"> <li>• R- Evitação de olhares.</li> <li>• R- Evitação de perguntas.</li> <li>• R- Evitação de piadas.</li> </ul> </li> <li>• R- Isolar-se, evitando interação social. <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Sentir-se protegida.</li> </ul> </li> <li>• P- Perda de referências sociais em potencial (sentimento de solidão).</li> </ul>
<p><b>Fazer sexo apenas no escuro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo durante o dia.</li> <li>• Luz acesa durante o sexo.</li> <li>• Autorregras: “Minhas manchas são feias”; “Se ele ver minhas manchas, vai me achar feia/nojenta/broxante”; “Ele vai achar que tenho uma doença contagiosa”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desligar a luz.</li> <li>• Pedir para desligar a luz.</li> <li>• Interromper o sexo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ir embora.</li> </ul> </li> <li>• Interrompe carícias que possam iniciar o sexo.</li> <li>• Dar “desculpas” para não fazer sexo: “Estou menstruada”, “Não estou no clima”; “Estou com dor de cabeça”. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dizer que é feia.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliciação de respostas emocionais (vergonha, tristeza e inferioridade). <ul style="list-style-type: none"> <li>• P+ Ficar desconfortável.</li> <li>• P+ Ficar tensa.</li> <li>• P- Não sentir prazer.</li> <li>• R- Evitar olhares.</li> </ul> </li> <li>• P+ Receber elogios (“Você é linda desse jeito diferente”; “Acho sexy suas manchinhas”), mas não acreditar (“Está dizendo para me consolar”).</li> </ul>

**Legenda:** R-, reforçamento negativo; R+, reforçamento positivo; P+, punição positiva; P-, punição negativa.

**Quadro 5** - Análise funcional dos principais objetivos atingidos pelo protocolo (ganhos) pelas participantes

Ganhos	Antecedentes	Respostas	Consequências
<b>Autoconhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situações diversas do cotidiano.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo da terapeuta.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relações funcionais do próprio comportamento.</li> <li>• Discriminar e descrever as contingências de controle do seu comportamento.</li> <li>• Identificar e ressaltar características positivas em si mesma (físicas, psicológicas, de desempenho e de habilidades).               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconhecimento.</li> <li>• Autotato.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle de estímulos (a depender do estímulo a que se expõe, evocam-se emoções coerentes com ele).</li> <li>• R+ R- P+ P- Modificar ambientes.</li> <li>• R- Retirar-se de alguns ambientes.</li> <li>• Eliciação de respostas emocionais (autoconfiança, autoestima, bem-estar, alegria).</li> <li>• Identificar outras demandas que não são função do vitiligo, mas que agravam o mal-estar do vitiligo.</li> </ul>
<b>Habilidades sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo da terapeuta.</li> <li>• Situações diversas do dia a dia.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedidos abusivos.</li> </ul> </li> <li>• Pedidos que não quero/não posso realizar.</li> <li>• Perguntas sobre vitiligo.</li> <li>• Olhares para as manchas.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bullying</i>.</li> <li>• Piadas.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assertividade.</li> <li>• Argumentar.</li> <li>• Buscar soluções.</li> <li>• Tomar decisões.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dizer não.</li> <li>• Dizer como se sente.</li> </ul> </li> <li>• Expressar emoções/sentimentos/opiniões.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir mudança de comportamento.</li> </ul> </li> <li>• Demonstrar desagrado/desaprovação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Maior variabilidade comportamental.</li> <li>• R+ Sensação de autoconfiança ao no enfrentamento e manejo social.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• R- Solução dos problemas.</li> </ul> </li> <li>• R+ Atenção/ajuda das pessoas.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Autonomia.</li> </ul> </li> <li>• R+ Melhora da qualidade dos relacionamentos; Respeito das pessoas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquiva de contato por pessoas.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falas/comportamentos preconceituosos nos ambientes sociais.</li> </ul> </li> <li>• Falta de informação da sociedade sobre vitiligo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discordar.</li> <li>• Pedir ajuda.</li> <li>• Iniciar uma conversa.</li> <li>• Manter uma conversa.</li> <li>• Interromper uma conversa.</li> <li>• Explicar o que é vitiligo (educar o ambiente social).</li> <li>• Dizer onde encontrar informações sobre vitiligo.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contracontrolar; Punir respostas inadequadas/aversivas/preconceituosas do ambiente.</li> </ul> </li> <li>• Ser rede de proteção para outros portadores (oferecer ajudar, acolher, pedir para que as pessoas não tenham determinados comportamentos com portadores de vitiligo, como fazer perguntas mal elaboradas (“Essa coisa pega?”), lançar olhares tristes, evitar contato, retirar a mão ao ver a mancha, entre outros).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Formação de vínculos de intimidade.</li> <li>• R- Evitar sobrecarga em atividades que não a interessam.</li> <li>• R+ Mais tempo para se engajar em atividades que a interessam.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Sentimento de que está ajudando outras pessoas a não passarem pela mesma situação de preconceito ou bullying.</li> </ul> </li> <li>• Generalização para o ambiente natural.</li> </ul>
<p><b>Autocuidados e sentimentos positivos em relação a si mesma</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo da terapeuta.</li> <li>• Vontade de se sentir diferente: mais positiva, melhor, mais animada, mais bonita, autoconfiante, capaz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar estímulos mais prazerosos.</li> <li>• Identificar situações positivas; Colocar seu comportamento sob controle de consequências mais reforçadoras.</li> <li>• Realizar algum comportamento de autocuidado (cf. descrição e modelos nas Folhas de Autorregistro em anexo), que envolvem, por</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Maior exposição à reforçadores positivos.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Maior variabilidade comportamental.</li> </ul> </li> <li>• R- Esquiva dos sentimentos “ruins”.</li> <li>• R+ Sentimentos “positivos”.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimentos/comportamentos de tristeza, incapacidade, falta autoconfiança, baixa autoestima.</li> <li>• Medo de interagir socialmente.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergonha do corpo.</li> </ul> </li> <li>• Autorregras (autodepreciativas/ distorcidas/ limitantes).</li> <li>• Sensação de incontrolabilidade aversiva.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bullying, comentários preconceituosos, piadas.</li> </ul> </li> </ul>	<p>exemplo, estimulação com exposição social a ambientes e interações diversas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar, aperfeiçoar ou buscar novas técnicas de auto-observação, autocuidado ou automaquiagem aprendidas na sessão de MCTe.</li> <li>• Usar roupas diferentes (biquínis, lingerie, shorts, vestido, regata, sandália, chinelo).</li> <li>• Usar transporte público (inclusive sozinha).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigir (inclusive sozinha).</li> <li>• Sair de casa (inclusive sozinha).</li> <li>• Passear (inclusive sozinha).                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ir para ambientes novos.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer novos amigos.                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitar convites.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Ir a médicos adequados.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentar-se bem.</li> </ul> </li> <li>• Praticar atividade física.</li> </ul> </li> <li>• Envolver-se com novas oportunidades de trabalho.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter-se no trabalho.</li> </ul> </li> <li>• Autotato: Descrever sensação de liberdade/poder/conquista.</li> <li>• Olhar/interpretar situações de perspectivas diferentes.</li> </ul> </li></ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Elogios das pessoas.</li> <li>• R+ Acolhimento das pessoas.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Empatia das pessoas.</li> </ul> </li> <li>• R- Mudança no comportamento das pessoas.</li> <li>• R- Receber pedidos de desculpas.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Observar características positivas em si mesma/Admirar-se (físicos, psicológicos, habilidades e desempenhos).                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Maior autonomia.</li> <li>• R+ Maior independência financeira.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Eliciação de respostas emocionais (sentimentos positivos, tais como satisfação, bem-estar, alegria, autoestima, autoconfiança).</li> <li>• R- Sentimentos de controle (“posso fazer coisas para me sentir melhor/diferente”).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• R+ Formação de vínculos de intimidade.</li> </ul> </li> <li>• R+ Melhora dos relacionamentos interpessoais.</li> <li>• R+ Melhora da situação financeira.</li> </ul>
--	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Discriminar, reavaliar e reelaborar autorregras.</li><li>• Dizer que essas piadas, comentários e/ou comportamentos não são engraçados/legais/adequados/aceitáveis.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• R+ Desenvolvimento social e profissional.</li><li>• R+ Melhora da saúde (autorrelatada).</li><li>• Generalização para o ambiente natural.</li></ul>
--	--	--	---

## Outros resultados

Sobre referenciais de beleza, no instrumento pré-teste da etapa MCTe, apenas uma participante (P2) citou uma mulher com vitiligo (Chantelle Whitney Brown-Young); duas participantes citaram mulheres com similaridade física (P7 e P8); três participantes citaram mulheres com similaridade de idade (P2, P7 e P8). Foram mais recorrentes como referenciais de beleza mulheres jovens, famosas, modelos, brancas e sem vitiligo.

Os pontos positivos (físicos) indicados no treino de autopercepção foram, para 100% das participantes, regiões livres e mais distantes de manchas. Os pontos negativos eram as próprias manchas ou regiões próximas delas. Todos os pontos negativos indicados tinham relação com a pele: manchas (P1); manchas, espinhas e textura da pele (P2); melasma e vitiligo (P3); manchas (P4); manchas e textura da pele (P5); manchas (P6); manchas, rugas e pele com coloração não uniforme (P7); pelos, acne, manchas, olheiras e textura da pele (P8).

Quanto ao *feedback*, nas respostas das participantes à pergunta aberta feita no pós-teste da atividade (MCTe) foram encontradas algumas categorias: autocuidado (todas as participantes); referência à apropriação da técnica como ferramenta (P5); não obrigatoriedade da maquiagem (P5); autoeficácia e empoderamento (todas as participantes); acolhimento (P3); superação (P4); poder (P1); controle (P1); autocompaixão (P2 e P8); bem-estar (P7); autoestima (P7); autopercepção positiva (P8); autopercepção realista (P8); acessibilidade, simplicidade e facilidade das técnicas (P7); suavidade e naturalidade (P7); conhecimento (P6); mudança de perspectivas quanto aos pontos negativos de si (P5).

## **CAPÍTULO 4:**

### **DISCUSSÃO**

Autores que fizeram intervenções com portadores de vitiligo (CORREIA; GARCIA; BORLOTI; 2013; SHAH; HUNT; WEBB; THOMPSON, 2014; SILVA; CASTOLDI; KIJNER, 2011) entendem que o tema é relativamente novo nas pesquisas e tem poucos artigos publicados na área, bem como poucas intervenções psicológicas descritas na literatura. Sugerem a necessidade de novos estudos com essa população, abarcando outros enfoques, pontos de vista e descrições mais precisas sobre, por exemplo, relações interpessoais, estratégias de enfrentamento, redes de suporte social e comportamentos afetados pelo vitiligo.

Após a elaboração e a aplicação desse protocolo de intervenção psicoterapêutica e cosmética, foi possível avaliar seus impactos em uma população de mulheres adultas portadoras de vitiligo, considerando indicativos das seguintes variáveis: 1) saúde mental e qualidade de vida; 2) comportamentos de autocuidado; 3) sentimentos de autoestima; 4) repertórios envolvendo habilidades sociais, autoconhecimento e autoestima.

Como se entende que, na ciência, se é possível descrever, poderemos prever e controlar, a falta de repertório de autoconhecimento implica dificuldades de o indivíduo criar autorregras, que, por sua vez, promovem autocontrole. Embora possam existir muitos motivos, é possível que a comunidade não tenha estabelecido as contingências necessárias para produzir autoconhecimento, ou ainda que práticas coercitivas o tenham eliminado (HUBNER; MOREIRA, 2012). Discute-se, assim, a condução deste estudo considerando observação e modelação de estratégias analítico-comportamentais envolvendo os repertórios de discriminação de estados internos e de suas contingências relacionadas; nomeação (autoconhecimento e validação do que é sentido); resolução de problemas – autocontrole; variação de repertórios comportamentais que diminuam a probabilidade de o portador ficar excessivamente sob controle de eventos aversivos, buscando perspectivas novas ou mais positivas; procura de novas formas de interpretação ambiental.

A partir dos dados obtidos na pesquisa e do estudo anterior realizado por Ruiz (2016), é possível compreender a vulnerabilidade dos portadores e o efeito do vitiligo não por sua nocividade ao organismo, mas pelo seu efeito sobre o ambiente. O potencial de



punição social é aumentado e os próprios portadores relatam estranhamento e afastamento das outras pessoas, impactando negativamente em dimensões de autoconceitos, trocas sociais, afetivas e emocionais.

Fazer uma caracterização precisa (ou a mais precisa possível) de populações vulneráveis é essencial para orientar recomendações de tratamento e diretrizes de manejo, identificar taxas de prevalência para planejamento de serviços de saúde mental, identificar grupos de pacientes para pesquisas básicas e clínicas e documentar importantes informações sobre saúde pública (APA, 2014). Esse foi um dos objetivos considerados atingidos por este estudo, principalmente na descrição das relações funcionais observadas nos resultados (Quadros 4 e 5).

Um aspecto importante observado foi a dificuldade de organizar e manter intervenções em grupo. Essa foi uma questão relevante no delineamento experimental: o presente protocolo foi inicialmente organizado para ser implementado em grupo. No entanto, após dois meses de inúmeras tentativas de encontros e ausência de participantes nestes, foi preciso modificar a implementação para uso de intervenção individual. Um novo delineamento foi elaborado para o protocolo, contemplando as adaptações necessárias (materiais, técnicas, entre outras).

A pesquisadora observou que, quando os convites foram feitos novamente, sinalizando que a pesquisa seria individual, a adesão foi satisfatória, embora alguns relatos tenham aparecido:

*Quando me chamou pela primeira vez, fiquei com muito medo de encontrar outras pessoas com vitiligo.*

*Não gosto de participar de grupos, sinto muita ansiedade.*

*Quase desisti de vir, mas minha família me apoiou e me motivou, que bom.*

*Ah, agora que eu já vim vários dias, talvez topasse participar de um grupo, hein.*

*Adorei a experiência, se fizer aquele grupo que me chamou da primeira vez, me chama, dessa vez eu vou, tá?*

*Quando me ligou da primeira vez, eu andava muito mal com tudo, cheia das manchas, não queria ter que ver pessoas ou sair de casa, até pensei “ela parece ser legal, mas e esse grupo, hein?”; desisti.*

*Eu acho que não ligo de ser em grupo, só não vim porque... humn... não lembro o porquê.*

Essa dificuldade pode estar relacionada ao dado observado na escala de ansiedade social, na qual participar de pequenos grupos era sinalizado por 60% das participantes como fonte de moderada a muita ansiedade ou medo na escala LSAS (e apenas por uma participante após a intervenção). Entre as participantes, 50% assinalaram evitar frequentemente ou sempre se encontrar com estranhos (o que foi pontuado por apenas uma participante após a intervenção). Outras pesquisas com portadores de dermatoses parecem ter lidado com a mesma dificuldade, como Silva, Castoldi e Kijner (2011), que iniciaram o grupo com apenas seis pessoas (mescla de portadores de vitiligo e de psoríase), mas somente no primeiro encontro todos estiveram presentes, finalizando o protocolo com dois.

A cultura pode contribuir para a vulnerabilidade e o sofrimento, principalmente quando comportamentos do indivíduo diferem das normas socioculturais e conduzem a dificuldades em contextos sociais, profissionais ou familiares específicos. Entretanto, a cultura também pode fornecer estratégias de enfrentamento que aumentam a resiliência, além de sugerir busca de auxílio e opções de acesso à assistência (APA, 2014). A pesquisadora se preocupou em, durante a chamada de participantes para a pesquisa, conceder entrevistas informativas sobre vitiligo e preconceito em rádios, programas de tv, jornais, revistas e *sites*. Além disso, durante a construção do protocolo, buscou incluir modelos específicos sobre o modo como os próprios portadores podem assumir esse papel, seja nas relações do dia a dia, seja em escalas mais abrangentes.

A P5, por exemplo, relatou:

*Eu ensino meus alunos desde criança a não terem preconceito com o que não conhecem; antes eu tinha vergonha quando perguntavam das manchinhas, hoje eu já explico de boa e converso, é importante.*

Condições de bem-estar físico e mental podem ser identificadas a partir da forma como nos autopercebemos e autoavaliamos (autoconhecimento – discriminar e descrever as contingências de controle do próprio comportamento). A literatura já relata a forma negativa como os portadores de vitiligo se percebem e se autoavaliam (ALGHAMDI, 2010; BASHIR; DAR; RAO, 2010; CHOI *et al.*, 2010; CORREIA; BORLOTI, 2013; KENT; KEOHANE, 2001; ONGENAE *et al.*, 2005; PORTER; BEUF; LERNER; NORDLUND, 1986; URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a).

No presente estudo, foi possível observar uma mudança positiva dessas autoavaliações. A mudança do relato de colaterais emocionais foi visível para todas as

participantes, uma vez que os adjetivos indicadores de estados emocionais eram mais positivos que os do pré-teste. Considerando a somatória das participantes, os indicadores de estados emocionais positivos após a aplicação do protocolo de intervenção subiram para 77%. Os pontos indicando estados emocionais com adjetivos negativos foram reduzidos a zero. A P4 indicava 100% dos indicativos para adjetivos negativos no pré-teste, enquanto no pós-teste 100% estavam indicando estados emocionais positivos.

*Deficits* de repertório em discriminar e descrever sentimentos, associados à presença de estimulação aversiva, são favoráveis para a observação de esquiva experiencial: o sujeito não discrimina sentimentos que são invalidados ou aversivos demais para entrar em contato. A P3 não assinalou nenhum adjetivo negativo no pré ou no pós-teste, mas, diferentemente das outras participantes, teve redução em sete pontos (útil, importante, animada, interessante, poderosa, acolhida e bonita).

Há ainda verbalizações que podem estar relacionadas à esquiva experiencial: a participante diz que “estava disfarçando, colocando alguns sentimentos ruins na gaveta para não ter que lidar com eles”, e afirma que participar da pesquisa estava fazendo com que ela “pensasse mais sobre ela mesma”, indicando que isso estava sendo positivo, pois “ela estava trabalhando em várias coisas que andou postergando por muito tempo”, e que finalmente “pensava em fazer terapia, que já havia sido indicada por um psiquiatra”. Esse efeito do procedimento indica que a participante aprendeu a discriminar e descrever sentimentos que antes, provavelmente, eram invalidados ou aversivos demais para entrar em contato. Tais falas, alinhadas aos dados da participante, indicam efeitos reforçadores do procedimento, embora não fique claro em que medida este produziu reforço negativo e positivo.

Replicando dados de estudos internacionais e nacionais, as portadoras de vitiligo participantes do presente estudo apresentaram indicadores relativos a diferentes transtornos mentais, sobretudo a presença significativa de depressão e de ansiedade (AJOSE *et al.*, 2014; BALABAN; ATAGÜN; ÖZGÜVEN; ÖZSAN, 2011; CHAN *et al.*, 2011; ELBULUK; EZZEDINE, 2017; RUIZ; REIS, 2018; TABORDA; WEBER; FREITAS, 2005). A média das participantes indicou 60,6% de domínios indicando alerta para morbidades psiquiátricas no PROMIS I (46,1%, 53,8%, 54,8%, 92,3%, 69,2%, 61,5%, 23,1% e 84,6% para as oito participantes, respectivamente). Também foi observada uma prevalência de 51,7% de domínios com necessidade de atenção (RUIZ; REIS, 2018).

Ansiedade e depressão são condições recorrentemente descritas em portadores de vitiligo (AJOSE *et al.*, 2014; ALGHAMDI, 2010; BALABAN, ATAGÜN; ÖZGÜVEN; ÖZSAN, 2011; BASHIR; DAR; RAO, 2010; CHAN *et al.*, 2011; CHOI *et al.*, 2010; FOLKS; WARNOCK, 2001; HALDER; CHAPPELL, 2009; KENT; KEOHANE, 2001; MUFADDEL; ABDELGANI, 2014; NOH *et al.*, 2013; ONGENAE *et al.*, 2005; PORTER; BEUF; LERNER; NORDLUND, 1986; RUIZ, 2016; RUIZ; REIS, 2018; TABORDA; WEBER; FREITAS, 2005). Entre outros fatores, a etiologia e o agravamento estão correlacionados a punição, esquiva, fuga, incontabilidade de estimulação aversiva e *deficits* em repertórios para produzir e acessar reforçadores positivos (DRYMAN; HEIMBERG, 2018; FERREIRA *et al.*, 2010; MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Considerando o *deficit* ou a ausência de certos comportamentos nas queixas das participantes (habilidades sociais, exposição social, autocuidados, sentimentos positivos em relação a si, entre outros), as análises funcionais foram de encontro à literatura: esses comportamentos ausentes foram punidos no passado. Após a inserção dos procedimentos de TRE e MCTe, foi observada redução de até 53% para todas nos escores de depressão.

Quanto à ansiedade social, os escores de todas as participantes se reduziram em até 88% quando comparados pré e pós-teste. Para a maioria das participantes (P1, P3, P4, P5, P8), os escores de evitação reduziram mais do que os escores de medo/ansiedade. Isso significa que as participantes se expuseram mais, mas ainda indicam ansiedade, possivelmente devido ao pouco tempo da intervenção. Uma possibilidade para estudos futuros seria reavaliar esse repertório depois de alguns meses.

O tempo de convívio com o vitiligo parece estar relacionado a um maior desenvolvimento de repertório preditivo de condições de qualidade de vida e saúde mental. Ou seja, apesar de terem medo e ansiedade em determinadas situações, elas apresentam algum repertório para ainda assim se exporem a essas situações, muitas vezes essenciais no dia a dia.

A ausência de autoconhecimento pode ampliar a não observação de outras classes de respostas que foram reforçadas no passado, assim como a supressão de respostas punidas e outras semelhantes, aumentando repertórios de inibição, sentimentos e comportamentos de insegurança em situações de exposição social, ausência ou *deficit* de repertório assertivo (GUILHARDI, 2002; MEYER, 2011). Os dados de ganhos descritos nas análises funcionais (Quadro 5) incluíram a instalação de novos repertórios observados

após a intervenção: estratégias de autoconhecimento, enfrentamento, habilidades sociais, autocuidado, ressignificação, entre outros.

Tais repertórios indicaram maior exposição a reforçamento positivo, resiliência à estimulação aversiva e sensação de controle autorrelatadas. Esses dados corroboram os resultados inicialmente esperados – protocolos que contemplem o ensino desses repertórios têm impactos positivos em vários aspectos de qualidade de vida, bem-estar, ansiedade e depressão.

Em condições de sofrimento emocional, assim como descrito em casos de portadores de vitiligo, é comum observar o estabelecimento de um amplo e variado repertório de fuga e/ou esquiva, o que foi encontrado neste estudo, como apontado nas análises funcionais (Quadro 4). Embora esse instrumento não se proponha a mensurar essa variável, foi especialmente interessante observar um tipo de fuga/esquiva indicado pelo PROMIS I, o uso substâncias que diminuam a sensação de experiências aversivas, como o álcool. Isso já havia sido indicado na literatura (RUIZ; REIS, 2018; URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a). A avaliação inicial do PROMIS I indicou necessidade de investigação no domínio Uso de Substâncias para quase todas as participantes em algum momento da intervenção (P1, P3, P4, P7 e P8 no pré-teste; P1, P2 e P4 no pós-teste; nenhuma delas indicou mais essa necessidade de atenção no *follow-up*).

Todas as participantes fizeram uso de algum tratamento, pomada ou remédio não prescrito por médicos. Estudos futuros podem investigar mais detalhadamente que tipos de substâncias esse público utiliza, que contingências para além do vitiligo estão envolvidas e em que medida tal procedimento interfere na frequência de tais comportamentos, além de estudar outras compulsões, como comida, internet e jogos.

A interpretação aversiva de estímulos do ambiente favorece o surgimento de comportamentos de fuga e esquiva por parte do portador, quadros de ansiedade social, depressão, isolamento social, baixa autoestima, cobertura das manchas com diversos artifícios e elaboração de piadas sobre si mesmo (CORREIA; BORLOTI, 2013; URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a). As participantes deste estudo também indicaram o que foi apontado na literatura: neste caso, como interpretação, entendem se comportar sob controle de aspectos específicos do ambiente, com o reforçamento ou a punição determinando a forma de “interpretar” os estímulos. Sendo assim, é possível observar mudança no controle de estímulos ou ressignificação.

Além dos dados observados de ansiedade social já descritos, depressão, indicativos de cuidados no PROMIS I e baixa autoestima foram encontrados no pré-teste:

todas as participantes geralmente cobriam/usavam algum artifício para esconder as manchas (exceto P3); duas apresentavam quadro de isolamento social (P4 se encontrava em estágio mais grave de isolamento; P3 estava em estágio médio; P1 mencionou estar saindo desse isolamento devido a um tratamento a laser para as manchas, e, com o surgimento de novas manchas a partir do terceiro encontro, descreveu “estar lutando contra a vontade de se isolar novamente”); P8 também relatou histórico recente de isolamento. Todas as participantes relataram que em algum momento já recorreram a “bom humor”, “levar na brincadeira/numa boa”, “amenizar”, “fingir que não ouviu”, “levar na esportiva”, “ser bem-humorada”, “depreciar sua aparência com humor” e/ou “fazer piadinhas com as próprias manchas”.

O comportamento de fazer piadas sobre si pode estar relacionado à observação de Caixeta (2009) sobre o mando disfarçado de fala depreciativa ser mantido pelos elogios do ouvinte, ou seja, o indivíduo com baixa autoestima se autodeprecia e recebe reforçadores como elogios e contra-argumentação positiva. Entretanto, fica sob controle dos estímulos reforçados anteriormente, os próprios defeitos, ignorando suas qualidades.

Outra hipótese foi desenvolvida a partir da observação de De-Farias, Fonseca e Nery (2017): ainda que um comportamento seja aparentemente disfuncional, inadequado ou socialmente reprovado, ele tem uma função no repertório daquele que emite e foi selecionado por suas consequências. Sendo assim, quando as portadoras faziam uma piada sobre si mesmas, possivelmente antecipavam o estímulo aversivo, esquivando-se da possibilidade de que ele fosse emitido pelos outros.

Dados da literatura apontam que portadores de vitiligo antecipam experiências negativas e “interpretam” experiências atuais de forma ameaçadora ou negativa (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013). O mesmo foi constatado pelos relatos verbais das participantes deste estudo, que se isolavam socialmente ao antecipar punições sociais (“vão rir de mim”, “eles vão me achar feia”, entre outros relatos verbais) ou interpretar situações de formas negativas (“ela não disse, mas estava com dó de mim”, “as pessoas têm nojo”, “ele não me cumprimentou, pois tem medo do vitiligo”). Para Silva e Isidro Marinho (2003), pessoas com esse histórico ficam mais sob controle de estímulos que sinalizam a não valorização ou depreciação, podendo emitir diante desses estímulos comportamentos que aumentem a probabilidade de as pessoas se afastarem, como agressões verbais, por exemplo.

Muitos resultados foram ao encontro de Papadopoulos, Bor e Legg (1999): 1) apesar de utilizarem instrumentos diferentes para avaliação, os dois estudos observaram

ganhos na autoestima (ambas as pesquisas utilizaram Rosenberg) e na qualidade de vida (DLQI no estudo de 1999 e WHOQOL-Bref e VitiQoL no atual); 2) nos dois estudos, os participantes mencionaram sentir mais controle sobre sua condição (autoconhecimento) e dominar mais ferramentas para conviver com o vitiligo (repertório mais variado); 3) em ambos os estudos, os participantes disseram ser capazes de assumir comportamentos anteriormente evitados, como sair de casa, usar roupas que não cobriam as manchas, sair em público sem maquiagem e ser capaz de falar sobre o vitiligo (habilidades sociais e maior acesso a reforçadores); 4) no presente estudo, também foram ensinados repertórios de “buscar mais ferramentas” quando a participante sentisse que precisava de mais ajuda em algum aspecto ou quando o estudo terminasse, como procurar um profissional da saúde mental (generalização).

Quanto à eficácia do tratamento do vitiligo, quase 70% acreditam que existam tratamentos que controlem a doença, mas não a curam, e 73% creem que são capazes de fazer algo para vencer a luta contra o vitiligo (CORREIA; BORLOTI, 2013). No presente estudo, de modo contrário, todas as participantes alegaram no pré-teste que sentiam necessidade de fazer algo em relação à aparência do vitiligo para se sentir melhor. E, exceto para uma das participantes (P3, que já convivia há 40 anos com vitiligo), todas sentiam que não tinham ferramentas eficazes para isso. Após o protocolo de intervenção, no *follow-up*, todas indicaram sentir que tinham alternativas/ferramentas para conviver melhor com o vitiligo e que agora sabiam onde e com quem buscar novas ferramentas/ajuda quando sentirem necessidade.

Apesar do vastamente identificado sofrimento emocional, nem sempre o tratamento psicoterapêutico é indicado como opção ou procurado pelos portadores de vitiligo. No levantamento de Ruiz e Reis (2018), apenas 15% da amostra de mulheres brasileiras procuraram algum cuidado psicoterapêutico para lidar com a patologia. Porém, esse número é significativamente maior no levantamento de Correia e Borloti (2013): incluindo mulheres e homens brasileiros, 54% dos portadores indicaram ter recebido alguma recomendação para realização de terapia ou acompanhamento psicológico devido ao vitiligo, 10% não concordaram com a recomendação e 35% informaram ter recebido esse acompanhamento.

Sua relevância, entretanto, parece ser observada nos relatos daqueles que tiveram acesso a esse tipo de auxílio profissional em saúde mental: 70% avaliaram o acompanhamento que tiveram como importante para o seu tratamento. O dado do presente estudo parece se aproximar mais de Ruiz e Reis (2018), já que apenas uma das

participantes (P5) indicou atendimento psicoterapêutico nos tratamentos já realizados para vitiligo (embora P8 já tenha feito psicoterapia por outros motivos). Todas as participantes que passaram pelo *follow-up* referiram ganhos sociais e pessoais durante o protocolo de intervenção, declarando verbalmente interesse em buscar atendimento por algum profissional da saúde mental após o encerramento dos encontros.

Embora a psicologia ainda seja vista por muitos como restrita a tratamento para cura de doenças mentais, esta desenvolve conhecimento científico e trabalha com atuação clínica em diversas áreas no desenvolvimento humano e nas inúmeras maneiras dos indivíduos viverem e interagirem. Seja como instrumento diante da necessidade de cura ou perante a necessidade de desenvolvimento em repertórios diversos, a psicoterapia pode intervir com abordagens variadas. Algumas das formas relatadas na literatura são o manejo de condições que favoreçam novas formas de avaliação da atual condição dos portadores de vitiligo por eles mesmos, a avaliação e a adaptação dos esforços cognitivos e comportamentais emitidos pelos portadores mediante o quadro crônico e o auxílio aos portadores na aprendizagem de repertório mais adaptativo, de modo a obterem mais reforçadores nesse novo contexto (ELLIS, 1993; ELLIS; DRYDEN, 1997 *apud* CORREIA; BORLOTI, 2013).

Com essa mesma proposta, esta pesquisa apresentou resultados que corroboram a literatura ao observar ganhos pelas participantes em diversos quesitos de saúde mental e bem-estar a partir da intervenção, que, entre outras estratégias, ofereceu treinamento em ferramentas de manejo ambiental. Além disso, a psicoterapia mostrou-se efetiva como forma de autocuidado, promovendo repertórios de autoconhecimento e seus produtos anteriormente descritos (por exemplo, controle de estímulos), além de modelar repertórios que favoreçam o acesso a reforçadores, tais como sentimentos relacionados a autoestima, autoconfiança e bem-estar, comportamentos relacionados a promover, ampliar e manter condições de saúde mental e física e qualidade de vida.

Não se nasce com baixa ou alta autoestima, é a partir da relação do indivíduo com o ambiente, particularmente por meio da relação com os outros, que se dá o processo de aprendizagem de autoconhecimento, ou seja, a história de reforçamento social (GUILHARDI, 2002). A história de reforçamento/punição social e as contingências aversivas em vigor podem gerar sentimentos e comportamentos nomeados pela comunidade verbal de baixa autoestima.

Possivelmente, os escores de autoestima encontrados nos escores de pré-teste foram assim desenvolvidos ao longo da grande exposição das portadoras de vitiligo a



contingências sociais aversivas ou punitivas: antes do procedimento, P2, P4, P5, P6 e P8 apresentaram escores indicando baixa autoestima (pré-teste). Embora P1, P3 e P7, tivessem escores indicando boa/média autoestima inicial (pré-teste), vale ressaltar que P1 estava passando por um tratamento a laser no momento da avaliação; P7 disse que estava quase sem manchas e passando por uma fase excelente de autoestima; P3 fez no último encontro verbalizações de esquiva experiencial, o que pode ter relação com sua redução de autoestima no pós-teste (EAR).

Visto que contingências de reforçamento positivo favorecem o aumento da autoestima e que é possível regular emoções via ensino de repertório para 1) busca de estímulos prazerosos, 2) identificação de situações positivas e 3) inserção de comportamento sob controle de consequências mais reforçadoras (GUILHARDI, 2002), o uso dessas três estratégias, programado no protocolo (TRE e MCTe), pode ter corroborado o resultado: em um dos instrumentos (WHOQOL-Bref), todas as participantes apresentaram um aumento de até 75% no indicativo de autoestima.

Tais dados em conjunto indicam o desenvolvimento de repertórios para a produção de reforço negativo, e, de modo mais marcante, reforço positivo, como era o objetivo deste trabalho. Considerando que autoestima é um repertório desenvolvido socialmente e que as participantes tiveram ganhos sensíveis, é possível inferir que os repertórios treinados ao longo do procedimento e no contexto da pesquisa foram suficientes para alterar sua percepção quanto às interações sociais, ainda que em graus diferentes.

Do mesmo modo, os relatos de comportamentos de evitação também diminuiram. Repertórios de fuga-esquiva são relevantes para a preservação do organismo e colaboram para a evitação de situações aversivas. Porém, diferentemente de evitar contingências aversivas, produzir reforço positivo em maior frequência contribui para que o indivíduo se avalie de modo diferente e perceba situações de maior controle, alterando a motivação para ocorrência do comportamento (PAPADOPOULOS; BOR; LEGG, 1999).

Ainda assim, este estudo tomou como medida relatos das participantes. Relatos verbais ocorrem sob condições diferentes de comportamentos não verbais, as quais devem ser tomadas com alguns cuidados, como: a) saber que tais estratégias (MCTe e TRE) existem, ainda que não sejam utilizadas pelas participantes, pode fazer com que elas aumentem a percepção de controle sobre o ambiente; b) considerar que a figura da pesquisadora pode ter se tornado uma referência de reforço social positivo, interferindo na avaliação pelas participantes. Além disso, este trabalho não coletou medidas efetivas

de mudanças e generalização de comportamento fora da intervenção, pois explorou apenas autorrelatos no *follow-up*. Estudos posteriores podem investigar em que medida os repertórios treinados são generalizados.

Embora a pesquisa tenha proposto uma nova redistribuição das áreas (RUIZ; REIS, 2018), pela qual algumas regiões antes consideradas integrantes da Área Nível 3 (fácil de esconder) foram retiradas e analisadas separadamente como uma nova Área Nível 4 (áreas íntimas), os dados encontrados são semelhantes: para o levantamento de Ruiz e Reis (2018), a Área Nível 1 apresentava a maior incidência de incômodo elevado (2,7 a 4); já a Área Nível 2, seguida da Área Nível 3 (ainda com as regiões íntimas incluídas), apresentava a maior incidência de incômodo leve (0 a 1,3); as áreas íntimas foram analisadas separadamente e apresentavam um incômodo maior do que das Áreas Nível 2 e 3.

Neste estudo, levando em conta o escore obtido no instrumento IIMV (máximo igual a 4), a média dos incômodos no pré-teste para todas as participantes também foi maior na Área Nível 1, seguida da Área Nível 4, da Área Nível 2 e da Área Nível 3. O desconforto nas regiões agora denominadas Nível 4, relacionadas ao comportamento erótico-sexual, replica outros trabalhos nacionais e internacionais, como os de Balaban, Atagün, Özgüven e Özsan (2011), Ruiz e Reis (2018) e Sarham, Mohammed, Gomaa e Eyada (2016).

Como esperado, regiões mais expostas (Nível 1) e íntimas (Nível 4) tiveram maiores indicativos de incômodo. A redução foi mais significativa na Área 1 (redução de 59% do incômodo) e menos significativa na Área 3 (redução de 41% do incômodo). Isso pode estar relacionado à manipulação de condições ambientais com alto impacto físico na região do rosto. O estudo também manipulou variáveis que afetam repertórios e habilidades cognitivas, sociais, emocionais e psicológicas, observando manutenção ou diminuição do incômodo para todas as outras áreas menos expostas ou íntimas, mesmo com o surgimento de novas manchas para alguns participantes.

Tanto as estratégias de MCTe quanto as de TRE visaram ao desenvolvimento de repertórios para aumento de produção de reforço positivo, além de redução de estimulação aversiva. Possivelmente, a manipulação de variáveis que afetam autoconhecimento e as regras em relação a condição, comportamento de solução de problemas e habilidades sociais podem ter resultado em avaliações que tenham reduzido o nível de incômodo com as manchas, ainda que novas manchas tenham aparecido ou

aumentado ao longo do procedimento. Para replicações, isso indica a necessidade de sessões que foquem no surgimento de novas manchas.

Além disso, seria interessante uma forma de mensurar o tamanho e a nitidez das manchas, para um controle do impacto do aumento ou da diminuição delas que fosse além do relato verbal ou da auto-observação. A autopercepção de um aumento em tamanho ou nitidez, por exemplo, parece gerar mais relatos e escores de incômodo. Todavia, em algumas regiões do corpo, apenas outras pessoas conseguem observar as manchas, e isso pode influenciar o aumento de olhares, comentários etc., fatores anteriormente observados como preditivos de incômodo.

Ao discutir qualidade de vida como um fator estrutural e mantenedor da saúde, Teovska, Eleftheriadou e Guarneri (2012) ressaltam o importante papel a ser desempenhado por redes de apoio, grupos de pacientes, associações e sociedades dedicadas a oferecer esse suporte. Porém, pessoas com histórico de punição social, comportamentos e sentimentos de baixa autoestima, autorregras distorcidas (sobre o social e como se portar frente ao social) recorrentemente apresentam dificuldade de criar redes de apoio eficazes, selecionando, muitas vezes, pessoas que repetem os mesmos padrões. Mesmo que se trate de padrões aversivos, ainda assim são padrões com os quais estão habituados, e acabam não selecionando pessoas com padrões diferentes, que poderiam ser mais positivos/reforçadores, sendo, assim, essencial o desenvolvimento de autoconhecimento e a modelagem de repertórios mais eficazes.

Além dos repertórios em habilidades sociais, um dos modelos oferecidos às participantes incluía a habilidade de poder ser tonar parte dessas redes, seja para buscar suporte ou atuar como fortalecedora de outros portadores com maiores vulnerabilidades e dificuldades. Um exemplo disso foi a situação relatada pela P8:

*Sempre me inspirei ao ver pessoas usando roupas que mostrassem as manchas, me dava mais coragem para fazer isso também; hoje, quando vou escolher uma roupa (após os encontros), penso que estou ajudando outras pessoas a se sentirem mais à vontade com seus corpos.*

P7 e P3, que apresentavam menor impacto relacionado ao vitiligo, também relataram situações que perceberam após os encontros:

*Já que eu me sinto melhor comigo mesma hoje, posso falar mais com as pessoas sobre vitiligo e como tratar as pessoas que têm, o que é legal, o que não é de fazer.*

*Se alguém faz piadas com minhas manchas, antes eu só ignorava, hoje eu digo que não ligo mais, mas que outras pessoas podem ficar muito tristes, até mesmo quererem se matar.*

*Eu ficava muito irritada com as pessoas preconceituosas e ignorantes, eu gritava e brigava, pra ofender mesmo, igual faziam comigo; eu entendi que essa estratégia não estava funcionando, estou usando novas e estou gostando do resultado, ser mais ouvida e respeitada, sabe?*

Brandenburg e Weber (2005) discutem o autoconhecimento como ferramenta para a liberdade, concebendo-o como instrumento para a melhora da qualidade de vida do ser humano e de suas relações sociais, além de proporcionar autoconhecimento na comunidade. A participante P2 se emocionou no último encontro:

*Fiquei muito feliz em participar da pesquisa, antes eu me sentia amarrada dentro de mim, tipo uma âncora no fundo do mar, sabe? Agora eu me sinto desamarrada, livre para conseguir fazer as coisas; vou tentar ensinar um pouco disso para as pessoas.*

A carência de saúde mental parece clara nos resultados encontrados, principalmente se considerarmos a definição da APA (2014): perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental, de modo que há presença de sofrimento e incapacidade significativa que afeta atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Para todas as participantes, em algum momento do convívio com o vitiligo, principalmente no início, a doença afetou a maioria dos critérios de saúde da APA (2014) – habilidades cognitivas e emocionais, inserção funcional na sociedade, competência em demandas da vida diária e ajustamento aos diversos contextos.

Alguns exemplos de cada participante são:

- P1 – dificuldade de conseguir trabalho e se manter nele;
- P2 – relações sociais;
- P3 – *deficit* em habilidades sociais;
- P4 – atividades diárias em geral;
- P5 – autoestima e autoconfiança;
- P6 – exposição social;
- P7 – aceitação da aparência;
- P8 – lazer e relações íntimas.

Esses são apenas alguns exemplos entre muitos outros que surgiram durante os encontros. Para além da entrevista inicial e dos autorrelatos, a perda de saúde mental também se apresentou de forma impactante em todos os instrumentos aplicados durante a pesquisa (WHOQOL-Bref, VitiQoL, Rosenberg (EAR), PROMIS I e II, Liebowitz (LSAS), IIIMV e Escala Semântica).

Segundo os escores de qualidade de vida rastreados em condições específicas para portadores de vitiligo (VitiQoL), os ganhos de até 48,89% foram observados em todas as participantes. Já os escores de qualidade de vida rastreados em condições gerais de vida (WHOQOL-Bref) indicaram ganhos de até 36,54%, principalmente nos domínios psicológicos e nas relações sociais.

Essa variação positiva dos indicativos de qualidade de vida também foi constatada em conduções de estudos nacionais e/ou internacionais (BALKRISHNAN *et al.*, 2005; GARNEFSKI; KRAAIJ; SPINHOVEN, 2001; McMICHAEL; BALKRISHNAN; BOULOC; FELDMAN, 2004; MONFRECOLA *et al.*, 2016; ONGENAE *et al.*, 2005; ONGENAE; VAN GEEL; DE SCHEPPER; NAEYAERT, 2005; PEUVREL *et al.*, 2012; RAMIEN *et al.*, 2014; SEGOT-CHICQ; FANCHON, 2013; SEITÉ *et al.*, 2012; TANIOKA; YAMAMOTO; KATO; MIYACHI, 2010), que manipularam variáveis ambientais (uso de maquiagem) ou cognitivas (intervenção em psicoterapia). Embora utilizando instrumentos diferentes (DLQI em ambos), os ganhos em qualidade de vida para pacientes (com condições dermatológicas, incluindo vitiligo) após o ensino e o uso de cosméticos corretivos foram de 33% (HOLME; BEATTIE; FLEMING, 2002) e 37% (BOEHNCKE *et al.*, 2002). Para intervenção em psicoterapia de grupo com pacientes com vitiligo, o ganho em qualidade de vida (DLQI) foi de 33% (PAPADOPOULOS; BOR; LEGG, 1999).

Recorrentemente, o ambiente social em que o portador de vitiligo está inserido oferece estímulos aversivos como “perguntar sobre as manchas” e “olhar para as manchas” (CORREIA; BORLOTI, 2013). O mesmo foi observado nas participantes do presente estudo, e a pesquisadora complementa que esses estímulos não são aversivos por si só. O olhar para as manchas também foi recorrentemente acompanhado de críticas ou expressões faciais negativas, e agora olhar para as manchas se torna uma situação já aversiva. Sendo assim, a situação escolhida pela terapeuta como recorrente para todas as participantes foi “alguém olhar/falar sobre/fazer piadinhas sobre as manchas”.

Na maioria das vezes, as participantes indicaram não fazer/dizer nada a respeito nessa situação ou ir embora. Também afirmaram que durante/após a situação ficam tristes, se sentindo feias, rejeitadas, repulsivas, impotentes, injustiçadas, ansiosas, inferiores, fracas, depressivas, com raiva, inseguras e desanimadas (análise funcional descrita no resultado). No TRE, foram oferecidos modelos de como essa situação, descrita como difícil de lidar por todas as participantes, poderia se desenrolar com o uso de técnicas previamente ensinadas; um *role-play* na sessão possibilitou o treino desses modelos pelas participantes.

As técnicas, os modelos, os treinos e os *role-plays* realizados neste estudo se mostraram expressivamente eficazes ao oferecer repertório adaptativo para o funcionamento das participantes, em especial para interações sociais; treinar habilidades para responder às demandas emocionais; dar modelo de monitoramento, avaliação e modificação das reações emocionais; aumentar as probabilidades de que as participantes lidem com estados emocionais e utilizem estratégias para atingir objetivos diversos; propiciar contato com técnicas de autocontrole, expressão de emoções, reconhecimento/nomeação de emoções, verbalização da emoção; usar estratégias para se acalmar e controlar o próprio humor; repertório para lidar com sentimentos negativos. Isso significa que, em geral, o que os autores chamam de regulação das emoções envolve basicamente autoconhecimento, autocontrole e relaxamento.

Em aplicações futuras do protocolo, seria interessante realizar com outro grupo de participantes o ensino separado de alguns repertórios (autopercepção, autoestima, autocuidado, autoconhecimento, habilidades sociais etc.) antes de inserir o ensino de automaquiagem, avaliando os ganhos em cada condição para verificar se uma é suficiente ou é preciso usar as duas em conjunto. Inverter a ordem de apresentação dos treinos de TRE e MCTe também seria uma manipulação interessante.

Aqui, essa escolha da ordem das sessões foi feita para que no primeiro dia as participantes recebessem as instruções de preenchimento dos registros de dificuldades relacionadas a vitiligo e autocuidados, além de relatarem durante as entrevistas iniciais algumas dessas queixas; no segundo encontro, além da aplicação do procedimento MCte, elas entregavam as folhas de registro preenchidas, e esses dados eram essenciais para que a pesquisadora programasse o terceiro encontro, principalmente o *role-play*. Uma possível solução seria explorar melhor as queixas durante a entrevista inicial e/ou entregar as fichas de registro (e sua instrução de preenchimento) antes do primeiro encontro.

Embora esse protocolo tenha sido inicialmente desenvolvido como estratégia de intervenção para qualquer paciente em condições dermatológicas ou crônicas, alguns dados da literatura levaram à escolha da população de mulheres de vitiligo como sujeitos de pesquisa. Um exemplo é o fato de, em comparação com outras condições dermatológicas, pacientes com vitiligo terem maior sensação de vergonha e autopercepção, documentada por maiores graus de comprometimento (DLQI maior que 10), e relatarem melhorias ainda maiores em escalas de qualidade de vida após o uso de maquiagem para camuflagem (TANIOKA; YAMAMOTO; KATO; MIYACHI, 2010). Além disso, apesar de a técnica poder ser utilizada por homens, estudos e estatísticas apontam um impacto em perda de qualidade de vida maior entre as mulheres (BALABAN; ATAGÜN; ÖZGÜVEN; ÖZSAN, 2011; CHAN *et al.*, 2011; HALDER; CHAPPELL, 2009; ONGENAE; VAN GEEL; DE SCHEPPER; NAEYAERT, 2005; RADTKE *et al.*, 2009; SEITÉ *et al.*, 2012).

Na literatura, a maquiagem já era indicada como estratégia eficaz para melhorar a qualidade de vida e favorecer a interação social, evitando o incômodo da exposição das manchas, concomitantemente ao aumento da probabilidade de contato com contingências reforçadoras próprias das relações sociais. Em levantamentos realizados por questionário *on-line* aplicado em população brasileira (CORREIA; BORLOTI, 2013; RUIZ; REIS, 2018), a incidência encontrada do uso de maquiagem foi a mesma, 44,4% dos participantes indicaram optar por esse recurso.

Embora o presente estudo não avalie o uso de maquiagem separado de outras estratégias, foi possível observar que o uso de cosméticos parece ser compensador para a população de mulheres adultas. Ter acesso a técnicas adequadas para sua condição física parece ter aumentado o valor dessa recompensa/experiência prazerosa e reduzido a sensação de falta de ferramentas para lidar com a própria aparência, aumentando a controlabilidade dessa condição.

É importante lembrar que a pesquisa não ofereceu apenas técnicas de cobertura das manchas (camuflagem), pois essa era só uma das opções possíveis de escolha das participantes ao testar/realizar automaquiagem durante o treinamento. Elas também foram expostas a aulas que contemplaram o ensino de técnicas de autopercepção, construção positiva da autoestima, treino de busca e fortalecimento de características positivas, manejo de características autorrelatadas como negativas, técnicas de autocuidado, cuidados com a pele, proteção solar, limpeza da pele, hidratação, drenagem linfática facial, relaxamento, entre outras, além de receberem informações sobre produtos diversos

cosméticos para cuidados com a pele, maquiagem, bem como instrumentos e formas/modelos de aplicação. Ao final da videoaula de MCTe, elas também eram instruídas sobre onde encontrar mais informações sobre o assunto, como saber quais produtos realmente são necessários, como procurar, testar, escolher, comprar esses tipos de produtos, como resistir às pressões de um vendedor etc.

Há autores que analisam o uso de maquiagem como comportamento de esquiva que pode favorecer a interação social, evitando o incômodo da exposição das manchas concomitantemente ao aumento da probabilidade de contato com contingências reforçadoras próprias das relações sociais (CORREIA; BORLOTI, 2013). O presente estudo não considera a maquiagem limitada a essa função. O procedimento programou a manipulação de uma variável importante: “identificar aspectos agradáveis/bonitos/positivos e ressaltá-los de formas diversas, por exemplo, com uso de maquiagem”. Isso implica se comportar sob controle de algo positivo (estímulo reforçador), em vez de algo incômodo (estímulo aversivo).

Ficar sob controle do estímulo reforçador tem impacto positivo maior em indicadores de qualidade de vida, autoestima, ansiedade e depressão, em oposição ao ficar sob controle do estímulo aversivo, conforme os dados encontrados: P1, P2, P5, P6 e P7 já faziam uso diário de maquiagem, dominavam várias técnicas, conheciam/utilizavam vários produtos, e ainda assim obtiveram ganhos notáveis em diversos aspectos físicos e psicológicos (diminuição do incômodo, aumento da autoestima, diminuição dos escores de depressão, entre outros já descritos) após a intervenção. Além desses repertórios ensinados, o de autocuidados ou de autopercepção (“como me sinto”, “pedir mudança de comportamento para o outro”) leva as participantes a se comportarem sob controle das próprias necessidades. Nenhum outro estudo apresentado na literatura contemplou esses aspectos.

Melhorar a percepção de controlabilidade ambiental pode ser eficaz em situações de grande sofrimento, estresse e doenças crônicas (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013; PAPADOPOULOS; BOR; LEGG, 1999). Treinos discriminativos, habilidades sociais e de autoconhecimento podem atingir esse objetivo, uma vez que ampliam o repertório de comportamentos e reações disponíveis nessas situações. A pesquisa apresentou resultados que corroboram a literatura ao observar ganhos pelas participantes em diversos quesitos de saúde mental e bem-estar a partir da intervenção, que, entre outras estratégias, ofereceu treinamento em ferramentas de manejo ambiental. A partir dos dados obtidos e do estudo anterior realizado por Ruiz (2016), é possível compreender o efeito



do vitiligo não por sua nocividade ao organismo, mas pelo seu efeito sobre o ambiente: o potencial de punição social é aumentado e os próprios portadores relatam estranhamento e afastamento das outras pessoas, impactando negativamente sobre dimensões de autoconceitos, trocas sociais, afetivas e emocionais.

Quando relações sociais estão sendo punidas, é possível observar um aumento dos comportamentos de esquiva, medo de interagir socialmente, menor engajamento em comportamento social, maiores chances de isolamento, menor repertório, previsão de punição, quadro de desamparo, entre outros descritos nas análises funcionais das queixas (Quadro 4). As participantes registraram em casa e relataram no *follow-up* as oportunidades de praticar o que aprenderam nas sessões, e também puderam tirar dúvidas/dificuldades em generalizar as técnicas ou mesmo agendar novos encontros quando esse repertório foi considerado “não atingido” pela pesquisadora.

Em doenças crônicas como o vitiligo, o portador tem ferramentas de tratamento restritas, ineficazes, com poucos resultados ou sem remissão completa da doença. Em analogia ao quadro de desamparo aprendido, o portador entende que nada pode fazer para produzir mudanças em seu quadro clínico, pois, independentemente de seu comportamento, as manchas causadas pela doença continuam produzindo impactos sociais negativos, e esse indivíduo pode apresentar quadros menos responsivos (como medo de interagir socialmente, menor engajamento em comportamento social, maiores chances de isolamento, menor repertório, entre outros já citados anteriormente), relacionados à etiologia e ao agravamento dos transtornos de ansiedade e de depressão.

Considera-se que a condição do vitiligo expõe seu portador a situações de imprevisibilidade da estimulação aversiva produzida por questões culturais e reações de rejeição. Desse modo, as estratégias aqui avaliadas buscaram instalar repertórios de manejo ambiental (maquiagem) e cognitivo (psicoterapia) que aumentem o controle do indivíduo sobre algumas variáveis do ambiente em que vivem, para reduzir estimulação aversiva e aumentar produção de estimulação prazerosa.

Muitos profissionais consideram o vitiligo apenas uma condição antiestética que não causa prejuízos para o paciente (RUIZ, 2016; RUIZ; REIS, 2018). Existe uma discrepância significativa entre a avaliação do paciente e do dermatologista sobre a gravidade da doença, o que geralmente é um sinal de que os fatores psicossociais contribuem para a morbidade geral associada à doença (URPE; BUGGIANI; LOTTI, 2005a). Um dos itens do VitiQoL pergunta o quão grave (de 0 a 6) o portador avalia que

é seu problema de pele, e um dos itens do PROMIS I pergunta se o portador considera que suas doenças não estão sendo levadas a sério o suficiente.

As participantes da pesquisa consideraram, em diferentes momentos da avaliação, a gravidade da doença entre média e alta (P1 = 4; P2 = 6; P3 = 2; P4 = 6; P5 = 1; P6 = 6; P7 = 3; P8 = 4). Quanto ao sentimento de negligenciamento da gravidade do vitiligo, em diferentes momentos da avaliação as participantes P6 e P7 não tinham sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério, enquanto a participante P1 indicou ter esse sentimento vários dias, a P3, menos de um ou dois dias, a P5, mais da metade dos dias, e a P4 e a P8, todos os dias.

Correia e Borloti (2013) categorizaram alguns conselhos que os portadores de vitiligo deixaram para os profissionais da área da saúde, especialmente médicos e psicólogos:

- sobre pesquisa, abordaram a necessidade de mais estudo, por parte dos profissionais, acerca da doença (para diagnosticar melhor, escolher melhor o tratamento, descobrir novos tratamentos e orientar melhor o paciente);
- sobre atendimento, abordaram a forma como os profissionais médicos deveriam, na opinião dos participantes, tratar o paciente portador de vitiligo (por exemplo, informar melhor o paciente sobre a doença desde o início, considerar o paciente como alguém que precisa de um atendimento integrado (médico e psicológico), dar esperança de cura aos pacientes e assistência adequada, receitando o tratamento de acordo com cada caso);
- sobre cura, pediram em forma de apelo que os médicos acreditem na existência da cura e busquem descobri-la;
- sobre outros aspectos, deixaram conselhos: “o vitiligo não é só um problema estético”; “considerem os problemas emocionais”; “divulguem mais informações sobre a doença”; “dediquem-se mais”; “lembrem-se que a alimentação também influencia”; e “façam mais convênios com planos de saúde”.

O presente estudo levou esses conselhos em consideração ao elaborar o protocolo de intervenção, principalmente no quesito levar mais informação sobre vitiligo para a comunidade em geral, a fim de diminuir o preconceito gerado pelo desconhecimento da doença ou de aspectos da doença, tais como mitos de transmissão e contágio. Isso foi feito por meio de entrevistas, mídias digitais, redes sociais, rádio, televisão, jornais, entre

outros, durante a divulgação da pesquisa para encontrar participantes interessadas. De modo geral, os dados parciais coletados pelos instrumentos do estudo mostraram resultados promissores, considerando o número de participantes e o total de sessões implementadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo ressaltou que os impactos de condições dermatológicas atingem muito mais profundamente que a pele. Ao tratar pacientes com condições estéticas, doenças cutâneas ou doenças crônicas, deve-se levar em conta não apenas os efeitos sobre aspectos relacionados a perda de saúde física ou dor, mas principalmente sobre condições psicológicas de saúde mental e convívio social. É preciso, então, desenvolver terapias que abordem esses fatores e favoreçam a conscientização da comunidade em geral.

Nos dados levantados, foram encontrados efeitos positivos de um protocolo de intervenção psicoterapêutica e estética sobre indicadores de saúde mental e qualidade de vida. Desenvolveram-se, associadamente, os pacotes de intervenção Maquiagem Corretiva Terapêutica (MCTe) e Treino em Regulação Emocional (TRE).

A aplicabilidade e a eficácia de instrumentos gerados e procedimentos propostos neste estudo poderiam ser mais exploradas em futuras aplicações: 1) em diferentes portadores de vitiligo (status de relacionamento variado, coloração de pele mais diversificada, diversidade de fototipos de pele, homens, entre outros diversificadores); 2) em outras condições dermatológicas; 3) na ausência de condições dermatológicas; 4) em populações com condições estéticas que impactam em repertórios de autoestima e saúde mental; 5) em populações com transtornos comportamentais (depressão, ansiedade, entre outros).

Espera-se que os resultados possam contribuir para ampliar o conhecimento científico ao oferecer uma análise funcional das condições apresentadas, tratar de indicadores de resiliências, qualificar diretrizes para futuras intervenções (oferecer condições de intervenções mais efetivas e, se possível, mais eficazes, com maior possibilidade de replicação), desenvolver materiais em saúde pública e oferecer possibilidades para essa população vulnerável.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, A. *et al.* Identifying key components for a psychological intervention for people with vitiligo – a quantitative and qualitative study in the United Kingdom using web-based questionnaires of people with vitiligo and healthcare professionals. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 32, n. 12, p. 2275-2283, 2018.
- AJOSE, F. O. A. *et al.* Quantification and comparison of psychiatric distress in African patients with albinism and vitiligo: a 5-year prospective study. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 28, p. 925-932, 2014.
- ALGHAMDI, K. M. Beliefs and perceptions of Arab vitiligo patients regarding their condition. **International Journal of Dermatology**, v. 49, p. 1141-1145, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTONIOU, C.; STEFANAKI, C. Cosmetic camouflage. **Journal of cosmetic dermatology**, v. 5, n. 4, p. 297-301, 2006.
- AVELAR, C. D.; VEIGA, R. T. Beleza não põe mesa? Entendendo a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais [...]** Rio de Janeiro: Anpad, 2011. p. 1-17.
- BALABAN, Ö. D.; ATAGÜN, M. İ.; ÖZGÜVEN, H. D.; ÖZSAN, H. H. Psychiatric morbidity in patients with vitiligo. **The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences**, v. 24, n. 4, p. 306-313, 2011.
- BALKRISHNAN, R. *et al.* Corrective cosmetics are effective for women with facial pigmentary disorders. **Cutis**, v. 75, n. 3, p. 181-187, 2005.
- BANACO, R. A. *et al.* Psicopatologia. *In*: HUBNER, M. M. C.; MOREIRA, M. B. (org.). **Fundamentos de Psicologia**: temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 154-165.
- BASHIR, K.; DAR, N. R.; RAO, S. U. Depression in adult dermatology outpatients. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 20, n. 12, p. 811-813, 2010.
- BATTIE, C.; VERSCHOORE, M. Dermatologie, cosmétique et bien-être. **Annales de Dermatologie et de Vénéréologie**, v. 138, n. 4, p. 294-301, 2011.
- BOEHNCKE, W. H. *et al.* Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases. **European Journal of Dermatology**, v. 12, n. 6, p. 577-80, 2002.

- BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. **Clínica analítico-comportamental**: aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BRANDENBURG, O. J.; WEBER, L. N. D. Autoconhecimento e liberdade no behaviorismo radical. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 87-92, 2005.
- BÚ, E. A.; ALEXANDRE, M. E. S.; SCARDUA, A.; ARAÚJO, C. R. F. Vitiligo as a psychosocial disease: apprehensions of patients imprinted by the white. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 65, Epub, 2017.
- CAIXETA, B. A. **Autoestima na perspectiva do behaviorismo radical**. 2009. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2009.
- CASTRO, C. C. S. de; MIOT, H. A. Prevalence of vitiligo in Brazil – A population survey. **Pigment Cell & Melanoma Research**, v. 31, n. 3, p. 448-450, 2018.
- CASTRO, N. F. C. *et al.* Adaptação transcultural dos Bancos de Itens de Ansiedade e Depressão do Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) para língua portuguesa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 879-884, 2014.
- CHAN, M. F.; CHUA, T. L. The effectiveness of therapeutic interventions on quality of life for vitiligo patients: a systematic review. **International journal of nursing practice**, v. 18, n. 4, p. 396-405, 2012.
- CHAN, M. F. *et al.* Investing factors associated with depression of vitiligo patients in Singapore. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, p. 1614-1621, 2011.
- CHOI, S. *et al.* Quality of life and psychological adaptation of Korean adolescents with vitiligo. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 24, p. 524-529, 2010.
- COATS, A. H.; BLANCHARD-FIELDS, F. Emotion regulation in interpersonal problems: The role of cognitive-emotional complexity, emotion regulation goals, and expressivity. **Psychology and Aging**, v. 23, n. 1, p. 39-51, 2008.
- CORREIA, K. M. L. **Psicodermatologia e abordagem cognitivo-comportamental**: contribuições para o enfrentamento do vitiligo. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.
- CORREIA, K. M. L.; BORLOTI, E. Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. **Acta comportamentalia**, Guadalajara, v. 21, n. 2, p. 227-240, 2013.
- CORREIA, K. M. L.; GARCIA, A.; BORLOTI, E. “Como o vitiligo afetou meus relacionamentos”: análise de relatos. **Temas Contemporâneos**, v. 102, p. 102-125, 2013.

CRITÉRIO BRASIL. **Atualização da Distribuição de Classes para 2016**. São Paulo: ABEP, 2016. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 15 out. 2018.

DAL POZ, M. R.; GUPTA, N.; QUAIN, E.; SOUCAT, A. L. B. (ed.). **Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low-and middle-income countries**. Geneva: World Health Organization, 2009.

DE-FARIAS, A. K. C.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. **Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

DRYMAN, M. T.; HEIMBERG, R. G. Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. **Clinical psychology review**, v. 65, p. 17-42, 2018.

EKMAN, P. Facial expression and emotion. **American Psychologist**, v. 48, p. 384-392, 1993.

ELBULUK, N.; EZZEDINE, K. Quality of life, burden of disease, co-morbidities, and systemic effects in vitiligo patients. **Dermatologic Clinics**, v. 35, n. 2, p. 117-128, 2017.

ELIAS, N. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Tradução R. Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990 [1939].

FERREIRA, D. C.; TOURINHO, E. Z. Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 20-36, 2011.

FERREIRA, D. C. *et al.* A interpretação de cognições e emoções com o conceito de eventos privados e a abordagem analítico-comportamental da ansiedade e da depressão. **Perspectivas em análise do comportamento**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 70-85, 2010.

FIGUEIREDO, L. C. M. **A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)**. São Paulo: Escuta; Educ, 1992.

FLORA, S. R.; KESTNER, J. Cognitions, thoughts, private events, etc. are never initiating causes of behavior: reply to overskeid. **Psychological Record**, v. 45, p. 577-589, 1995.

FOLKS, D. G.; WARNOCK, J. K. Psycocutaneous disorders. **Current Psychiatry Reports**, v. 3, p. 219-225, 2001.

FRANCO, A. F. O mito da autoestima na aprendizagem escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 325-332, 2009.

GARNEFSKI, N.; KRAAIJ, V.; SPINHOVEN, P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. **Personality and Individual Differences**, v. 30, n. 8, p. 1311-1327, 2001.

GLENN, S. S. Operant Contingencies and the Origin of Cultures. *In*: LATTAL, K. A.; CHASE, P. N. (ed.). **Behavior Theory and Philosophy**. Boston: Springer, 2003. p. 223-242.

GONGORA, M. A. N.; ABIB, J. A. D. Questões referentes à causalidade e eventos privados no behaviorismo radical. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 9-24, 2001.

GROSS, J. J. Emotion regulation: conceptual and empirical foundations. *In*: GROSS, J. J. (ed.). **Handbook of emotion regulation**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2014. p. 3-22.

GROSS, J. J.; RICHARDS, J. M.; JOHN, O. P. Emotion Regulation in Everyday Life. *In*: SNYDER, D. K.; SIMPSON, J.; HUGHES, J. N. (ed.). **Emotion regulation in couples and families: pathways to dysfunction and health**. Washington: American Psychological Association, 2006. p. 13-35.

GUILHARDI, H. J. Autoestima, autoconfiança e responsabilidade. *In*: BRANDÃO, M. Z.; CONTE, F. C. S.; MEZZAROBBA, S. M. B. (org.). **Comportamento Humano: tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor**. Santo André: ESETec, 2002. p. 63-98.

HALDER, R. M.; CHAPPELL, J. L. Vitiligo update. **Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery**, v. 28, n. 2, p. 86-92, 2009.

HOLME, S. A.; BEATTIE, P. E.; FLEMING, C. J. Cosmetic camouflage advice improves quality of life. **British Journal of Dermatology**, v. 147, n. 5, p. 946-949, 2002.

HUBNER, M. M. C.; MOREIRA, M. B. (org.). **Fundamentos de Psicologia: temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento (154-165)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

HUNZIKER, M. H. L. Um olhar crítico sobre o estudo do desamparo aprendido. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 14, n. 3, p. 17-26, 1997.

HUNZIKER, M. H. L. O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. *In*: ZAMIGNANI, D. R. (org.). **Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos**. Santo André: ESETec, 2001. p. 143-151.

HUNZIKER, M. H. L. **Desamparo Aprendido**. 2003. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HUNZIKER, M. H. L. O desamparo aprendido revisitado: estudos com animais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, p. 131-139, 2005.



- HUTZ, C. S. **Adaptação brasileira da escala de autoestima de Rosenberg**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
- HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 41-49, 2011.
- JONES, A. L.; KRAMER, R. S. Facial cosmetics and attractiveness: comparing the effect sizes of professionally-applied cosmetics and identity. **PloS one**, v. 11, n. 10, p. 1-17, 2016.
- KENT, G. Testing a model of disfigurement: effects of a skin camouflage service on well-being and appearance anxiety. **Psychology and Health**, v. 17, n. 3, p. 377-386, 2002.
- KENT, G.; KEOHANE, S. Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 40, p. 23-34, 2001.
- KHATU, S. S. *et al.* A comparative study of psychosocial morbidity in stable versus unstable vitiligo. **Pigment International**, v. 5, n. 1, p. 28-33, 2018.
- KOSTOPOULOU, P. *et al.* Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: the experience from a French referral centre. **British Journal of Dermatology**, v. 161, n. 1, p. 128-133, 2009.
- LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- LeROY, L. Camouflage therapy. **Dermatology nursing**, v. 12, n. 6, p. 415-415, 2000.
- LEVY, L. L.; EMER, J. J. Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: personal experience and review. **Clinical, cosmetic and investigational dermatology**, v. 5, p. 173-182, 2012.
- LUPI, O. **Doutor, eu tenho vitiligo**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2013.
- MAYER, P. C. M.; GONGORA, M. A. N. Duas formulações comportamentais de punição: definição, explicação e algumas implicações. **Acta Comportamentalia**, Guadalajara, v. 19, n. 4, p. 47-63, 2011.
- McMICHAEL, A. J.; BALKRISHNAN, R.; BOULOC, A.; FELDMAN, S. Impact of corrective cosmetic use on health-related quality of life in women with severe facial pigmentary disorders. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 50, n. 3, p. P78, 2004.
- MENESES, D. de V. C. **Investigação dos níveis de 25 (OH) D e suplementação de vitamina D3 em pacientes com vitiligo**. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da

Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2019.

MEYER, D. D. S. T. **A Autoestima na Perspectiva da Análise do Comportamento**. 2011. Monografia (Especialização em Psicologia) – Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, Brasília, 2011.

MICHELETTO, N.; SÉRIO, T. M. A. P. Homem: objeto ou sujeito para Skinner? **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 11-21, 1993.

MILLENSON, J. R. **Princípios de análise do comportamento**. Brasília: Coordenada, 1975 [1967].

MONFRECOLA, G. *et al.* Tolerability and camouflaging effect of corrective makeup for acne: results of a clinical study of a novel face compact cream. **Clinical, cosmetic and investigational dermatology**, v. 9, p. 307-313, 2016.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise e comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOTA, J. P. **Classificação de fototipos de pele**: análise fotoacústica *versus* análise clínica. 2006. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) – Programa de Pós-Graduação em Bioengenharia, Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2006.

MUFADDEL, A.; ABDELGANI, A. E. Psychiatric Comorbidity in Patients with Psoriasis, Vitiligo, Acne, Eczema and Group of Patients with Miscellaneous Dermatological Diagnoses. **Open Journal of Psychiatry**, v. 4, n. 3, p. 168-175. 2014.

MÜLLER, M. C. **Psicossomática**: uma visão simbólica do vitiligo. São Paulo: Vetor Editora, 2005.

NOGUEIRA, L. S. C.; ZANCANARO, P. C. Q.; AZAMBUJA, R. D. Vitiligo and emotions. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 84, n. 1, p. 41-45, 2009.

NOH, S. *et al.* Comparison of the psychological impacts of asymptomatic and symptomatic cutaneous diseases: vitiligo and atopic dermatitis. **Annals of dermatology**, v. 25, n. 4, p. 454-461, 2013.

ONGENAE, K. *et al.* Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage. **Dermatology**, v. 210, n. 4, p. 279-285, 2005.

ONGENAE, K.; VAN GEEL, N.; DE SCHEPPER, S.; NAEYAERT, J. M. Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. **British Journal of Dermatology**, v. 152, n. 6, p. 1165-1172, 2005.

PAPADOPOULOS, L.; BOR, R.; LEGG, C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. **British Journal of Medical Psychology**, v. 72, n. 3, p. 385-396, 1999.

- PARSAD, D.; DOGRA, S.; KANWAR, A. J. Quality of life in patients with vitiligo. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, n. 1, p. 58, 2003.
- PEUVREL, L. *et al.* Evaluation of quality of life after a medical corrective make-up lesson in patients with various dermatoses. **Dermatology**, v. 224, n. 4, p. 374-380, 2012.
- PORTER, J. R.; BEUF, A. H.; LERNER, A. B.; NORDLUND, J. J. Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with “normal” control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 15, n. 2, p. 220-224, 1986.
- QUEIROZ, R. da S.; OTTA, E. A beleza em foco: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. *In*: QUEIROZ, R. da S.; OTTA, E. **O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza**. São Paulo: Senac, 1999. p. 13-66.
- RADTKE, M. A. *et al.* Willingness-to-pay and quality of life in patients with vitiligo. **British Journal of Dermatology**, v. 161, n. 1, p. 134-139, 2009.
- RAMIEN, M. L. *et al.* Quality of life in pediatric patients before and after cosmetic camouflage of visible skin conditions. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 71, n. 5, p. 935-940, 2014.
- RICCIARDELLI, R.; CLOW, K. Men, appearance, and cosmetic surgery: the role of self-esteem and comfort with the body. **Canadian Journal of Sociology**, v. 34, n. 1, p. 105-134, 2009.
- ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.
- RUIZ, L. P. **Depressão e autoestima em mulheres portadoras de vitiligo**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.
- RUIZ, L. P.; REIS, M. J. D. Sofrimento à flor da pele: depressão e autoestima em portadoras de vitiligo. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 22, n. 1, p. 65-76, 2018.
- RUSSELL, J. A. Culture and the categorization of emotions. **Psychological Bulletin**, v. 10, p. 426-450, 1991.
- SACRAMENTO, A. R. A. **Percepção da intervenção psicológica grupal por mulheres com vitiligo**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Núcleo de Família e Comunidade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.
- SANT’ANNA, P. A. *et al.* A expressão de conflitos psíquicos em afecções dermatológicas: um estudo de caso de uma paciente com vitiligo atendida com o jogo de areia. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 81-96, 2003.
- SARHAM, D.; MOHAMMED, G. F. A.; GOMAA, A. H. A.; EYADA, M. M. K. Female genital dialogues: female genital self-image, sexual dysfunction, and quality of

- life in patients with vitiligo with and without genital affection. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 42, n. 3, p. 267-276, 2016.
- SARWER, D; MAGEE, L.; CLARK, V. Physical appearance and cosmetic medical treatments: physiological and socio-cultural influences. **Journal of Cosmetic Dermatology**, v. 2, n. 1, p. 29-39, 2004.
- SEGOT-CHICQ, E.; FANCHON, C. Quality of life in postmenopausal women: translation and validation of MS kin QOL questionnaire to measure the effect of a skincare product in USA. **Journal of cosmetic dermatology**, v. 12, n. 4, p. 267-274, 2013.
- SEITÉ, S. *et al.* Interest of corrective makeup in the management of patients in dermatology. **Clinical, cosmetic and investigational dermatology**, v. 5, p. 123-128, 2012.
- SHAH, R.; HUNT, J.; WEBB, T. L.; THOMPSON, A. R. Starting to develop self-help for social anxiety associated with vitiligo: using clinical significance to measure the potential effectiveness of enhanced psychological self-help. **British Journal of Dermatology**, v. 171, n. 2, p. 332-337, 2014.
- SHENEFELT, P. D. Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: is it all in your mind? **Dermatologic Therapy**, v. 16, n. 2, p. 114-122, 2003.
- SHENEFELT, P. D. Update on psychodermatological disorders. **Expert Review of Dermatology**, v. 5, n. 1, p. 95-107, 2010.
- SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Tradução Andery e Sério. Campinas: Editorial Psy II, 2001 [1989].
- SILVA, A. K.; CASTOLDI, L.; KIJNER, L. C. A pele expressando o afeto: uma intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 4, n. 1, p. 53-63, 2011.
- SILVA, A. D.; ISIDRO MARINHO, G. I. Autoestima e relações amorosas. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 229-237, 2003.
- SKINNER, B. F. **Beyond freedom and dignity**. New York: Hackett Publishing, 1971.
- SKINNER, B. F. **Questões recentes na Análise Comportamental**. 5. ed. Campinas: Ed. Papyrus, 1991.
- TABORDA, M. L. V. V.; WEBER, M. B.; FREITAS, E. S. Avaliação da prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 4, p. 351-354, 2005.

TAÏEB, A.; MEURANT, J. M. Should we prioritize psychological interventions in the management of vitiligo? **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 32, n. 12, p. 2053-2054, 2018.

TANIOKA, M.; YAMAMOTO, Y.; KATO, M.; MIYACHI, Y. Camouflage for patients with vitiligo vulgaris improved their quality of life. **Journal of cosmetic dermatology**, v. 9, n. 1, p. 72-75, 2010.

TEOVSKA, M. N.; ELEFTHERIADOU, V.; GUARNERI, F. Quality of life in vitiligo patients. **Dermatologic therapy**, v. 25, p. 28-31, 2012.

TODOROV, J. C. Contingências de seleção cultural. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, Belém, v. 8, n. 2, p. 95-105, 2012.

TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. Análise experimental do comportamento e sociedade: um novo foco de estudo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 25-29, 2004.

TOURINHO, E. Z. **Subjetividade e relações comportamentais**. São Paulo: Paradigma, 2009.

URPE, M.; BUGGIANI, G.; LOTTI, T. Psychosomatic factors in dermatology. **Dermatologic clinics**, v. 23, n. 4, p. 601-608, 2005a.

URPE, M.; BUGGIANI, G.; LOTTI, T. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology. **Dermatologic clinics**, v. 23, n. 4, p. 609-617, 2005b.

WESTMORE, M. G. Camouflage and makeup preparations. **Clinics in dermatology**, v. 19, n. 4, p. 406-412, 2001.

WOLF, N. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Tradução Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

# ANEXOS

## ANEXO I - Termo de consentimento livre e esclarecido

O vitiligo é uma doença de pele caracterizada pelo aparecimento de manchas brancas provocada pela despigmentação da pele, atinge até 8% da população, principalmente mulheres. Embora muitos médicos a considerem somente uma alteração estética, acarreta um efeito psicológico no portador, sofrimento psíquico que em grande parte é negligenciado. Você está sendo convidada para participar da pesquisa "SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES PORTADORAS DE VITILIGO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COSMÉTICA TERAPÊUTICA", a ser realizada por Larissa Pires Ruiz, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPsi, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis. Essa pesquisa envolve a participação no preenchimento de um conjunto de questões que visam identificar o perfil das mulheres portadoras de vitiligo, avaliar aspectos da qualidade de vida e bem-estar psicológico. Você participará de atividades diversas, como grupos de apoio e aulas de auto maquiagem. Embora seja muito bom poder contar com sua participação, gostaríamos de enfatizar que ela não é obrigatória; sendo voluntária, interromper ou desistir da participação na pesquisa não implicará em perdas ou eventuais problemas em relação à pesquisadora, a UFSCar ou a qualquer pessoa ou Instituição envolvidas na pesquisa. Os dados obtidos são confidenciais e serão mantidos em sigilo pelas responsáveis por este projeto, podendo ser disponibilizados a você caso seja do seu interesse e será garantido o seu anonimato. A pesquisadora utilizará os dados apenas para fins acadêmicos e manterá a confidencialidade, sob Resolução CNS 466/12, resolução que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, garantidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Não haverá custos financeiros ou materiais por participar da pesquisa, e caso haja algum, ele será restituído. Essa pesquisa pode trazer benefícios para você, como melhoria da qualidade de vida, ensino de técnicas de regulação emocional e autocuidado estético para que você viva melhor com o vitiligo; entretanto você também poderá ter sentimento de tristeza ou ansiedade, pois durante a pesquisa você irá falar sobre como é sua vida com o vitiligo, experiências boas ou desagradáveis. As pesquisadoras estarão disponíveis para te ajudar a lidar com isso, caso eventualmente ocorra. Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (16) 992227784 ou pelo endereço eletrônico [projeto vitiligo@gmail.com](mailto:projeto vitiligo@gmail.com). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis

[projeto vitiligo@gmail.com](mailto:projeto vitiligo@gmail.com)

(16) 3351-8457

Ma. Larissa Pires Ruiz

[projeto vitiligo@gmail.com](mailto:projeto vitiligo@gmail.com)

(16) 99222-7784

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). Entendo que minha identidade será mantida em sigilo, sendo que qualquer material envolvido será de acesso restrito aos pesquisadores; este sigilo deve ser mantido mesmo em eventuais divulgações para fins científicos (ex. apresentações em congressos, publicações, entre outros). Entendo que poderei desistir de minha participação a qualquer momento, sem nenhum ônus. Autorizo a divulgação e publicação das informações, desde que mantido o sigilo e anonimato. Entendo que não sou obrigado a dar responder todas as informações, mas minhas respostas tentarão ser as mais fidedignas e verdadeiras possíveis.

LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

NOME DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO E TIPO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG ou CPF): \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

**ANEXO II – Instrumentos de avaliação**

## Vivências de Mulheres com Vitiligo

\*Obrigatório

1- QUAL SEU NOME COMPLETO? \*

Sua resposta

2 - COM QUAL GÊNERO VOCÊ SE IDENTIFICA? \*

- Feminino
- Masculino
- Outro

3 - QUAL SUA IDADE? \*

Sua resposta

4 - ASSINALE A ALTERNATIVA QUE IDENTIFICA A SUA COR OU RAÇA: \*

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena

5 - Qual seu estado civil? \*

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

*QUESTIONÁRIO CRITÉRIO BRASIL*

6 - Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. No seu domicílio tem... \*

	Não Possui	1	2	3	4 ou mais
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de banheiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DVC, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de geladeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de lavadora de louças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Quantidade de fornos de micro-ondas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7- A água utilizada neste domicílio é proveniente de? \*

- Rede geral de distribuição
- Poço ou nascente
- Outro meio

8 - Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: \*

- Asfaltada/Pavimentada
- Terra/Cascalho

9 - Qual é o grau de instrução do(a) chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio. \*

- Analfabeto/ Fundamental I incompleto
- Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto
- Fundamental completo/ Médio Incompleto
- Médio completo/ Superior Incompleto
- Superior Completo

**VIVÊNCIA COM VITILIGO**

**12 - Com qual idade apareceram em você as manchas decorrentes da vitiligo? \***

Sua resposta

**13 - Qual profissional fez o diagnóstico de vitiligo? \***

Se a opção for "Outro", diga quem.

- Dermatologista
- Esteticista
- Maquiador
- Psicólogo
- Outro:

**14 - Que tratamentos você já fez? \***

Você pode assinalar mais de uma opção. Se a opção for "Outro", diga qual.

- Remédios via oral prescritos por um médico
- Pomadas e loções prescritas por um médico
- Remédios não prescritos por um médico
- Pomadas e loções não prescritas por um médico
- Tratamentos por laser, fototerapia, etc
- Psicoterapia
- Outro:

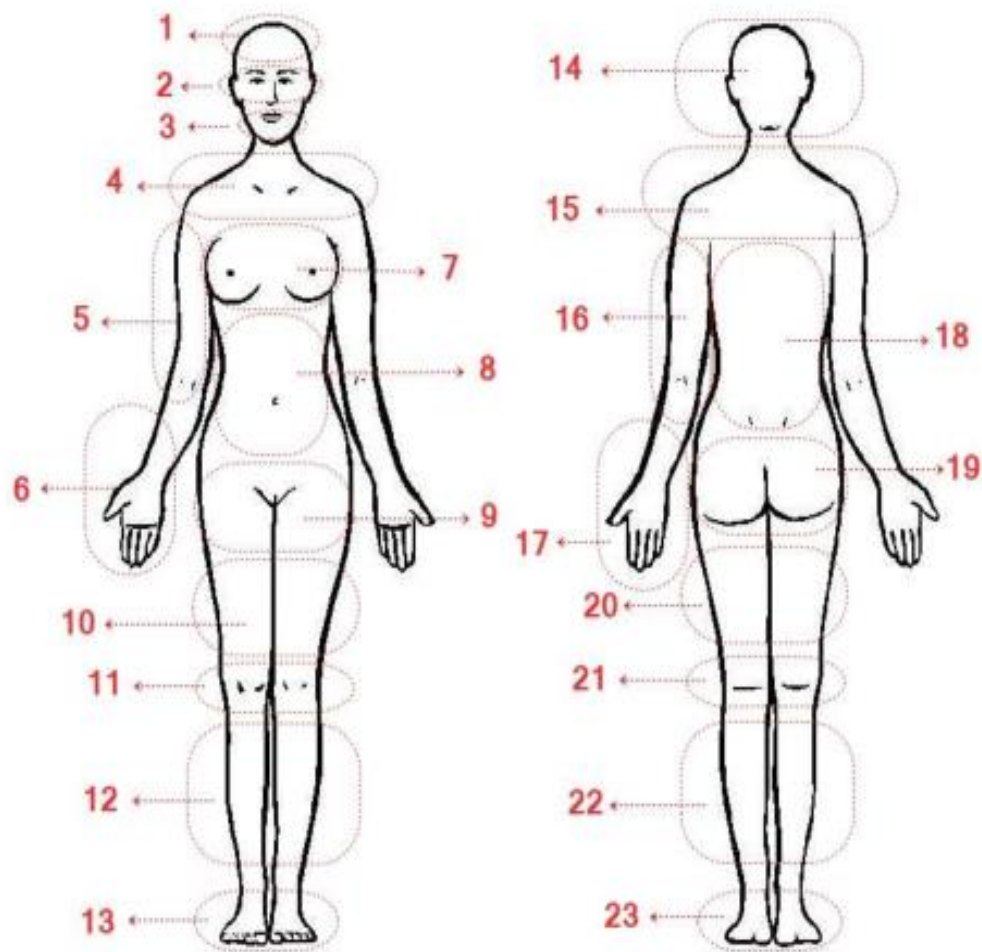
**15 - Que cosméticos você utiliza diariamente? \***

Você pode assinalar mais de uma opção. Se a opção for "Outro", diga qual.

- Protetor solar
- Maquiagem
- Cremes para o rosto
- Cremes para o corpo
- Outro:

*INVENTÁRIO DE INCIDÊNCIA E INCÔMODO DE MANCHAS DE VITILIGO  
(IIMV)*

Áreas do Corpo em que as manchas decorrentes da Vitiligo aparecem.









*ESCALA TRANSVERSAL DE SINTOMAS DE NÍVEL 1 AUTOAPLICÁVEL DO DSM-5  
ADULTO (PROMIS I)*

18 - As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, assinale o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir. \*

Durante as últimas duas (2) semanas, o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos seguintes problemas?

	Nada. De modo algum (0)	Muito leve. Raramente, menos de um ou dois dias (1)	Leve. Vários dias. (2)	Moderado. Mais da metade dos dias. (3)	Grave. Quase todos os dias. (4)
I. 1. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I. 2. Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
II. 3. Sentiu-se mais irritado, mal humorado ou zangado do que o usual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
III. 4. Dormiu menos do que o usual, mais ainda tem muita energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
III. 5. Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IV. 6. Sentiu-se nervoso, ansioso, assutado, preocupado ou tenso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IV. 7. Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IV. 8. Evitou situações que o deixam ansioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V. 9. Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex. cabeça, costas, articulações, abdome, pernas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V. 10. Sentimento de que suas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?

VI. 11. Pensamento de ferir a si mesmo?

VII. 12. Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?

VII.13 Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?

VIII. 14. Problemas com sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?

IX. 15. Problemas com memória (p. ex. aprender informações novas) ou com localização (p. ex. encontrar o caminho para casa)?

X. 16. Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?

X. 17. Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?

XI. 18. Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| XII. 19. Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| XII. 20. Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou de suas relações com elas?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| XIII. 21. Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| XIII. 22. Fumou cigarros, charutos ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| XIII. 23. Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que prescrito (p. ex. analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam] ou drogas como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solventes [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes]? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*ESCALA TRANSVERSAL DE SINTOMAS DE NÍVEL 2 DE DEPRESSÃO (PROMIS II DEPRESSÃO)*

19 - Durante as últimos sete (7) dias, o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos seguintes problemas? \*

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Senti-me sem valor e sem importância (inútil para as pessoas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti que eu não tinha expectativas para o futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me incapaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me um fracassado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me deprimido(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me infeliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senti-me sem esperança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)*

**20 - Leia cada frase com atenção e marque a opção mais adequada. \***

	(1) Discordo Totalmente	(2) Discordo	(3) Concordo	(4) Concordo Totalmente
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Às vezes eu me sinto inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*INSTRUMENTO ABREVIADO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (WHOQOL-BREF)*

21 - Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. \*

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	1 - Muito Ruim	2 - Ruim	3 - Nem ruim nem boa	4 - Boa	5 - Muito boa
1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
	1 - Muito Insatisfeita	2 - Insatisfeita	3 - Nem satisfeito nem insatisfeita	4 - Satisfeita	5 - Muito satisfeita
2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	1 - Nada	2 - Muito pouco	3 - Mais ou menos	4 - Bastante	5 - Extremamente
3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - O quanto você aproveita a vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - O quanto você consegue se concentrar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas:

	1 - Nada	2 - Muito pouco	3 - Médio	4 - Muito	5 - Completamente
10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. \*

	1 - Muito ruim	2 - Ruim	3 - Nem ruim nem bom	4 - Bom	5 - Muito bom
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 - Quão satisfeito(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



25 - Você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

25 - Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

22 - As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas. \*

1 - Nunca      2 - Algumas vezes      3 - Frequentemente      4 - Muito frequentemente      5 - Sempre

26 - Com que frequência você tem sentimento negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

*ESCALA DE ANSIEDADE SOCIAL LIEBOWITZ (LSAS)*

23 - Cada item consiste numa determinada situação, que deve ser classificada de 0 a 3, em termos da ansiedade/medo que provoca. Responda com base no que aconteceu recentemente, e caso a situação não tenha acontecido, imagine o que você teria sentido nessa situação. \*

	0 - Nenhuma Ansiedade/medo	1 - Ligeira Ansiedade/medo	2 - Moderada Ansiedade/medo	3 - Muita Ansiedade/medo
1. Telefonar em público (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Participar de pequenos grupos (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Comer em locais públicos (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beber com outros em locais públicos (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ir a uma festa (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trabalhar sendo observado (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Escrever sendo observado (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Encontrar com estranhos (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Urinar em banheiro público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Ser o centro das atenções (S).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Falar em uma reunião (P).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Fazer uma prova (P).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conheça bem (S).                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Relatar algo para um grupo (P).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Tentar paquerar alguém (P).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Devolver mercadorias para uma loja (S).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Dar uma festa (S)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Resistir as pressões de um vendedor (S)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

24 - Cada item consiste numa determinada situação, que deve ser classificada de 0 a 3, em termos do quanto você evita essa situação. Responda com base no que aconteceu recentemente, e caso a situação não tenha acontecido, imagine o que você teria sentido nessa situação. \*

	0 - Nunca evito	1 - Raramente evito	2 - Frequentemente evito	3 - Sempre Evito
1. Telefonar em público (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Participar de pequenos grupos (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Comer em locais públicos (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beber com outros em locais públicos (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ir a uma festa (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trabalhar sendo observado (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Escrever sendo observado (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Encontrar com estranhos (S).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Urinar em banheiro público (P).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Entrar em uma sala onde outros já	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

estão sentados  
(P).

15. Ser o centro  
das atenções (S).

16. Falar em uma  
reunião (P).

17. Fazer uma  
prova (P).

18. Expressar uma  
discordância ou  
desaprovação  
para pessoas que  
você não conheça  
bem (S)

19. Olhar nos  
olhos de pessoa  
que você não  
conheça bem (S).

20. Relatar algo  
para um grupo (P).

21. Tentar  
paquerar alguém  
(P).

22. Devolver  
mercadorias para  
uma loja (S).

23. Dar uma festa  
(S)

24. Resistir as  
pressões de um  
vendedor (S)

## ANEXO III - Escala de diferencial semântico

	3	2	1	0	1	2	3	
Triste								Alegre
Feia								Bonita
Acolhida								Rejeitada
Atraente								Repulsiva
Poderosa								Fraca
Insegura								Confiante
Interessante								Desinteressante
Desanimada								Animada
Importante								Irrelevante
Inútil								Útil
Doente								Saudável
	3	2	1	0	1	2	3	

## APÊNDICES

### APÊNDICE I: Descrição das etapas que compõe o primeiro encontro, denominado Encontro Inicial, suas descrições e objetivos.

Etapas do Encontro Inicial	Descrição	Objetivos
<b>Como me sinto</b>	É perguntado para participante como ela está se sentindo nesse momento.	Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<b>Acolhimento e Aplicação dos instrumentos</b>	A participante é acolhida. É feita uma entrevista em que a terapeuta levanta fatos que se relacionam com o vitiligo ao mesmo tempo que em preenche os Instrumentos Digitalizados em Plataforma Digital – Google Formulários (descritos no Quadro 2) e assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	Terapeuta deve levantar os dados gerais (pessoais, socioeconômicos e psicológicos) aplicando o Pacote de Instrumentos (Anexo II), apresentar o TCLE impresso para assinatura; fazer anamnese, levantamento das principais queixas e dificuldades da participante em sua vivência com vitiligo.

---

<b>Instruções para as Folhas de Registro</b>	Um pequeno caderno é entregue para participante. A terapeuta explica o que são as folhas de registro impressas nele; instrui como preenche-las e explica a importância do preenchimento das mesmas durante os dias até o próximo encontro.	A participante deve receber, saber como preencher as folhas de registros e saber que deve trazê-las na semana seguinte.
<b>Como sinto</b>	<b>me</b> É perguntado para participante como ela está se sentindo nesse momento.	Usando a escala semântica (Figura 1), a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<b>Encerramento</b>	A terapeuta reitera a importância dos registros durante a semana. O próximo encontro é marcado para semana seguinte. O encontro é encerrado.	A terapeuta deve lembrar a necessidade do preenchimento dos registros. Marcar o próximo encontro com intervalo de 7 dias e encerrar.

---



**APÊNDICE II: Descrição das etapas que compõe o segundo encontro, denominado Maquiagem Corretivo Terapêutica (MCTe), suas descrições e objetivos.**

Etapas da MCTe	Descrição	Objetivos
<b>Como me sinto</b>	É perguntado para participante como ela está se sentindo nesse momento.	Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<b>Referência de Beleza</b>	É perguntado para participante qual pessoa famosa/artista/cantor/etc considera uma referência de beleza (acha bonita).	A participante deve escrever na folha de respostas qual pessoa considera uma referência de beleza.
<b>Satisfação com a própria aparência</b>	É perguntado para participante se ela sente que precisa fazer algo para se sentir melhor com sua aparência.	Para a pergunta sobre satisfação com aparência, a participante deve assinalar na folha de respostas a resposta entre as opções: não; sim, em todos os momentos; sim, às vezes; ou sim, raramente.
<b>Habilidades de manejo própria aparência</b>	É perguntado para participante se ela sente que não tem alternativas/ferramentas para se sentir melhor com sua aparência.	Para a pergunta sobre manejo da aparência, a participante deve assinalar na folha de respostas a resposta entre as opções: não; sim, em todos os momentos; sim, às vezes; ou sim, raramente.
<b>Autoestima</b>	Através de um videoaula pré-produzida, a participante recebe informações e exemplos sobre autoestima.	A participante deve saber o que é autoestima, como se forma e qual suas funções.
<b>Características Positivas</b>	Através de videoaula a participante recebe informações e exemplos sobre características positivas (de desempenho,	A participante deve ser capaz de discriminar características físicas que considera positivas em si, e anotá-las na folha de respostas.

	físicas e cognitivas). O impacto dessas características, como elas se estabelecem, como elas mudam (individualmente, socialmente, culturalmente e historicamente). A importância de saber encontra-las e como encontra-las.	
<b>Características Negativas</b>	Através de uma videoaula a participante recebe informações e exemplos sobre características negativas (de desempenho, físicas e cognitivas). O impacto dessas características, como elas se estabelecem, como elas mudam (individualmente, socialmente, culturalmente e historicamente). A importância de saber encontra-las e como encontra-las.	A participante deve ser capaz de discriminar características físicas que considera negativas em si, e anotá-las na folha de respostas.
<b>Maquiagem Corretiva Terapêutica (MCTe)</b>	Através de uma videoaula a participante recebe informações e exemplos sobre maquiagem: o que é maquiagem e qual sua função social; como manejar características positivas e negativas usando maquiagem; como e quando a maquiagem pode ser utilizada; o que é MCTe; para quem e como a maquiagem pode adquirir função terapêutica; maquiagem e condições dermatológicas; porque a maquiagem pode ser considerada uma ferramenta pessoal (“minha ferramenta, sei usar, uso se quiser, se precisar, quando quiser”).	A participante deve saber o que é maquiagem, o que é MCTe, qual sua função social e pessoal, como manejar características positivas e negativas usando maquiagem.
<b>Técnicas de Maquiagem</b>	Através de uma videoaula a participante recebe informações e exemplos sobre produtos cosméticos/maquiagens; quando, como e onde utilizá-los; como procurar, escolher e comprar produtos adequados para suas necessidades; onde é	A participante deve saber o que aplicar, onde aplicar, como aplicar e onde buscar novas informações/técnicas quando necessário.

---

	possível encontrar mais informações como estas que estão sendo dadas.	
<b>Rastreio de repertório anterior</b>	É perguntado para participante se ela conhecia e se usava essas maquiagens apresentadas no vídeo.	A participante deve responder sim, não ou alguns para as duas perguntas sobre repertórios anteriores sobre maquiagem.
<b>Automaquiagem</b>	Através de uma atividade prática, a terapeuta seleciona produtos junto com a participante e demonstra em um dos lados do rosto como aplicar corretamente; em seguida pede para que a participante faça sozinha do outro lado. Enquanto a participante realiza a maquiagem, feedbacks verbais e ajuda física são feitos pela terapeuta.	Com ajuda física e modelos da terapeuta, a participante deve realizar uma automaquiagem manejando características positivas e negativas, de forma a ressaltar/evidenciar características positivas, deixar em segundo plano as negativas.
<b>Como me sinto</b>	É perguntado para participante como ela está se sentindo após a aplicação da maquiagem.	Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<b>Automaquiagem II</b>	Através de uma atividade prática, a participante retira a maquiagem que está utilizando; sozinha seleciona e aplica produtos de maquiagem. Feedbacks verbais feitos pela terapeuta.	Sem ajuda física da terapeuta, a participante deve realizar uma automaquiagem.
<b>Rastreio de aprendizagem dos repertórios ensinados</b>	É perguntado para participante se ela acha que pode ou consegue continuar se maquiando quando quiser ou precisar.	A participante deve responder sim ou não para a pergunta sobre aprendizagem dos repertórios de maquiagem ensinados.

---

---

<b>Satisfação com a própria aparência II</b>	É perguntado para participante se ela sente que precisa fazer algo para se sentir melhor com sua aparência.	Para a pergunta sobre satisfação com aparência, a participante deve assinalar na folha de respostas a resposta entre as opções: não; sim, em todos os momentos; sim, às vezes; ou sim, raramente.
<b>Habilidades de manejo da própria aparência II</b>	É perguntado para participante se ela sente que não tem alternativas/ferramentas para se sentir melhor com sua aparência.	Para a pergunta sobre manejo da aparência, a participante deve assinalar na folha de respostas a resposta entre as opções: não; sim, em todos os momentos; sim, às vezes; ou sim, raramente.
<b>Feedback sobre a atividade</b>	É perguntado para a participante o que achou da atividade que acabou de realizar (pontos positivos/negativos).	A participante deve anotar na folha de respostas os pontos positivos e negativos, o que mais gostou e o que menos gostou da atividade que acabou de realizar.
<b>Encerramento e folha de registro</b>	O encontro é encerrado, a terapeuta recolhe a folha de registro semanal e entrega uma nova folha para que participante continue registrando as dificuldades e os autocuidados. O próximo encontro é marcado para semana seguinte. O encontro é encerrado.	A terapeuta deve recolher as folhas de registro preenchidas com as dificuldades e autocuidados durante a semana anterior; entregar uma nova folha e instruir o preenchimento; marcar o próximo encontro; e encerrar.

---

**APÊNDICE III: Descrição das etapas que compõe o terceiro encontro, denominado Treino de Regulação Emocional (TRE), suas descrições e objetivos.**

Etapas do TRE	Descrição	Objetivos
<b>Como me sinto</b>	É perguntado para participante como ela está se sentindo nesse momento.	Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<b>Regulação Emocional (RE)</b>	Através de uma videoaula a participante recebe informações e exemplos práticos sobre o que são emoções, quais são elas, quais suas funções, quais as formas de expressar emoções; transtornos psicológicos e emoções; o que é regulação emocional e como treinar; a importância de se regular emoções; como a expressão adequada de emoções pode regular o ambiente/modificar ou impactar no comportamento dos outros; técnicas de RE; exemplos/modelos de RE.	A participante deve saber o que é regulação emocional, algumas técnicas, sua função e como usá-la.
<b>Treino de Regulação Emocional (TRE I)</b>	A terapeuta pede para que a participante, pensando no que ela acabou de ver no vídeo, relate uma situação em que atualmente o vitiligo incomodou/foi difícil de lidar/não lidou muito bem.	A participante deve identificar e descrever situações relacionadas ao vitiligo que geraram mal-estar em sua vida. Ao discriminar algumas situações específicas, a participante deve: 1) descrever como se sentiu; 2) o que foi difícil para ela; 3) como reagiu; e 3) quais os efeitos produzidos no ambiente. A terapeuta deve

observar contingências em vigor que controlam os comportamentos da participante.

<b>TRE II</b>	A terapeuta dá um modelo hipotético de como determinada situação, já descrita anteriormente pela participante (na sessão ou na folha de registro de dificuldades), poderia se desenrolar com o uso de alguma técnica de RE. A terapeuta retoma a situação descrita pela participante na etapa anterior TRE I e pede para que a participante pense como ela poderia utilizar uma técnica de RE.	A terapeuta deve dar algum dos modelos de RE. A participante deve identificar e descrever qual estratégia de RE poderia utilizar na situação difícil que descreveu na etapa anterior TRE I.
<b>TRE III</b>	<i>ROLE-PLAY</i> : A terapeuta e a participante simulam uma situação (anteriormente apontada como uma situação difícil de lidar para a participante).	A terapeuta deve observar como a participante utiliza técnicas de RE e ao final do <i>role-play</i> dá feedback sobre seu desempenho (apontar quando a participante foi adequada e onde poderia aplicar mais adequadamente a técnica escolhida).
<b>Como sinto</b>	<b>me</b> É perguntado para participante como ela está se sentindo nesse momento.	Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<b>Encerramento e folha de registro</b>	O encontro é encerrado, a terapeuta recolhe a folha de registro semanal e entrega uma nova folha para que participante continue registrando as dificuldades e os autocuidados. O próximo encontro é marcado para daqui duas semanas. O encontro é encerrado.	Recolher as folhas de registro preenchidas com as dificuldades e autocuidados durante a semana anterior. Entregar uma nova folha e instruir o preenchimento. Marcar o próximo encontro com intervalo de 15 dias e encerrar.



**APÊNDICE IV: Descrição das etapas que compõe o quarto encontro, denominado Follow up, suas descrições e objetivos.**

Etapas do	Descrição	Objetivos
Follow up		
<b>Como me sinto</b>	É perguntado para participante como ela está se sentindo nesse momento.	Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<b>Aplicação dos Instrumentos</b>	A participante se sente diante do computador e responde ao Pacote de Instrumentos Digitalizados em Plataforma Digital – Google Formulários (sem os dados socioeconômicos).	Pacote de Instrumentos deve ser respondido pela participante para análise comparativa com sua aplicação anterior (primeiro encontro)
<b>Rastreo de repertórios aprendidos</b>	A terapeuta pergunta para participante que aconteceu nesse meio de tempo (15 dias): se usou as técnicas, em que situações, descrevendo o mais detalhadamente possível, quais as dificuldades e quais os resultados obtidos por elas ao aplicarem MCTe e TRE.	A terapeuta deve averiguar a manutenção dos repertórios aprendidos durante os treinamentos dos encontros anteriores. A terapeuta deve avaliar a necessidade de encaminhamento para treinos adicionais de MCTe e/ou TER.
<b>Treino Adicional de MCTe</b>	Se perceber que ela não entendeu, não sabe usar, não está usando corretamente, ela voltou pro padrão dela, sinaliza que vai aumentar uma sessão, dar feedback do por que e dizer que vai aplicar de novo o treino.	A terapeuta deve dar feedback dos desempenhos em MCTe; sinalizar a necessidade de uma nova sessão adicional para aplicar novamente o treino que não foi bem aprendido ou que ainda gera muitas dificuldades.



<b>Treino Adicional de TER</b>	Se perceber que ela não entendeu, não sabe usar, não está usando corretamente, ela voltou pro padrão dela, sinaliza que vai aumentar uma sessão, dar feedback do por que e dizer que vai aplicar de novo o treino.	A terapeuta deve dar feedback dos desempenhos em TRE; sinalizar a necessidade de uma nova sessão adicional para aplicar novamente o treino que não foi bem aprendido ou que ainda gera muitas dificuldades.
<b>Como sinto</b>	me É perguntado para participante como ela está se sentindo nesse momento.	Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<b>Encerramento e folha de registro</b>	O encontro é encerrado. A terapeuta agradece a colaboração da participante para a pesquisa e indica o fim dos encontros.	Recolher as folhas de registro preenchidas com as dificuldades e autocuidados durante a semana anterior. Sinalizar o termino dos encontros. Encerrar.
<b>Agendamento de Sessões Adicionais</b>	Quando necessário, marcar a próxima sessão de treino adicional (MCTe e/ou TRE). Entregar uma nova folha de registro de dificuldades e autocuidados.	A terapeuta entrega uma nova folha de registro semanal e marca o próximo encontro no intervalo de 7 dias.

**APÊNDICE V:****folheto de registos para as participantes**

Pesquisadora Responsável: Larissa Pires Ruiz

(16) 99222-7784

REGISTRO SEMANAL

DE AUTOCUIDADOS

E DIFICULDADES

Pesquisa: Qualidade de vida e Vitiligo

Nome da Participante:

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Instruções:

- 1) **Para preencher a tabelinha de dificuldades:** pense em uma situação relacionada ao vitiligo que tenha lhe causado incômodo, estresse, sofrimento, raiva, tristeza ou outro sentimento/emoção/reação emocional negativa/difícil de lidar (recentemente). Assinale as alternativas que melhor descrevem a situação (uma ou mais).
- 2) **Para preencher a tabelinha de autocuidados:** de hoje, até nosso próximo encontro, anote aqui coisas/comportamentos que você fez para si mesma (que aconteceram nessa semana) com a função/intenção de se sentir bem/bonita/positiva, se sentir melhor, se cuidar, cuidar da saúde mental, saúde física, trazer qualidade de vida etc. Assinale as alternativas que melhor descrevem a situação (uma ou mais).

AUTOCUIDADOS				DIFICULDADES				
QUANDO E O QUE FEZ	QUANTO TEMPO	COMO SE SENTIU	REAÇÃO DAS PESSOAS	QUANDO E ONDE	O QUE ACONTECEU	COMO VOCÊ SE SENTIU	COMO VOCÊ REAGIU	COMO AS PESSOAS REAGIRAM
____/____/____ <input type="checkbox"/> me maquiei <input type="checkbox"/> me arrumei <input type="checkbox"/> usei cosméticos (cremes, hidratantes, protetor solar etc.) <input type="checkbox"/> tomei algum medicamento <input type="checkbox"/> fui passear/sai para me divertir <input type="checkbox"/> pratiquei atividade física <input type="checkbox"/> conversei com um amigo <input type="checkbox"/> conversei com um familiar <input type="checkbox"/> desabafei nas redes sociais <input type="checkbox"/> realizei alguma atividade religiosa <input type="checkbox"/> outro, qual:	<input type="checkbox"/> menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> entre 10 e 20 minutos <input type="checkbox"/> até 30 minutos <input type="checkbox"/> até 1 hora <input type="checkbox"/> mais de 1 hora <input type="checkbox"/> outro, qual:	<input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> bonita <input type="checkbox"/> poderosa <input type="checkbox"/> interessante <input type="checkbox"/> relaxada <input type="checkbox"/> animada <input type="checkbox"/> aliviada <input type="checkbox"/> útil <input type="checkbox"/> confortável <input type="checkbox"/> importante <input type="checkbox"/> atraente <input type="checkbox"/> protegida <input type="checkbox"/> estranha <input type="checkbox"/> desconfortável <input type="checkbox"/> feia <input type="checkbox"/> inútil <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> outro, qual:	<input type="checkbox"/> elogiaram <input type="checkbox"/> não perceberam <input type="checkbox"/> eu não percebi a reação delas <input type="checkbox"/> me ajudaram <input type="checkbox"/> me acolheram <input type="checkbox"/> me ouviram <input type="checkbox"/> se divertiram comigo <input type="checkbox"/> foram indiferentes <input type="checkbox"/> me discriminaram <input type="checkbox"/> riram de mim <input type="checkbox"/> me incentivaram <input type="checkbox"/> curtiram minha publicação nas redes sociais <input type="checkbox"/> não tinha mais ninguém ali comigo <input type="checkbox"/> outro, qual:	____/____/____ <input type="checkbox"/> em casa <input type="checkbox"/> no trabalho <input type="checkbox"/> na rua <input type="checkbox"/> shopping/lojas <input type="checkbox"/> banheiro público <input type="checkbox"/> transporte coletivo <input type="checkbox"/> locais de lazer (bares, restaurantes etc.) <input type="checkbox"/> piscina/praiia/clube <input type="checkbox"/> outro, qual:	Alguém... _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> me ofendeu <input type="checkbox"/> me discriminou ou desrespeitou <input type="checkbox"/> me olhou com indiferença <input type="checkbox"/> me desprezou <input type="checkbox"/> se afastou de mim <input type="checkbox"/> ficou com medo de mim <input type="checkbox"/> me abordou <input type="checkbox"/> riu de mim <input type="checkbox"/> outro, qual:	<input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> repulsiva <input type="checkbox"/> rejeitada <input type="checkbox"/> impotente <input type="checkbox"/> injustiçada <input type="checkbox"/> feia <input type="checkbox"/> com raiva <input type="checkbox"/> estressada <input type="checkbox"/> ansiosa <input type="checkbox"/> com medo <input type="checkbox"/> inferior <input type="checkbox"/> fraca <input type="checkbox"/> insegura <input type="checkbox"/> desanimada <input type="checkbox"/> outro, qual:	<input type="checkbox"/> discuti <input type="checkbox"/> briguei <input type="checkbox"/> não falei nada <input type="checkbox"/> fui embora <input type="checkbox"/> conversei <input type="checkbox"/> chorei <input type="checkbox"/> ofendi <input type="checkbox"/> agredi <input type="checkbox"/> entrei em pânico <input type="checkbox"/> outro, qual:	<input type="checkbox"/> não tinha mais ninguém ali <input type="checkbox"/> ignoraram <input type="checkbox"/> deixaram o local <input type="checkbox"/> me acolheram <input type="checkbox"/> me ajudaram <input type="checkbox"/> me defenderam <input type="checkbox"/> me ouviram <input type="checkbox"/> brigaram comigo <input type="checkbox"/> discutiram comigo <input type="checkbox"/> riram de mim <input type="checkbox"/> outro, qual:

**APÊNDICE VI: Registros da MCTe**

Participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

1 - Você tem alguma pessoa famosa/artista/cantor/etc que considera uma referência de beleza (acha bonita)?  
\_\_\_\_\_

2 - Sinto que preciso fazer algo para me sentir melhor com a minha aparência

( ) SIM, em todos os momentos ( ) SIM, às vezes ( ) SIM, raramente ( ) NÃO

3 - Sinto que NÃO tenho alternativas/ferramentas para me sentir melhor com minha aparência

( ) SIM, em todos os momentos ( ) SIM, às vezes ( ) SIM, raramente ( ) NÃO

4 - Liste aqui as CARACTERÍSTICAS POSITIVAS que consegue visualizar no espelho:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_5- Liste aqui as CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS que consegue visualizar no espelho:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6 - Você já conhecia esses produtos? SIM ( ) NÃO ( ) ALGUNS ( )

7 - Você usa esses produtos? SIM ( ) NÃO ( ) ALGUNS ( )

8 – Você acha que pode ou consegue continuar se maquiando quando quiser ou precisar?

SIM ( ) NÃO ( )

9- Sinto que preciso fazer algo para me sentir melhor com a minha aparência

( ) SIM, em todos os momentos ( ) SIM, às vezes ( ) SIM, raramente ( ) NÃO

10- Sinto que NÃO tenho alternativas/ferramentas para me sentir melhor com minha aparência

( ) SIM, em todos os momentos ( ) SIM, às vezes ( ) SIM, raramente ( ) NÃO

11 - O que você achou do curso (pontos positivos/negativos)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE VII: Roteiro de intervenção

### 1ª Sessão: Acolhimento

**Materiais:** computador, instrumentos digitalizados, folhas de registro de autocuidado e dificuldades, folha com duas escalas semânticas, caneta, câmera filmadora, câmera fotográfica.

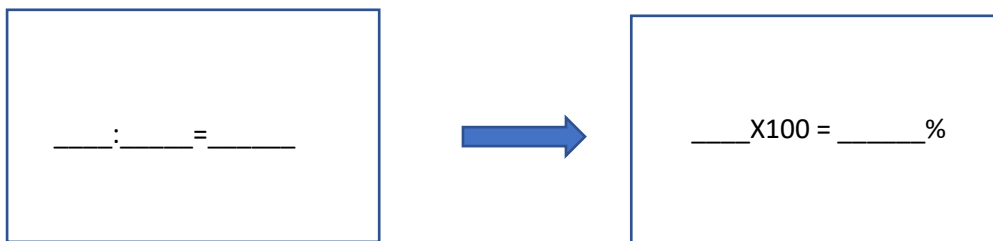
### Checklist dos Comportamentos Alvo da Terapeuta

( )S ( )N	1. Preparar a sala (ligar equipamentos eletrônicos necessários para coleta dos instrumentos <i>on-line</i> )
( )S ( )N	2. Receber a participante
( )S ( )N	3. Entregar a escala semântica para participante
( )S ( )N	4. Explicar por que aplicaremos a escala semântica todos os encontros, ao chegar e ao ir embora
( )S ( )N	5. Orientar o modo de preenchimento da escala semântica
( )S ( )N	6. Tirar uma foto da participante
( )S ( )N	7. Acolher
( )S ( )N	8. Entregar TCLE impresso para assinatura da participante;
( )S ( )N	9. Perguntar item a item os instrumentos de pré-teste (dados gerais: pessoais, socioeconômicos e psicológicos)
( )S ( )N	10. Anotar as respostas no computador (fazer anamnese, levantamento das principais queixas e dificuldades da participante em sua vivência com vitiligo).
( )S ( )N	11. Entregar as folhas de registro semanal
( )S ( )N	12. Explicar a importância do preenchimento das folhas de registro semanal
( )S ( )N	13. Orientar como fazer o preenchimento das folhas de registro semanal
( )S ( )N	14. Entregar a escala semântica para participante e orientar seu preenchimento
( )S ( )N	15. Marcar com a participante a próxima sessão na semana seguinte

**Checklist dos Comportamentos Alvo da Participante**

( )S ( )N	1. Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
( )S ( )N	2. Posar para uma foto
( )S ( )N	3. Ler e assinar TCLE
( )S ( )N	4. Responder para terapeuta item a item os instrumentos
( )S ( )N	5. Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
( )S ( )N	6. Marcar com a terapeuta a próxima sessão na semana seguinte

Ao final da aplicação desta primeira sessão, observando os dados na Folha de Registro, deverá ser calculada a frequência em porcentagem, considerando a quantidade de **tentativas** em que o comportamento aconteceu (1) dividido pelo total de tentativas aplicadas (1 + 0). Este resultado deve ser multiplicado por 100.



*2ª Sessão: MCTE*

**Materiais:** computador, videoaula 1, folhas de registro MCTE, folhas de registro de autocuidado e dificuldades (1 em branco e 1 já preenchida pela participante), folha com duas escalas semânticas, caneta, câmera filmadora, câmera fotográfica, espelho, materiais para prática (maquiagens, cosméticos, descartáveis, e itens de higiene).

**Checklist dos Comportamentos Alvo da Terapeuta**

( )S ( )N	1. Preparar a sala (ligar equipamentos eletrônicos necessários para reprodução da videoaula 1)
( )S ( )N	2. Levar e organizar materiais necessários para as atividades práticas (maquiagens, cosméticos, descartáveis e itens de higienização)
( )S ( )N	3. Receber a participante
( )S ( )N	4. Entregar a escala semântica para participante e orientar seu preenchimento
( )S ( )N	5. Tirar uma foto da participante
( )S ( )N	6. Recolher as folhas de registros preenchidas pela participante durante a semana
( )S ( )N	7. Entregar a folha de registro da MCTe
( )S ( )N	8. Pedir para que a participante responda na folha qual pessoa famosa/artista/cantor/etc considera uma referência de beleza (acha bonita).
( )S ( )N	9. Pedir para que a participante responda na folha se ela sente que precisa fazer algo para se sentir melhor com sua aparência.
( )S ( )N	10. Pedir para que a participante responda na folha se ela sente que não tem alternativas/ferramentas para se sentir melhor com sua aparência.
( )S ( )N	11. Posicionar a participante frente à tela do computador
( )S ( )N	12. Iniciar videoaula 1
( )S ( )N	13. Pausar a videoaula para que a participante responda a pergunta sobre características positivas
( )S ( )N	14. Retomar a videoaula
( )S ( )N	15. Pausar o vídeo para que a participante responda a pergunta sobre características negativas

---

( )S ( )N	16. Retomar a videoaula
( )S ( )N	17. Pausar a videoaula para que a participante responda a pergunta sobre produtos apresentados
( )S ( )N	18. Pedir para que a participante responda na folha se ela conhecia e se usava essas maquiagens apresentadas na videoaula.
( )S ( )N	19. Iniciar automaquiagem
( )S ( )N	20. Perguntar quais produtos de maquiagem a participante trouxe
( )S ( )N	21. Entregar e descrever o kit de produtos para participante (batons, pincéis, potinho para base, esponja e descartáveis)
( )S ( )N	22. Oferecer presilhas, lacinhos, e outros itens para prender o cabelo
( )S ( )N	23. Oferecer álcool em gel para higienizar as mãos
( )S ( )N	24. Dizer para participante que irá selecionar produtos junto com ela e demonstrará em um dos lados do rosto como aplicar corretamente. Dizer que a participante terá que fazer do outro lado do rosto
( )S ( )N	25. Oferecer algumas opções de cores de base para participante
( )S ( )N	26. Pedir para que a participante teste algumas cores de base no pescoço para encontrar a cor adequada para sua pele
( )S ( )N	27. Pedir para que a participante selecione a cor de base adequada para sua cor pele
( )S ( )N	28. Dar feedback sobre a cor de base selecionada
( )S ( )N	29. Pedir para que a participante selecione qual instrumento gostaria utilizar para aplicar a base (dedos ou esponja descartável)
( )S ( )N	30. Aplicar a base selecionada usando o instrumento selecionado em metade do rosto da participante
( )S ( )N	31. Pedir para que a participante, usando a medida da colher de café, selecione a quantidade de base que irá aplicar
( )S ( )N	32. Dar feedback sobre a quantidade selecionada
( )S ( )N	33. Pedir para que a participante aplique a base no outro lado do rosto
( )S ( )N	34. Observar como a participante aplica a base na outra metade
( )S ( )N	35. Dar feedback sobre a aplicação da base

---



---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	36. Oferecer algumas opções de cores de pó para participante
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	37. Pedir para que a participante selecione o pó adequado para sua cor de pele
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	38. Dar feedback sobre a cor de pó escolhida
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	39. Aplicar o pó em metade do rosto da participante
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	40. Pedir para que a participante aplique o pó no outro lado do rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	41. Observar como a participante aplica o pó na outra metade
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	42. Dar feedback sobre a aplicação do pó
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	43. Oferecer algumas opções de cores de blush para participante
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	44. Pedir para que a participante selecione o blush que mais a agrada
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	45. Dar feedback sobre a cor de blush escolhida
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	46. Aplicar o blush em metade do rosto da participante
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	47. Pedir para que a participante aplique o blush no outro lado do rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	48. Observar como a participante aplica o blush na outra metade
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	49. Dar feedback sobre a aplicação do blush
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	50. Oferecer algumas opções de cores de batom para participante
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	51. Pedir para que a participante selecione o batom que mais a agrada
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	52. Dar feedback sobre a cor de batom escolhida
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	53. Aplicar o batom em metade do rosto da participante usando pincel descartável
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	54. Pedir para que a participante aplique o batom no outro lado do rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	55. Observar como a participante aplica o batom na outra metade
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	56. Dar feedback sobre a aplicação do batom
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	57. Selecionar máscara para cílios
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	58. Aplicar máscara para cílios em um dos olhos da participante usando pincel descartável
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	59. Pedir para que a participante aplique máscara para cílios no outro olho
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	60. Dar feedback sobre a aplicação da máscara de cílios

---

---

( )S ( )N	61. Perguntar para a participante se tem algum outro produto ela aplicaria em uma maquiagem para o dia a dia, se sim:
( )S ( )N	62. Selecionar esse produto ou pedir para que a participante o selecione
( )S ( )N	63. Aplicar esse produto em um dos lados do rosto
( )S ( )N	64. Pedir para que a participante aplique esse produto em um dos lados do rosto
( )S ( )N	65. Dar feedback sobre a aplicação desse produto
( )S ( )N	66. Perguntar para participante se ela acha que a maquiagem esta pronta
( )S ( )N	67. Retomar a videoaula
( )S ( )N	68. Pausar videoaula
( )S ( )N	69. Pedir para que a participante responda usando a escala semântica como ela está se sentindo após a aplicação da maquiagem
( )S ( )N	70. Retomar videoaula
( )S ( )N	71. Pausar videoaula
( )S ( )N	72. Pedir para que a participante responda na folha se ela acha que pode ou consegue continuar se maquiando quando quiser ou precisar.
( )S ( )N	73. Retomar videoaula
( )S ( )N	74. Pausar videoaula
( )S ( )N	75. Tirar uma foto da participante após maquiar-se
( )S ( )N	76. Retomar videoaula
( )S ( )N	77. Pausar videoaula
( )S ( )N	78. Pedir para que a participante responda na folha se ela sente que precisa fazer algo para se sentir melhor com sua aparência.
( )S ( )N	79. Pedir para que a participante responda na folha se ela sente que não tem alternativas/ferramentas para se sentir melhor com sua aparência.
( )S ( )N	80. Pedir para que a participante responda na folha o que achou da atividade que acabou de realizar (pontos positivos/negativos).
( )S ( )N	81. Marcar com a participante a próxima sessão na semana seguinte

---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	82. Entregar novas folhas de registros para participante preencher durante a semana até o próximo encontro
---	--

---

### Checklist dos Comportamentos Alvo da Participante

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	1. Usando a escala semântica, assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
---	---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	2. Posar para uma foto
---	------------------------

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	3. Entregar a folha de registros preenchida
---	---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	4. Escrever na folha de respostas qual pessoa considera uma referência de beleza.
---	---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	5. Assinalar na folha (não; sim, em todos os momentos; sim, às vezes; ou sim, raramente; ou as vezes) se ela sente que precisa fazer algo para se sentir melhor com sua aparência.
---	--

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	6. Assinalar na folha (não; sim, em todos os momentos; sim, às vezes; ou sim, raramente; ou as vezes) se ela sente que não tem alternativas/ferramentas para se sentir melhor com sua aparência.
---	--

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	7. Olhar-se no espelho
---	------------------------

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	8. Procurar por características positivas na região do seu rosto
---	--

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	9. Anotar na folha de respostas as características positivas na região do seu rosto
---	---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10. Procurar por características negativas na região do seu rosto
---	---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	11. Anotar na folha de respostas as características negativas na região do seu rosto
---	--

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	12. Responder pergunta sobre produtos apresentados
---	--

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	13. Testar cores adequadas para sua cor de pele
---	---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	14. Selecionar base adequada para sua cor de pele
---	---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	15. Selecionar o instrumento (dedos ou esponja descartável) que pretende utilizar para aplicar a base
---	---

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	16. Observar a terapeuta aplicar a base em metade de seu rosto
---	--

---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	17. Selecionar a quantidade de base
---	-------------------------------------

---

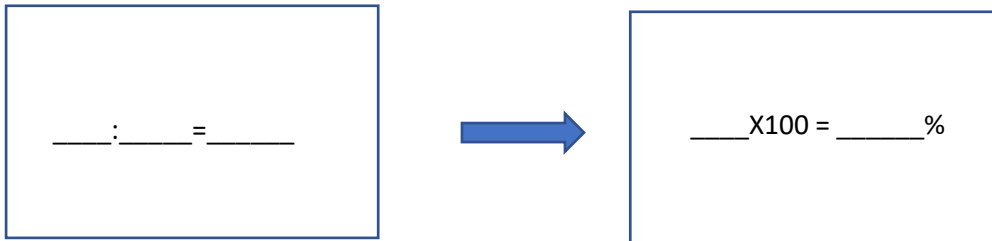
---

<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	18. Aplicar a base na outra metade do rosto usando o instrumento selecionado
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	19. Selecionar pó adequado para sua cor de pele
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	20. Observar a terapeuta aplicar o pó em metade de seu rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	21. Aplicar o pó na outra metade do rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	22. Selecionar cor de blush
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	23. Observar a terapeuta aplicar blush em metade de seu rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	24. Aplicar blush na outra metade de seu rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	25. Selecionar cor de batom
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	26. Observar a terapeuta aplicar o batom em metade do seu lábio
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	27. Aplicar o batom na outra metade do seu lábio
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	28. Observar a terapeuta aplicar máscara para cílios em um dos olhos
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	29. Aplicar máscara para cílios no outro olho
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	30. Dizer que outro produto aplicaria em uma maquiagem para o dia a dia
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	31. Selecionar esse produto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	32. Observar a terapêutica aplicar esse produto em um dos lados do rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	33. Aplicar esse produto no outro lado do rosto
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	34. Dizer que a maquiagem está pronta
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	35. Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	36. A participante deve assinalar na folha (sim ou não) se ela acha que pode ou consegue continuar se maquiando quando quiser ou precisar.
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	37. Posar para uma foto após maquiar-se
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	38. A participante deve assinalar na folha (não; sim, em todos os momentos; sim, às vezes; ou sim, raramente; ou as vezes) se ela sente que precisa fazer algo para se sentir melhor com sua aparência.
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	39. A participante deve assinalar na folha (não; sim, em todos os momentos; sim, às vezes; ou sim, raramente; ou as vezes) se ela sente que não tem alternativas/ferramentas para se sentir melhor com sua aparência.

---

- 
- ( )S ( )N 40. A participante deve anotar na folha de respostas os pontos positivos e negativos, o que mais gostou e o que menos gostou da atividade que acabou de realizar.
- 
- ( )S ( )N 41. Marcar com a terapeuta a próxima sessão na semana seguinte
- 
- ( )S ( )N 42. Receber as novas folhas de registros para preencher com suas dificuldades e autocuidados realizados durante a semana até o próximo encontro

Ao final da aplicação desta segunda sessão, observando os dados na Folha de Registro, deverá ser calculada a frequência em porcentagem, considerando a quantidade de **tentativas** em que o comportamento aconteceu (1) dividido pelo total de tentativas aplicadas (1 + 0). Este resultado deve ser multiplicado por 100.



*3ª Sessão: TRE*

**Materiais:** computador, videoaula 2, folhas de registro de autocuidado e dificuldades (1 em branco e 1 já preenchida pela participante), folha com duas escalas semânticas, caneta, câmera filmadora, câmera fotográfica.

**Checklist dos Comportamentos Alvo da Terapeuta**

( )S ( )N	1. Preparar a sala (ligar equipamentos eletrônicos necessários para reprodução da videoaula 2)
( )S ( )N	2. Receber a participante
( )S ( )N	3. Entregar a escala semântica para participante e orientar seu preenchimento
( )S ( )N	4. Tirar uma foto da participante
( )S ( )N	5. Recolher as folhas de registros preenchidas pela participante durante a semana
( )S ( )N	6. Posicionar a participante frente à tela do computador
( )S ( )N	7. Iniciar videoaula 2
( )S ( )N	8. TRE I: Pedir para que a participante, pensando no que ela acabou de ver no vídeo, relate uma situação em que atualmente o vitiligo incomodou/foi difícil de lidar/não lidou muito bem.
( )S ( )N	9. TRE I: Se ainda não descreveu anteriormente, pedir para participante descrever como se sentiu
( )S ( )N	10. TRE I: Se ainda não descreveu anteriormente, pedir para participante descrever o que foi difícil para ela
( )S ( )N	11. TRE I: Se ainda não descreveu anteriormente, pedir para participante descrever como reagiu
( )S ( )N	12. TRE I: Se ainda não descreveu anteriormente, pedir para participante descrever quais os efeitos produzidos no ambiente.
( )S ( )N	13. TRE I: Observar contingências em vigor que controlam os comportamentos da participante
( )S ( )N	14. TRE II: Dar um modelo hipotético de como determinada situação, já descrita anteriormente pela participante (na sessão ou na folha de registro de dificuldades), poderia se desenrolar com o uso de alguma técnica de RE.

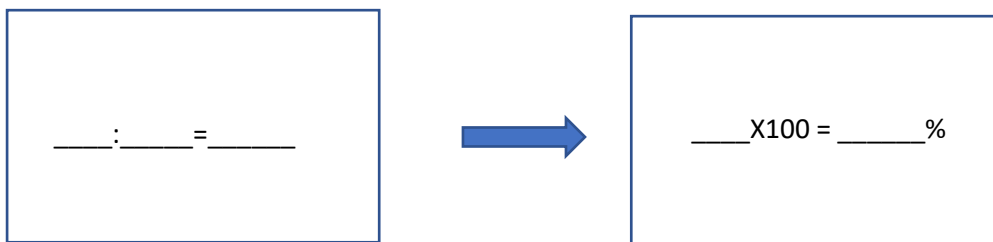
( )S ( )N	15. TRE II: Retomar a situação descrita pela participante na etapa anterior (TRE I) e pede para que a participante pense como ela poderia utilizar uma técnica de RE.
( )S ( )N	16. TRE III: Explicar que ambas farão juntas uma simulação de uma situação (anteriormente apontada como uma situação difícil de lidar para a participante).
( )S ( )N	17. TRE III: Iniciar a simulação de uma situação (anteriormente apontada na folha de registro semanal como uma situação difícil de lidar para a participante).
( )S ( )N	18. Observar como a participante utiliza técnicas de RE
( )S ( )N	19. Dar feedback sobre desempenho da participante na simulação (apontar quando a participante foi adequada e onde poderia aplicar mais adequadamente a técnica escolhida).
( )S ( )N	20. Entregar a escala semântica para participante e orientar seu preenchimento
( )S ( )N	21. Fazer as perguntas para participante e anotar as respostas no computador (google formulários) item a item os instrumentos de pós-teste
( )S ( )N	22. Marcar com a participante a próxima sessão na semana seguinte
( )S ( )N	23. Entregar novas folhas de registros para participante preencher durante a semana até o próximo encontro

### **Checklist dos Comportamentos Alvo da Participante**

( )S ( )N	1. Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
( )S ( )N	2. Posar para uma foto
( )S ( )N	3. Entregar a folha de registro preenchida
( )S ( )N	4. TRE I: Identificar e descrever situações relacionadas ao vitiligo que geraram mal-estar em sua vida
( )S ( )N	5. TRE I: Se ainda não descreveu anteriormente, descrever como se sentiu
( )S ( )N	6. TRE I: Se ainda não descreveu anteriormente, o que foi difícil
( )S ( )N	7. TRE I: Se ainda não descreveu anteriormente, como reagiu;

( )S ( )N	8. TRE I: Se ainda não descreveu anteriormente, quais os efeitos produzidos no ambiente.
( )S ( )N	9. TRE II: Observar modelos de RE dados pela terapeuta
( )S ( )N	10. TRE II: Identificar e descrever qual estratégia de RE poderia utilizar na situação difícil que descreveu na etapa anterior TRE I.
( )S ( )N	11. TRE III: simulação com a terapeuta uma situação (anteriormente apontada na folha de registro semanal como uma situação difícil de lidar para a participante).
( )S ( )N	12. Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
( )S ( )N	13. Responder para a terapeuta item a item os instrumentos de pós-teste
( )S ( )N	14. Marcar com a terapeuta a próxima sessão na semana seguinte
( )S ( )N	15. Receber as novas folhas de registros para preencher com suas dificuldades e autocuidados realizados durante a semana até o próximo encontro

Ao final da aplicação desta terceira sessão, observando os dados na Folha de Registro, deverá ser calculada a frequência em porcentagem, considerando a quantidade de **tentativas** em que o comportamento aconteceu (1) dividido pelo total de tentativas aplicadas (1 + 0). Este resultado deve ser multiplicado por 100.





## 4ª Sessão: FOLLOW UP

**Materiais:** computador, videoaula 2, folhas de registro de autocuidado e dificuldades (1 em branco e 1 já preenchida pela participante), folha com duas escalas semânticas, caneta, câmera filmadora, câmera fotográfica.

**Checklist dos Comportamentos Alvo da Terapeuta**

( )S ( )N	1. Preparar a sala (ligar equipamentos eletrônicos necessários para coleta dos instrumentos <i>on-line</i> )
( )S ( )N	2. Receber a participante
( )S ( )N	3. Entregar a escala semântica para participante e orientar seu preenchimento
( )S ( )N	4. Tirar uma foto da participante
( )S ( )N	5. Recolher as folhas de registros preenchidas pela participante durante a semana
( )S ( )N	6. A terapeuta deve averiguar a manutenção dos repertórios aprendidos durante os treinamentos dos encontros anteriores. Perguntar para participante o que aconteceu nesse meio de tempo (15 dias): se usou as técnicas, em que situações, descrevendo o mais detalhadamente possível, quais as dificuldades e quais os resultados obtidos por elas ao aplicarem MCTe e TRE.
( )S ( )N	7. Entregar a escala semântica para participante e orientar seu preenchimento
( )S ( )N	8. Fazer as perguntas para participante e anotar as respostas no computador (google formulários) item a item os instrumentos de pós-teste
( )S ( )N	9. <b>a.</b> A intervenção se encerra caso a participante emita todos os comportamentos-alvo
( )S ( )N	9. <b>a.</b> A terapeuta agradece a participação e diz que este foi o último encontro
( )S ( )N	9. <b>b.</b> Se os comportamentos-alvo não tiverem ocorrido
( )S ( )N	9. <b>b.</b> O terapeuta deverá dizer para participante que irá aplicar treinos adicionais de MCTE e/ou TRE
( )S ( )N	10. Marcar com a participante a próxima sessão na semana seguinte
( )S ( )N	11. Entregar novas folhas de registros para participante preencher durante a semana até o próximo encontro

### Checklist dos Comportamentos Alvo da Participante

( )S ( )N	1. Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
( )S ( )N	2. Posar para uma foto
( )S ( )N	3. Entregar as folhas de registro preenchidas
( )S ( )N	4. Relatar para terapeuta se usou as técnicas, em que situações, descrevendo o mais detalhadamente possível, quais as dificuldades e quais os resultados obtidos ao aplicar MCTe e TRE.
( )S ( )N	5. Usando a escala semântica, a participante deve assinalar quais adjetivos melhor descrevem como ela se sente naquele momento.
( )S ( )N	6. Responder para a terapeuta item a item os instrumentos de pós-teste
( )S ( )N	7. <b>a.</b> A intervenção se encerra caso a participante emita todos os comportamentos-alvo
( )S ( )N	7. <b>b.</b> Se os comportamentos-alvo não tiverem ocorrido
( )S ( )N	7. <b>b.</b> Receber a informação de que precisará de treinos adicionais de MCTE e/ou TRE
( )S ( )N	8. Marcar com a terapeuta a próxima sessão na semana seguinte
( )S ( )N	9. Entregar novas folhas de registros para participante preencher durante a semana até o próximo encontro

Ao final da aplicação desta quarta sessão, observando os dados na Folha de Registro, deverá ser calculada a frequência em porcentagem, considerando a quantidade de **tentativas** em que o comportamento aconteceu (1) dividido pelo total de tentativas aplicadas (1 + 0). Este resultado deve ser multiplicado por 100.

