



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

AUTOESTIMA E DEPRESSÃO EM MULHERES PORTADORAS DE VITILIGO

Larissa Pires Ruiz

São Carlos

Março, 2016



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

AUTOESTIMA E DEPRESSÃO EM MULHERES PORTADORAS DE VITILIGO

Larissa Pires Ruiz

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Psicologia junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de São Carlos.

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

São Carlos

Março, 2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

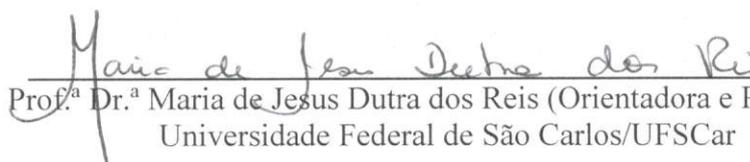
R934a Ruiz, Larissa Pires
Autoestima e depressão em mulheres portadoras de vitiligo / Larissa Pires Ruiz. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
63 p.

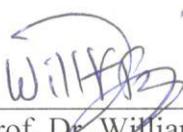
Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Depressão. 2. Autoestima. 3. Saúde Mental. 4. Vitiligo. I. Título.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Larissa Pires Ruiz
São Carlos, 01/03/2016


Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar


Prof. Dr. William Ferreira Perez
Núcleo Paradigma de Análise do Comportamento/São Paulo


Prof. Dr. Marcos Hortes Nisihara Chagas
Universidade Federal de São Carlos /UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 14h no dia 01/03/2016.

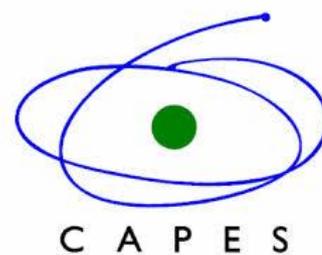
Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis
Prof. Dr. William Ferreira Perez
Prof. Dr. Marcos Hortes Nisihara Chagas

Homologada pela CPG-PPGpsi na

_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Camila Domeniconi
Coordenadora do PPGpsi



**Esta pesquisa teve financiamento da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior (CAPES).**

*Dedico este trabalho a todos que caminham
cultivando o amor pelo que fazem, e mesmo
em busca do constante aperfeiçoamento,
reconhecem em si admiração.*

AGRADECIMENTOS

Dividir as conquistas te faz um vitorioso, dividir as batalhas te traz aliados. Durante minha caminhada acadêmica, aprendi a valorizar minhas conquistas, mesmo que pequenas e às vezes imperceptíveis aos olhos criteriosos; e mais ainda, a valorizar as pessoas que estiveram ao meu lado, me apoiando e dando suporte. Agradeço aqueles que mesmo sem dominar conceitos e teorias do meu trabalho, me ajudaram ao disponibilizar um ouvido amigo; aqueles que entenderam a minha ausência, o mau humor e as horas de sono perdidas; aqueles que me mostraram um ponto de vista diferente, não tão duro quanto à autocrítica, e me incentivaram a continuar; aqueles que mesmo ainda sem saber ler ou escrever, me ensinaram mais do que muitos pós-graduados; e aqueles que mesmo ausentes acreditavam em mim, quando eu mesma duvidava. Minha família: pai, mãe, Adauto, Sarah e irmãos; meus queridos amigos: “Isas” Ferrari, Estela Manfrin, Jaqueline Rabello, Letícia Gomes, Alliny Tiemi, Otávio Augusto Lopes, Adilson Presoto, Raphael Cyrillo, Rosa Furigo, Jessica Camilotti, Lucas Fuschino, Marília Borba e tantos outros incontáveis que estiveram presentes em momentos importantes que me trouxeram até aqui; aos mestres que me inspiraram, ensinaram e apoiaram: Maria de Jesus Dutra dos Reis e Nassim Elias Chamel Elias. Não poderia deixar de agradecer a todas as mulheres que passaram por minha vida, amigas, clientes, pacientes e participantes desse estudo, que ao confiarem e compartilharem comigo suas dificuldades, dores, vergonhas e sofrimentos, me inspiraram a nunca deixar de fazer algo para lembrar que sempre existe a opção da alegria, orgulho, aceitação e autoestima. Esse estudo é inspirado em vocês, não apenas mulheres, mas a todos que passaram por minha vida, durante minha graduação, pós graduação e experiência profissional em psicologia, que me colocaram em contato com a dolorosa vivência em condições “antiestéticas”, como são chamadas as condições que vão contra os padrões de beleza: condições dermatológicas, velhice, sobrepeso, gênero, cor e tantas outras, pessoas que não se enquadram em padrões estéticos considerados belos pela sociedade e que frequentemente se queixam da eterna busca pela beleza e aceitação, vergonha, exclusão e falta de amparo.

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS	VII
LISTA DE FIGURAS	VIII
LISTA DE TABELAS	IX
RESUMO	X
ABSTRACT	XI
INTRODUÇÃO	1
MÉTODO	10
Participantes.....	10
Local/Equipamentos/Instrumentos	11
Procedimentos	15
RESULTADOS	17
DISCUSSÃO	31
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	40

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento.....	46
Anexo 2 – Instrumento Completo.....	48
Anexo 3 – Escala de Autoestima.....	65
Anexo 4 – Tabela de Interpretação do PROMIS.....	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do corpo humano feminino utilizado na coleta (A) e a representação das áreas organizadas considerando níveis estimados de exposição social (B).....	21
Figura 2 – Porcentagem de incidência de manchas por região corporal investigada e do incomodo total identificado, para as três diferentes áreas de exposição social sistematizadas.....	29
Figura 3 - Porcentagem de domínios avaliados rastreados como passíveis de maior investigação, para todos os participantes. Barras escuras indicam aqueles com 50% ou mais de participantes com sinais de cuidado.....	31
Figura 4. Porcentagem de participantes com indicação do incomodo (variando entre os escores 0 e 10) na Área Íntima (composta pelas regiões 7 e 9) e Área de Nível 3 (composta pelas regiões 1, 7, 8, 9, 13, 14, 18, 19 e 23).....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.....	19
Tabela 2 – Frequência e Porcentagem de algumas relativas ao convívio com a doença.....	20
Tabela 3 – Regiões com as maiores e menores médias de incomôdo atribuído.....	23
Tabela 4 - Média, Desvio Padrão, Mediana, Menor e Maior valor para as diversas medidas em saúde mental e condições emocionais	25
Tabela 5 – Distribuição dos indicadores de cuidado em Depressão (Moderada/Severa), nos Itens do PROMIS Nível 1 (Acima de 5 itens) e Autoestima (0 a 25), nos escores gerais de Autoestima, no Promis e na estimativa de <i>Incomodo</i> por área.....	27

Ruiz, L. P. (2016). *Autoestima e Depressão em mulheres portadoras de vitiligo*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP. 73 paginas.

RESUMO

Vitiligo é uma doença dermatológica caracterizada pelo aparecimento de manchas brancas provocadas pela despigmentação da pele, com incidência descrita de até 2% da população, principalmente mulheres. Investigações, nacionais e internacionais, têm apontado que mulheres com este quadro apresentam baixa autoestima e altos índices de depressão. Este estudo teve como objetivo: 1) identificar condições de incomodo com a doença e sua relação com exposição social das manchas; 2) examinar a ocorrência de morbidades psiquiátricas em pacientes com vitiligo; e, 3) correlacionar os indicadores de incomodo com a presença das manchas, a autoestima, comorbidades psiquiátricas em geral e, em particular, com a depressão. Para a coleta de informações foi utilizado um questionário on-line, construído e disponibilizado na base Google Docs. Foram convidadas a participar do estudo, majoritariamente através de redes sociais e junto a sites que oferecem informações sobre o quadro, mulheres adultas com diagnóstico de vitiligo. Iniciando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário disponibilizava, na sequência, questões referentes a variáveis socioeconômicas e de vivência com a doença, a saber: gênero, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, renda familiar; quando recebeu o diagnóstico, a especialidade do profissional que fechou este diagnóstico, entre outras. Foi solicitado a indicações das regiões do corpo afetadas por manchas e o grau de incomodo relacionado a cada uma delas. Três instrumentos arrolados examinavam diferentes condições psicológicas, a saber: 1) A Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto que avalia indicadores de 13 domínios de saúde mental; 2) A Escala Transversal de Sintomas de nível 2 do DSM-5 de Depressão; e, 3) Escala de Autoestima de Rosenberg. Foram analisados 117 dos 120 instrumentos recebidos. As participantes apresentavam idade variando de 16 a 64 anos, sendo que a maioria se declarava solteira (41%), branca (54,7%), com renda familiar igual ou inferior a três salários mínimos (38,7%), residentes em diferentes regiões do País. O diagnóstico teria acontecido há 10 anos ou menos (41,9%), por profissional dermatologista (115 participantes). 42,7% das participantes apresentaram sinais de cuidado em depressão, 50,4% indicaram a ocorrência de 6 ou mais sintomas relacionados a diferentes transtornos mentais e 17,9% apresentavam escores de baixa autoestima. A baixa autoestima foi relacionada a escores altos de depressão e um maior número de sintomas relativos a diversos transtornos. Intensidades altas de incomodo foram associadas a áreas de maior exposição social; quanto maior o incomodo relatado, maiores foram os indicadores de transtornos mentais diversos, de depressão grave e menores os escores em autoestima. A discussão buscou estabelecer aspectos convergentes e divergentes daqueles observados na literatura existente na área, particularmente considerando aspectos das relações e cognições sociais como um elemento importante para a construção da autoestima e da saúde mental.

Palavras-chave: Vitiligo, Depressão, Saúde Mental; Autoestima.

RUIZ, L. P. (2016). *Self-Esteem and Depression in Women Vitiligo's Bearers*. Master's Dissertation. Graduate Program in Psychology, Federal University of São Carlos, São Carlos, SP. 73 pp.

ABSTRACT

Vitiligo is a depigmentation's disorder of the skin, with an incidence of up to 2% of the population, particularly among female population. Investigations, both nationals and internationals, have pointed out that women suffering from this disease presented low self-esteem and high rates of depression. This study aimed to: 1) examine the occurrence of psychiatric morbidity in patients with vitiligo; 2) identify the severity of discomfort attributed to the presence of spots in different body regions; and 3) correlating discomfort attributed to the location of the spot, self-esteem, psychiatric comorbidities in general, and particularly of depression. For gathering information was used an online questionnaire, constructed and available in *Google Docs* base. Adults women diagnosed with vitiligo were invited to participate in the study, mainly through social networks and websites that offer information about the disease. The questionnaire presented initially *the Informed Consent of the Research* and, in the sequence, introduced issues related to socioeconomic variables and of living with the disease, namely: gender, age, education, occupation, marital status, family income; When he was diagnosed, the specialty of the professional that closed this diagnosis, among others. It was requested to indicate the body's regions affected by stains and the degree of distressed related to each of them. Three instruments were available to assess various psychological conditions, namely: 1) Transversal Inventory PROMIS Level 1 for adults which assess risks related with mental health's of 13 disorders; 2) Transversal Inventory PROMIS Level 2 Depression; and, 3) Self-Esteem Rosenberg Inventory. The participants presented aged 16-64 years, and the majority was declared single (41%), white (54.7%), with family income equal to or less than three minimum wages (38.7%), living in different regions of the country. The diagnosis would have happened 10 years or less (41.9%), by professional dermatologist (115 participants). 42.7% of the participants showed signs of depression, 50.4% showed the occurrence of six or more symptoms associated with different mental disorders and 17.9% had low self-esteem scores. Low self-esteem was related to high depression scores and a greater number of symptoms related to various disorders. high intensities of distress were associated with areas of greatest social exposure; higher the intensity of distress reported discomfort, greater were the indicators of various mental disorders, severe depression and lower scores on self-esteem. The discussion sought to establish convergent and divergent aspects of those observed in the literature in the area, particularly considering aspects of social cognition and social relations as an important element for building self-esteem and mental health.

Key-words: Vitiligo; Depression; Mental Health; Self Esteem.

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, envolvendo-o, determinando o seu limite e constituindo o primeiro elemento de contato com o *ambiente externo*, inclusive o *social*. Por sua localização e função, este órgão parece ter um significativo papel mediativo em processos psicológicos importantes, particularmente quando consideramos sua responsividade a estímulos emocionais e seu papel na expressividade de emoções (ex., raiva, medo, etc). Considerando que doenças dermatológicas usualmente podem ser imediatamente visíveis para os indivíduos que convivem com seu portador, pessoas que vivem com condições dermatológicas crônicas podem sofrer fortes consequências sociais e emocionais. (Balaban, Atagün, Özguven, & Özsan, 2011). Impactos de fatores psicossociais têm sido apontados como desordens secundárias ou gatilhos iniciadores de diferentes quadros dermatológicos; tem sido estimado que aproximadamente um terço dos pacientes com doenças dermatológicas apresentam distúrbios emocionais associados (Halder & Chappell, 2009; Lupi, 2013; Nogueira, Zancanaro, & Azambuja, 2009).

Diferentes propostas têm sido formuladas como tentativas de sistematizar condições dermatológicas, considerando sua relação com condições em saúde mental (Balaban et al, 2011; Kieć-Swierczyńska, Dudek, Krecixz, Swierczńska-Machura, Dudek, et al., 2006). Dentre estas, Folks e Warnock (2001) propõem que condições psicodermatológicas poderiam ser organizadas em quatro possíveis categorias. A primeira consistiria de quadros dermatológicos primários, que apresentariam comorbidades com condições psiquiátricas; doenças que reduziriam a autoestima, levando o paciente a quadros de isolamento e depressão. Nesta categoria seriam incluídas patologias como o *vitiligo*, o *albinismo* e a *alopecia areata*. A segunda categoria diria respeito às patologias dermatológicas cuja etiologia estaria associada a condições emocionais; seriam incluídas nesta categoria quadros como *psoríase*, *urticárias*, *dermatites atópicas*, *acne*, entre outros. Numa terceira teríamos

sequelas dermatológicas que estariam associadas com transtornos psiquiátricos, tais como *transtorno obsessivo-compulsivo*, *transtornos somatoformes*, entre outros. Finalmente teríamos quadros dermatológicos produzidos por fármacos psicotrópicos utilizados no tratamento de transtornos mentais crônicos, tais como lítio, anticonvulsivantes, entre outros.

Desta forma, uma condição psicodermatológica que tem sido reconhecida por sua relação com morbidades psiquiátricas diversas, baixa autoestima e de perda na qualidade da vida é a *Vitiligo* (Ajose, Parker, Merrall, Adewuya, & Zachariah, 2014; Folks & Warnock, 2001; Noh, Kim, Park, Hann, & Sang, 2013). Vitiligo é uma doença caracterizada pelo aparecimento de manchas brancas provocadas pela ausência total de pigmento (acromia), causada pela perda seletiva das células que produzem melanina (melanócitos). Atinge em média de 1% a 2% da população mundial entre 10 e 30 anos de idade; em alguns países chega a atingir até 8%, comprometendo todas as etnias, incluindo ambos os sexos, embora preferencialmente mulheres (Halder & Chappell, 2009). Algumas hipóteses para a etiologia da doença seriam: predisposição genética (o gene PTPN 22 parece estar relacionado em alguns casos); intoxicação do melanócito (pelo próprio processo de produção de melatonina ou por outras substâncias muito quimicamente reativas); baixa expectativa de vida dos melanócitos. Estudos genéticos, observações feitas em gêmeos idênticos, a experiência clínica com vitiligo e seus fatores desencadeantes apontam para um quadro multifatorial, em que o mais provável é que haja um padrão poligênico, ou seja, em que genes diferentes interagem para produzir a patologia (Lupi, 2013).

Alguns fatores precipitantes para essa doença têm sido mais frequentemente discutidos: estresse físico e emocional, traumas mecânicos e substâncias químicas, como derivados do fenol; também, doenças autoimunes, principalmente as tireoidianas, podem estar associadas ao vitiligo (Steiner, Bedin, Moraes, Villas, & Steiner, 2004). Em geral os autores

indicam que há uma influência de processos psicológicos, imunológicos, quadros infecciosos, vacinas e até mesmo da dieta.

Embora não ameace a integridade física do paciente, a vitiligo pode acarretar um profundo efeito psicológico no seu portador. De fato, uma quantidade crescente de dados sociológicos e psicológicos, parecem indicar que a condição antiestética da vitiligo pode ter sérias consequências para a vida do portador ao criar constrangimento social, ansiedade e vergonha (Correia & Bortoli, 2013; Porter, Beuf, Lerner, & Nordlund, 1986). 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 sobre frequente associação entre doença de pele, ideias de contágio e atribuição de pouco asseio pessoal, levando alguns indivíduos a se afastarem dos pacientes com esse problema (AlGhamdi, 2010; Kent & Keohane, 2001; Kadyk, McCarter & Achen, 2003; Kent & Keohane, 2001; Choi, Kim, Whang, Lee, Hann, & Shin, 2010; Krüger & Schallreuter, 2015).

Taborda, Weber e Freitas (2005), em estudo desenvolvido junto à serviço de dermatologia de uma cidade do Rio Grande do Sul, investigou a prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com doenças dermatológicas, através do questionário de triagem de doença mental, o *Self Reported Questionnaire* (SRQ-20). Este instrumento, desenvolvido pela OMS, busca rastrear, de forma rápida e com baixo custo, indicadores de problemas de saúde mental tais como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldades de concentração, queixas somáticas, entre outros. Participaram 76 pacientes, de ambos os sexos, com dermatoses distintas (ex. acne vulgar, vitiligo, psoríase, entre outras). Os resultados mostraram que 25% dos participantes apresentaram indicadores de sofrimento psíquico, sendo observado valores significativamente maiores do que aquele observado nos pacientes com acne vulgar. Relatos de pesquisa têm indicado que este processo pode ter sérias consequências para a vida do portador desta doença, produzindo relatos de constrangimento social, vergonha,

ansiedade, *baixa autoestima* e *depressão* (Bashir, Dar, & Rao, 2010; Correia & Bortoli, 2013; Ongenaes, Dierckxsens, Brochez, Van Geel, & Naeyaert, 2005; Porter, Beuf, Lerner, & Nordlund, 1986).

A *autoestima* tem sido definida como um conjunto de eventos privados, particularmente pensamentos e sentimentos, que teriam natureza avaliativa e autorreferente; este *autoconceito* pode apresentar uma orientação positiva (autoaprovação) ou negativa (depreciação). A *baixa autoestima* se caracterizaria pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e incapacidade lidar com seus próprios problemas; a *alta* poderia ser expressa através de sentimentos de adequação ou autoaceitação (Rosenberg, 1965; Coopersmith, 1989).

Investigações em neurociência têm defendido que a *autoestima* seria um autoconceito desenvolvido como uma dimensão avaliativa, que teria uma função de adaptação social (Gazzaniga & Heatherton, 2005). Envolveria respostas comportamentais e emocionais do indivíduo relacionadas a *cognição social*, que visaria uma necessidade adaptativa de pertencer ao grupo social no qual está introduzido. Leary e colaboradores (1995), chamaram essa necessidade adaptativa de “*Teoria do sociômetro*”. Estes autores defendem que ao se comportar de uma maneira que aumenta a probabilidade de ser rejeitado, o sujeito tem sua autoestima diminuída; assim a autoestima poderia funcionar como um *sociômetro* que as pessoas utilizariam nas relações, monitorando a probabilidade de *aceitação* ou *rejeição social*. Para estes autores, este seria uma das condições que produziria a relação observada, em algumas investigações, entre a baixa autoestima e elevada ansiedade social. Defendendo também uma proposta de construção social da autoestima, Skinner (1991) afirma que a autoestima seria um autoconceito, produto de uma história de reforço social, incluindo contingências nas relações de natureza relativamente complexa. Estaria particularmente

relacionada ao reconhecimento pelo outro ou de auto reconhecimento aprendido de outros; poderia ser entendida como “o eu de que gostamos” (Skinner, 1991).;

Porter, Beuf, Lerner, & Nordlund (1986) investigaram efeitos psicossociais do vitiligo, em particular, na dimensão de *autoestima*. Utilizando a *Escala Coopersmith* de autoestima, os pesquisadores compararam o desempenho de 66 pacientes com vitiligo, com um grupo de pacientes com psoríase e outro composto por indivíduos sem doenças dermatológicas identificadas. O resultado obtido mostrou que os portadores de vitiligo apresentaram escores significativamente menores de autoestima quando comparado com pares do *grupo controle*, que não apresentavam doenças dermatológicas. Ao comparar 25 pares de participantes com diagnóstico de vitiligo e psoríase, os autores identificaram que pacientes com psoríase relatavam não acreditar que sua doença tivesse tratamento ($p < 0,06$) e usavam mais frequentemente roupas para esconder diferentes áreas do corpo ($p < 0,05$). Por outro lado, pacientes com vitiligo descreviam maior uso de cosméticos como estratégia de disfarce dos problemas visíveis da pele ($p < 0,001$).

Posteriormente o mesmo grupo de pesquisa (Porter, Beuf, Lerner, & Nordlund, 1990) buscou investigar o efeito do vitiligo na autoestima e nas relações afetiva sexuais dos seus portadores. Os autores verificaram que 23% dos pacientes entrevistados relataram que a dermatose interferiu negativamente em sua atividade sexual, alguns por causa de seu próprio constrangimento, outros por causa de constrangimento do parceiro ou parceira. Neste estudo, o relato predominante em relação às manchas era de vergonha, insegurança, tristeza, inibição e desgosto; tudo isso concorre para baixa autoestima do paciente, uma vez que a sensação de transmitir imagem negativa para as outras pessoas e a falta de autoconfiança, interferindo no rendimento da pessoa no trabalho e em relações sociais.

Transtornos depressivos têm sido, também, frequentemente associados à presença de quadros dermatológicos. Estes transtornos têm sido definidos no *Manual Diagnóstico e*

Estatístico de Transtornos Mentais V (American Psychiatric Association, 2014) como quadros que partilhariam característica comum a presença de um humor predominantemente triste, uma persistente sensação de vazio ou de irritação, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetariam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo. São condições usualmente presentes nos transtornos depressivos: tristeza patológica, anedonia, ansiedade, irritabilidade, mau-humor, medo, pensamento alterado, distúrbio da atenção, distorção da realidade, choro imotivado, ineficiência funcional, distúrbios do sono, redução de energia, redução ou aumento do apetite e perda do interesse sexual. Em todos os transtornos depressivos, a alta e preocupante comorbidade com a ideação ou tentativa de suicídio coloca estes transtornos dentro de uma rede de cuidado especial em saúde.

Estudos têm apontado que a prevalência de depressão em população brasileira, em particular, na cidade de São Paulo, ao longo da vida, seria de 17% (Andrade, Walters, Gentil, & Laurenti, 2002). Numa investigação mais recente, pesquisadores brasileiros buscaram verificar a prevalência de depressão em indivíduos com idade superior a 14 anos, em três unidades básicas do Município de Pelotas (RS). Participaram do estudo 1069 indivíduos, sendo a maioria adultos, com idade variando entre 20 e 59 anos (63,3%), do gênero feminino (71,3%). A prevalência da depressão entre os usuários foi de 23,9%, sendo que as mulheres apresentaram aproximadamente o dobro daqueles valores observados na população masculina (Molina, Wiener, Branco, Jansen, Souza, et al, 2012).

Em estudo desenvolvido em Singapura (Chan, Chua, Goh, Aw, Thng, Lee, 2011), pesquisadores buscaram investigar fatores associados à depressão, em pacientes com 21 anos ou mais e que tivesse 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 dermatológica desta cidade. O instrumento utilizado para a coleta era composto

de três diferentes partes: 1) levantamento dos dados demográficos (ex. idade, educação, renda mensal e estado civil); 2) informações clínicas sobre a doença (ex. duração da doença, tratamentos); e, 3) medidas de impactos psicológicas, utilizando três diferentes instrumentos (*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. Nestas análises os resultados mostraram que mulheres ($p<0,05$), com idade inferior a 50 anos ($p<0,016$), que conviviam a mais de 5 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.

Balaban, Atagün, Özgüven, & Özsan (2011) investigaram, em pacientes sob tratamento em clínica dermatológica na Turquia, a frequência de morbidades psiquiátricas em portadores vitiligo; em particular, os autores investigaram a ocorrência de ansiedade, depressão, ansiedade social e autoestima. Participaram do estudo 42 pacientes diagnosticados com vitiligo e 42 sem doenças dermatológicas, apresentando igual idade, gênero e nível educacional. Foram aplicadas: a *Entrevista Clínica Estruturada do DSM IV das desordens do Eixo I*, *Escala hospitalar de depressão e ansiedade (HADS)*, a *Escala de autoestima de Rosenberg*, a *Escala de ansiedade social de Liebowitz*, e a *Escala Sheehan de dificuldades*. Os autores observaram que os resultados da *Entrevista Clínica Estruturada do DSM* mostraram que as desordens do Eixo I foram significativamente mais frequentes ($\chi^2=5,26$, 0,02) no grupo com vitiligo (13, 31%) do que para o grupo controle (3, 9,1%), sendo que *Depressão Maior* apresentou a maior incidência. Além disto, a autoestima foi significativamente menor no grupo com vitiligo do que no grupo controle ($p<0,01$). Foi observado que mulheres apresentavam escores de maior cuidado para todas as medidas; além disto, os maiores escores pareciam estar relacionados a presença de *manchas no rosto ou*

áreas íntima. No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos nos escores obtidos nos instrumentos específicos de ansiedade, depressão e ansiedade social. No entanto, em estudo realizado no Sudão (Mufaddel & Abdelgani, 2014) pesquisadores buscaram identificar a taxa de sintomas psiquiátricos em 105 pacientes com diferentes patologias dermatológicas, comparando a 105 da condição de controle, utilizando o mesmo instrumento de medida dos escores de *depressão e ansiedade* do estudo anterior (Balaban, et. al, 2011), observando escores significativamente mais altos de depressão e ansiedade para os aqueles com diagnóstico de Vitiligo.

Em estudo realizado na Nigéria, autores também buscaram identificar e comparar os indicadores de depressão e ansiedade em pacientes com diagnóstico de *vitiligo e albinismo*, avaliados em ambulatório de dermatologia. Participaram do estudo 87 pacientes albinos (54 mulheres) e 102 com quadro de vitiligo (51 mulheres). Os participantes foram recrutados durante avaliação ambulatorial, num período de 05 anos (2004 à 2009), utilizando a *Escala hospitalar de depressão e ansiedade (HADS)*. Os resultados mostraram que a prevalência de condições psiquiátricas foi maior para os participantes com vitiligo (59%), comparado aos albinos (26%). Pacientes com vitiligo apresentaram escores significativamente mais altos de depressão e ansiedade do que aqueles identificados na população geral com albinismo; no entanto, esta diferença não foi observada quando os resultados comparavam especificamente pacientes albinos com diagnóstico de câncer de pele. Foi observado, ainda, que o vitiligo envolvendo a região genital foi mais significativamente associado aos indicadores de ansiedade do que de depressão. (Ajose, Parker, Merrall, Adewuya, & Zachariah, 2014).

No desenvolvimento de seu pós-doutorado em Imuno-Dermatologia pela Universidade do Texas, Lupi (2013) descreve portadores de vitiligo do sexo feminino e pessoas com menos de 50 anos, podem apresentar sinais de depressão em 18% à 22% dos casos. Outras queixas comuns encontradas nesta população parecem ser ansiedade (12%), alteração na qualidade do

sono (20%), pensamentos suicidas (10%) e tentativas de suicídio (3%). Há pesquisas, indicando que 40% dos pacientes com vitiligo são depressivos e têm a autoestima significativamente mais baixa do que uma mesma amostra de pessoas sem problemas de pele. Ainda, segundo o mesmo autor, especialmente em países onde predomina a pele escura, prevalece um forte estigma social, em que os portadores chegam até mesmo a ser marginalizados; apresentando assim, principalmente nas mulheres e pessoas mais jovens, alterações psicológicas como fobias, quadros obsessivos, autoestima afetada negativamente, depressão, ansiedade e alteração na qualidade do sono.

Lopes (2007) investigou a ocorrência de indicadores de depressão, ansiedade e qualidade de vida em portadores de vitiligo, em atendimento em ambulatório dermatológico da cidade de São Paulo. Participaram do estudo 30 pacientes com diagnóstico do quadro dermatológico e 30 indivíduos sem diagnóstico de vitiligo, em tratamento de outras dermatoses. A idade dos participantes variou de 18 a 40 anos; em ambos os grupos, aproximadamente 66% da amostra foi composta por mulheres. Foram utilizados os *Inventários Beck de Depressão, de Ansiedade e o Inventário de Qualidade de Vida (Whoopl_brief)*. Os resultados mostraram que indivíduos com vitiligo apresentaram escores significativamente maiores de depressão ($p < 0,01$) e ansiedade (0,002), sendo que as mulheres apresentaram escores sistematicamente maiores que os homens, em ambos os grupos. Pacientes com vitiligo apresentaram qualidade de vida significativamente mais comprometida em três dos quatro domínios avaliados, a saber: *Físico* ($p < 0,003$), *Psicológico* ($p < 0,003$) e *Social* ($p < 0,016$).

Embora a literatura internacional venha estabelecendo um conjunto representativo de informações que parecem apontar para uma relativa comorbidade entre depressão, ansiedade e vitiligo, as investigações com população brasileira ainda parecem ser incipientes. Além disto, considerando que o impacto sobre os indicadores de autoestima e morbidades psiquiátricas

tem sido hipotetizada como representativamente relacionadas às condições de exposição social das manchas e consequência de processos de interação social, é interessante investigar mais detidamente a relação das áreas das manchas com maior exposição (ou menor) social e sua relação com o desconforto percebido. Para tanto, é importante organizar de forma mais sistemática a relação entre desconforto relativo à área da região corporal onde se localiza a mancha e os indicadores psicodiagnósticos.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo: (1) Identificar condições de incomodo com a doença e sua relação com exposição social das manchas; (2) Examinar a ocorrência de indicadores de morbidade psiquiátrica em pacientes com vitiligo; e, (3) Correlacionar os indicadores de incomodo com a presença das manchas, a autoestima, as comorbidades psiquiátricas em geral e, em particular, com a depressão. Uma vez que os resultados têm mostrado uma maior incidência de morbidade psiquiátrica em mulheres, o presente trabalho restringiu sua investigação a populações deste gênero.

MÉTODO

Participantes

Foram convidados a participar do estudo mulheres que tivessem um diagnóstico de vitiligo, realizado por profissional qualificado. O convite foi encaminhado em mídia digital, disponibilizado na Plataforma *Facebook* das pesquisadoras e por mensagem eletrônica encaminhada para endereços relacionados a instituições e organizações devotadas às questões relativas a quadros dermatológicos, em especial, ao Vitiligo. Para ser incluído no estudo o respondente: 1) deveria ser do sexo feminino; 2) ter concordado com as condições apresentadas no TCLE; e, 3) ter recebido um diagnóstico de vitiligo por profissional de saúde qualificado. Os pesquisadores receberam 120 questionários respondidos, sendo incluídos para a análise 117 destes.

Local/Equipamentos/Instrumentos

A pesquisa foi realizada de forma *on-line* sendo utilizada a ferramenta *Google Docs* para sua publicação. As questões buscavam levantar informações relativas à variáveis socioeconômicas, informações sobre a doença, indicadores de autoestima e de saúde mental.

As questões referentes a *informações socioeconômicas* das participantes investigaram as seguintes variáveis: idade; gênero; escolaridade; estado civil; renda familiar e individual; e, indicadores econômicos relativos as condições de residência (número de pessoas que vivem na residência, o número de cômodos e de banheiros das mesmas). Sobre a vivência com a doença foram requisitadas informações relativas a idade de aparecimento das manchas, formação do profissional que realizou o diagnóstico, a natureza dos tratamentos já implementados e o uso de cosméticos.

Foi solicitado, ainda, que o participante indicasse a área de seu corpo que seria afetada por manchas e estimasse quanto cada uma delas produzia incomodo. Para tanto, uma representação humana do corpo humano foi incluído no instrumento, similar àquela apresentada na Figura 1 (A). O modelo de corpo humano feminino utilizado foi retirado de imagem disponibilizada *online* no link: <http://www.rota83.com>, sendo que a autora numerou as diferentes partes do modelo de 1 a 23. Para cada área do corpo impactada com manchas foi solicitado que o participante estimasse o “incomodo” produzido por sua presença, utilizando uma escala variando de 0 (nenhum incomodo) a 4 (me incomoda muito, não suporto a mancha).

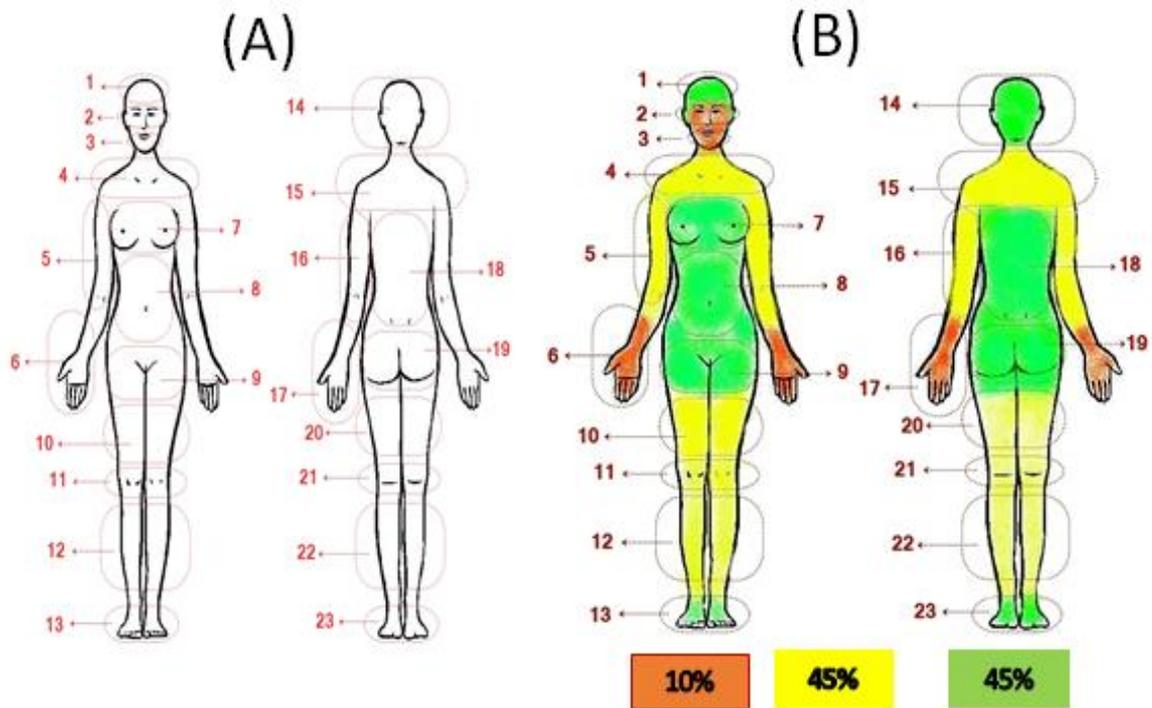


Figura 1 – Esquema do corpo humano feminino utilizado na coleta (A) e a representação das áreas organizadas considerando níveis estimados de exposição social (B).

Para a análise das áreas afetadas e grau de constrangimento associado a exposição social, as 23 áreas do esquema corporal foram organizadas em 3 áreas maiores classificadas por seus potenciais níveis de exposição social, estimada considerando a vestimenta da mulher mediana na cultura brasileira, em especial os trajes diários da mulher da região sudeste do País, a saber:

- *Áreas Nível 1.* Áreas mais periféricas e expostas do corpo, difíceis de serem encobertas por vestimentas, como rosto e mãos. Destacada na Figura 1 (B) com cor vermelha e composta pelas regiões 2, 3, 6 e 17 do esquema corporal.
- *Áreas Nível 2.* Áreas com custo relativo médio de dificuldade para serem encobertas, como braços, pernas, colo e pescoço. Composto pelas regiões 4, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 20, 21 e 22, destacada por cor amarela na Figura 1 (B).
- *Áreas Nível 3.* Áreas com baixo grau de exposição social por serem encobertas como couro cabeludo, pés e regiões íntimas. Destacada com cor verde, ainda na Figura 1 (B), e composto pelas regiões 1, 7, 8, 9, 13, 14, 18, 19 e 23.

Para o cálculo da extensão da área relativa impactada, foram consideradas as regras de cálculo para medidas de superfície corporal afetadas por queimaduras, neste caso duas regras seriam usualmente utilizadas para mensurar a extensão de incidência de algo na superfície corporal: 1) pela “*regra dos nove de Wallace*” é atribuído a cada segmento corporal, o valor nove ou múltiplo dele, sendo assim, cabeça - 9%; tronco frente - 18%; tronco costas - 18%; membros superiores - 9% cada; membros inferiores - 18% cada; genitais - 1%; 2) pela “*regra da palma da mão*”, a palma da mão de um indivíduo representa 1% de sua superfície corporal (incluindo os dedos) e 0,5% (excluindo-se os dedos), sendo assim pode ser estimada a extensão de uma queimadura calculando-se o “número de palmas” independentemente a idade (Vale, 2005). Baseado nestes métodos de mensuração de áreas de superfícies corporais, foi calculado a proporção de superfície relativa para as diferentes áreas propostas: 1) a *Área de Nível 1* corresponderia à 10% da superfície corporal; a *Área do Nível 2* corresponderia à 45% da superfície corporal; e, a de *Nível 3*, os 45% restantes.

A *Escala de Autoestima* desenvolvida por Rosenberg foi utilizada como o indicador deste componente. Este instrumento foi traduzido e validado para adultos e adolescentes brasileiros, apresentando bons indicadores de consistência interna em ambos estudos (Hutz, 2000: *Alfa de Cronbach* de 0,86; Hutz & Zanon, 2011: *Alfa de* 0,90); uma análise considerando os questionários do presente estudo mostrou um alfa de Cronbach é de 0,86. O instrumento apresenta dez sentenças: cinco destas são referentes à autoconceitos positivos ou autovalorização; e, cinco diz respeito a autoconceitos negativos ou autodepreciativos. Estas afirmativas deveriam ser avaliadas considerando uma escala variando de 1 (Discordo Totalmente) à 4 (Concordo Totalmente). No escore geral, a pontuação varia de 10 a 40, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a autoestima. A versão utilizada encontra-se em anexo (Anexo 3).

Dois instrumentos foram utilizados para medidas de indicadores de saúde mental; 1) a *Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável* do DSM-5 Adulto (PROMIS); e, 2) *Escala Transversal de Sintomas de nível 2 de Depressão* (PROMIS depressão). Estes dois instrumentos transversais foram escolhidos considerando particularmente: 1) sua avaliação de comportamentos, cognições e emoções apontados como relevantes para o diagnóstico utilizando critério do DSM V e; 2) por serem de domínio público e gratuito, sendo liberado o seu uso em plataformas *on line*.

A *Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto* é um instrumento que rastreada 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 indicando cuidado neste instrumento deveriam ser avaliadas com mais especificidade, por sinalizarem uma possível existência de transtornos mentais. Uma análise da confiabilidade da escala, considerando os 117 questionários analisados, mostrou que o instrumento apresentou um *Alfa de Cronbach de 0,92*, demonstrando uma forte consistência interna.

A *Escala Transversal de Sintomas de nível 2 de Depressão* foi proposta pela *American Psychiatric Association*, contendo itens relativos ao diagnóstico da Depressão, com o objetivo de avaliar mais cuidadosamente sinais de depressão após a identificação de risco no PROMIS Nível 1; sua versão para adultos foi indicada para indivíduos, de ambos os sexos, com 18 anos ou mais. Foi utilizada a tradução e adaptação cultural dos bancos de itens para a língua portuguesa (Castro, Rezende, Mendonça, Silva, & Pinto, 2014). O instrumento solicita que o respondente avalie a frequência estimada de oito diferentes sintomas, nos últimos sete dias,

tais como: *senti-me sem esperança*, *senti-me um fracassado*, etc. Cada item deve ser avaliado utilizando uma escala *likert* de 5 pontos, variando de 1 (Nunca) à Sempre (5); o escore total varia de 8 à 40 pontos. Quatro diferentes níveis de depressão podem ser identificados: 1) *Nenhuma* ou *Mínima* (Escore de 0 a 16); 2) *Leve* (17 a 22); 3) *Moderada* (23 a 32); e, 4) *Severa* (33 a 40). 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 presente estudo.

Procedimentos

O projeto foi avaliado e aprovado por comitê de ética para pesquisa com humanos, estando seu registro e protocolo de aprovação disponíveis junto à Plataforma Brasil (CAAE: 40428714.5.0000.5504). As participantes foram convidadas para a pesquisa através do uso de panfletos, convite pessoal, ou convites através da Internet, como a divulgação por e-mail ou por redes sociais. Os interessados eram convidados a responder um questionário, construído com ferramenta do Google Docs, e disponibilizado nas plataformas digitais.

O instrumento ficou disponibilizado para acesso dos interessados por um período de aproximadamente um mês (13/02/2015 a 14/03/2015). Ao acessarem a página da Internet correspondente à pesquisa, as participantes eram informadas quanto às justificativas, o objetivo, e as implicações do estudo, através da apresentação do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), apresentado no Anexo 1. Neste termo foi fornecido informações sobre contato com os pesquisadores e órgãos responsáveis pela pesquisa; foram fornecidos endereços para esclarecimentos, pedidos de ajuda ou denúncias. A anuência deveria ser indicada pelo aceite dos cinco elementos do TCLE, de forma individual e separada, para que ficasse claro e acordado todos os itens, a saber: 1) estar ciente dos objetivos, riscos e benefícios da investigação; 2) considerar-se informado sobre o sigilo; 3) informado sobre a

ausência de ônus; 4) autorização para publicação dos resultados (respeitada a condição de sigilo); e, 5) a não obrigatoriedade de fornecimento de informação. Uma afirmativa final (6) solicitava a concordância com todos os itens anteriores. Para que os dados do participante fôssem analisados, ele deveriam ter indicada concordância com os seis itens explicitados ao final do TCLE.

O questionário era apresentado imediatamente após as indicações de concordância, devendo ser preenchido de forma individual, em versão *on line*. Foi apresentada a seguinte sequência de instrumentos: 1) TCLE; 2) Dados socioeconômicos; 3) Informações gerais sobre o Vitiligo; 4) Inventário de Autoestima; 5) PROMIS Nível 1; e 6) PROMIS Nível 2 de Depressão. As questões foram apresentadas de forma sucessiva até a conclusão do instrumento, seu conteúdo geral pode ser apreciado no Anexo 2.

Ao final do instrumento foram apresentadas orientações finais, agradecimentos pela participação, uma solicitação para que os participantes confirmassem interesse em participar, ou não, de futuras pesquisas relacionadas ao tema. Caso tivesse interesse, foi solicitado que disponibilizasse informações pessoais para contato posterior. Além disto, foi disponibilizado um *link* com o Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia, no verbete Vitiligo. Neste portal estão fornecidas informações gerais sobre a doença e áreas para acesso sobre informações de profissionais da área, em todas as regiões do País, ligados a esta associação.

As informações enviadas foram disponibilizadas automaticamente em planilha excel, contendo os dados brutos para cada um dos participantes. Num primeiro momento, os dados foram examinados para identificar se existiriam casos de duplos envios, ou seja, questionários encaminhados na mesma data e em horário próximo, apresentando coincidência em 100% das informações; nenhum caso foi identificado com esta característica. Os resultados individuais foram escrutinados, sendo excluídos 03 questionários por não atenderem a algum dos critérios de inclusão (um respondendo indicou ser do sexo masculino; uma declarava ter manchas, mas

nunca ter recebido diagnóstico profissional; e, um terceiro indicou ter recebido diagnóstico de um farmacêutico). Desta forma, foram analisados 117 dos 120 questionários encaminhados. Todos os instrumentos utilizados foram corrigidos considerando as normas estabelecidas para a obtenção dos seus escores. Cada informação foi computada separadamente.

Uma fórmula foi elaborada para gerar um indicador de *Incômodo Total*, considerando as três áreas organizadas por sua maior ou menor exposição social, a saber:

$$IT_n = (\sum IR_n / R_n) / S_n$$

Incomodo total na área = (Somatória do incomodo relativo da área / Quantidade de Regiões que Compõem a área) / Superfície relativa da área

Onde,

n= ÁREA AVALIADA;

$\sum IR$ = **INCOMODO RELATIVO**: OBTIDO PELA SOMATÓRIA DO INCOMODO ATRIBUÍDO PARA CADA UMA DAS REGIÕES CORPO QUE COMONHAM A ÁREA AVALIADA;

S_n = **SUPERFÍCIE CORPORAL CORRESPONDENTE** = PROPORÇÃO DA SUPERFÍCIE RELATIVA ATRIBUÍDA ÀS DIFERENTES ÁREAS CORPORAIS (AREA NÍVEL 1 =10% DA SUPERFÍCIE CORPORAL; AREA NÍVEL 2= 45%; AREA NÍVEL 3 CORRESPONDE A 45).

R_n = **REGIÕES QUE COMPÕEM A ÁREA** = QUANTIUDADE DE REGIÕES QUE COMPÕE CADA ÁREA (NÍVEL 1, 2 E 3, RESPECTIVAMENTE 4, 9 E 10 ÁREAS)

As análises estatísticas, descritivas e inferenciais, foram realizadas através do *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 20,0.

RESULTADOS

O *Teste Kolmogorov-Smirnov para uma amostra* indicou que as variáveis *idade*, *idade de aparecimento das manchas*, *autoestima*, *depressão* e *incômodo na área 1* apresentaram uma curva de distribuição normal; as demais variáveis analisadas não apresentaram uma distribuição normal na amostra, a saber: *cor da pele*, *estado civil*, *escolaridade*, *tempo que*

convive com as manchas, renda familiar, número de transtornos sinalizados com de cuidado em saúde mental no Promis 1, incomodo atribuído na área 2 e área 3.

Na Tabela 1 podemos examinar a frequência e porcentagem da faixa etária, estado civil, cor da pele, escolaridade, renda familiar e região de residência dos participantes. A idade dos participantes variou de 16 a 64 anos, sendo a maioria solteira (41%), autorefenciando-se como brancas ou pardas (89,7%). 85,4% das participantes tinham escolaridade de ensino médio completo ou superior, sendo que 55,5% desta amostra estava cursando formação em nível superior ou já o havia concluído. Entretanto, 72,6% dos participantes declararam que a renda familiar seria igual ou inferior à 6 salários mínimos; 39,3% declararam renda de 3 salários ou menos. 73 participantes (62,4% da amostra) declararam alguma forma de endereço para contato, sendo que destes 57 (78,1%) explicitava a Cidade e Estado da Federação de origem. Foram identificados residentes de todas as Regiões do território nacional, a saber: Região Sudeste (56,1%), Nordeste (14,0%), Sul (12,3%), Centro Oeste (10,5%) e Norte (7,0%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.

Variável	Nível	Frequência	Porcentagem (%)
Faixa Etária	11-20	09	7,7
	21-30	33	28,2
	31-40	40	34,2
	41-50	25	21,4
	51 ou mais	10	8,5
Estado Civil	Solteira	48	41,0
	Casada	42	35,9
	Divorciada	24	20,5
	Viúva	03	2,6
Cor da Pele	Branca	64	54,7
	Parda	41	35,0
	Preta	08	6,8
	Amarela	04	3,4
Escolaridade	Fundamental Incompleto	03	2,6
	Fundamental completo	01	0,8
	Médio Incompleto	12	10,3
	Médio Completo	35	29,9
	Superior Incompleto	24	20,5
	Superior Completo	22	18,8
	Pós-Graduação	19	16,2
	Não sei informar	01	0,8
Renda Familiar (R\$)*	Até 788,00	09	7,7
	788,01 até 2364,00	37	31,6
	2.364,01 até 4.728,00	39	33,3
	4.728,01 até 7.092,00	18	15,4
	7.092,01 até 9.456,00	05	4,3
	9.456,01 ou mais	09	7,7
Região de Residência (n=57)	Norte	04	7,0
	Nordeste	08	14,0
	Centro Oeste	06	10,5
	DF (01)		
	Sul	07	12,3
	Sudeste	32	56,1
	São Paulo (18)		
Minas Gerais (09)			
	Rio de Janeiro (05)		

*Salário Mínimo Referência: R\$ 788,00

Vivência com a doença

A Tabela 2 apresenta frequência e porcentagem relativas a informações relativas à vivência com a doença: 1) idade do surgimento das manchas; 2) tempo de convívio com a doença; 3) tratamentos já realizados; e, 4) uso de tratamentos cosméticos.

Tabela 2 – Frequência e Porcentagem de algumas relativas ao convívio com a doença. O sombreado destaca os itens com maiores indicadores de ocorrência.

Características	Frequência	Porcentagem (%)
Idade no Surgimento das Manchas		
Até 10	32	27,4
11-20	39	33,3
21-30	24	20,5
31-40	18	15,4
41-50	4	3,4
Tempo de Convívio com a Doença		
Até 10	49	41,9
11-20	31	26,5
21-30	20	17,0
31-40	16	13,7
41-50	1	0,9
Tratamentos Realizados		
Remédios via oral prescritos	82	70,0
Pomadas e loções prescritas	75	64,1
Remédios não prescritos	48	40,0
Pomadas e loções não prescritas	30	25,6
Psicoterapia	18	15,4
Tratamentos por laser e fototerapia	10	8,5
Outros	11	9,4
Nenhum	01	0,9
Cosméticos de Uso Diário		
Protetor Solar	86	73,5
Crems para corpo ou para rosto	71	60,7
Maquiagem	52	44,4
Outros	03	2,6
Nenhum	03	2,6

Na Tabela 2 observamos que a maioria das participantes observou o surgimento de manchas com 20 anos ou menos (60,7%), tendo convivido com a doença a pelo menos 10

anos (41,9%). Uma parte representativa da amostra realizou algum tipo de tratamento sob prescrição médica, tanto por medicação por via oral (70%), quanto por uso de pomadas ou loções corporais (64,1%). 40% e 25,6% dos portadores fazem uso de medicamentos (remédios e loções/pomadas, respectivamente) sem prescrição médica. O participante que relata não ter feito tratamento, tinha recebido o seu diagnóstico recentemente. O protetor solar (73,5%), os cremes corporais e faciais (60,7%) e a maquiagem (44,4%) parecem ser recursos cosméticos diários. 115 (98,3%) das participantes relataram ter recebido diagnóstico por especialista médico dermatologista; duas (2,7%) outras receberam diagnóstico inicial por médico Clínico Geral. É interessante notar que somente 15,4% da amostra buscou ajuda na forma de acompanhamento psicoterapêutico para o problema

Incomodo atribuído

A Figura 2 apresenta, à esquerda, a porcentagem da incidência de manchas nas diferentes regiões corporais examinadas, considerando as três diferentes áreas sistematizadas. Na amostra, 16 participantes (13,7%) indicaram manchas em todas as regiões avaliadas; 05 deles apresentavam manchas em uma única região (4,3%). 73% dos participantes relatam apresentar manchas na região do escalpo e da parte posterior da cabeça; a menor incidência foi identificada na região da panturrilha (27%). Podemos examinar, na porção direita da Figura 2, a distribuição do *Incomodo Total*, calculado para as três diferentes áreas propostas. No geral, os valores de *Incomodo Total* variaram de zero (0) à 40 pontos. Escrutinando o incomodo atribuído para a *Área Nível 1 (pizza superior)*, podemos observar que 58,1% dos participantes indicaram *incomodo acima de 11 pontos*; estes valores não foram observados nas demais áreas avaliadas. Observamos que 100% e 89,7% dos participantes indicaram escores de 0 a 5 pontos na *Área de Nível 2 e na Área de Nível 3*; na *Área de Nível 1* estes valores foram obtidos para somente 22,2% da amostra.

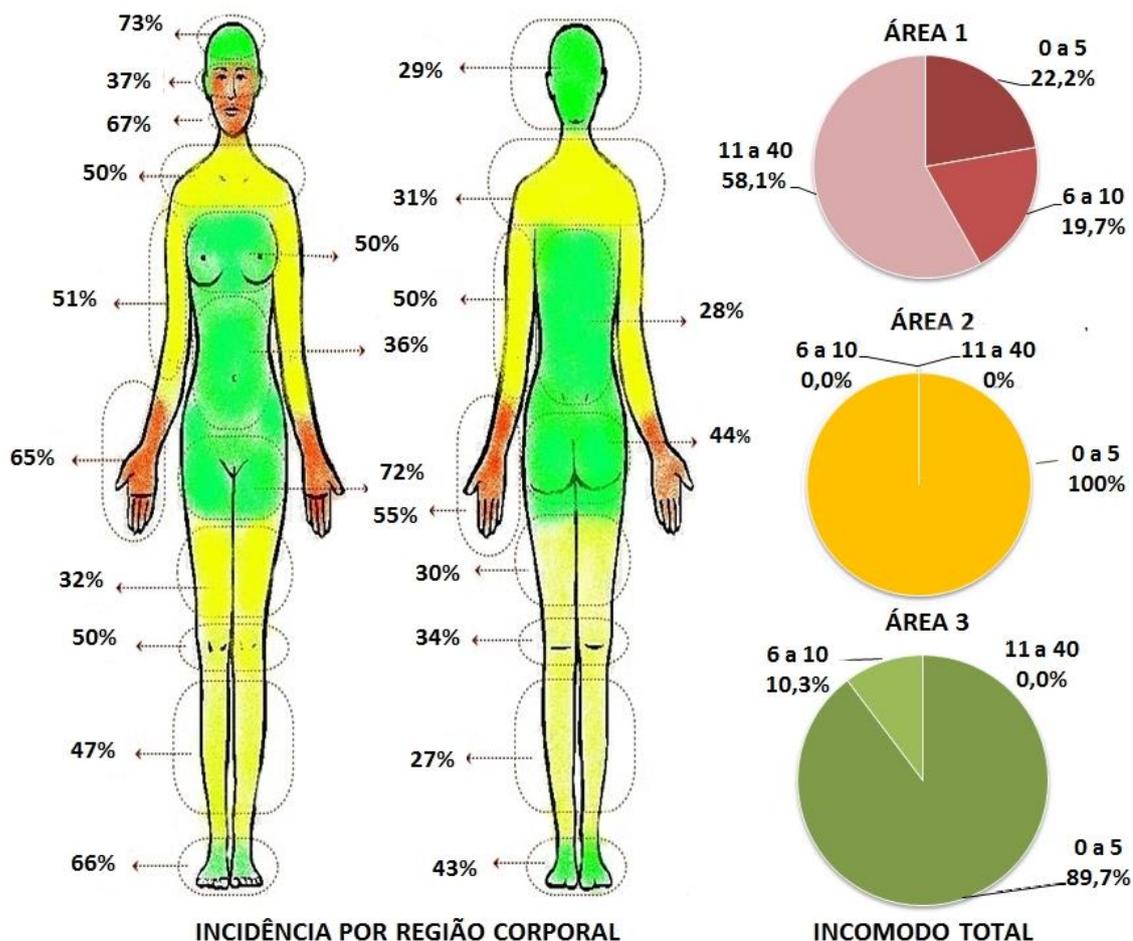


Figura 2 – Porcentagem de incidência de manchas por região corporal investigada e do incomodo total identificado, para as três diferentes áreas de exposição social sistematizadas.

O Teste *T* por amostra em pares, *two tailed*, mostrou que o incomodo apontado para a Área 1 foi significativamente maior do que aquele atribuído para a Área 2 [$t(115)=14,0$, $p<0,000$] e para a Área 3 [$t(116)=14,2$, $p<0,000$]; além disto, os valores observados na Área 3 forem identificados como significativamente maiores que aqueles observados na Área 2, [$t(115) = -7,6$, $p<0,000$].

A Tabela 3 apresenta análises referentes às regiões de maiores ou menores incomodo atribuído, nas diferentes áreas investigadas. Para cada região podemos examinar o número de participantes que indicaram manchas na área (N), a média e desvio padrão (DP) do incomodo atribuído, a frequência e porcentagem de participantes que indicaram não apresentar incomodo algum na região apontada (Zero) e aqueles que indicaram escores igual ou superior

a 4. O incomodo atribuído variava de 0 à 5 pontos; um único participante indicou o maior escore de incomodo (5), para cinco (5) das vinte e três áreas nas quais apresentava mancha. Manchas na região da *boca* receberam as maiores atribuições de desconforto, com 38% dos portadores de manchas nesta área indicando escore de 4 a 5; manchas no abdomen e nas costas foram apontadas como produzindo indicador de desconforto menores (1,90 e 1,97, respectivamente).

Tabela 3 – Regiões com as maiores e menores médias de incomôdo atribuído identificando o número de participantes com manchas na região (N), média e desvio padrão do incomodo atribuído, frequencia e porcentagem de áreas *sem incomodo* (Zero) e com incomodo igual ou superior a 4.

Região		N	Média	DP	Zero (0)		4 ou acima		
					Freq	%	Freq	%	
Regiões com maiores médias de incomodo atribuído									
Área 1									
03	Boca	79	2,78	1,7	07	08,9	30	38,0	
17	Mãos	64	2,48	1,6	08	12,5	22	34,4	
02	Olhos	84	2,48	1,6	11	13,1	48	31,0	
06	Palma mãos	75	2,43	1,7	12	16,0	24	32,0	
Área 2									
10	Coxas	37	2,49	1,4	04	10,8	11	29,7	
12	Pernas	55	2,47	1,6	08	14,5	19	34,5	
05	Braços	59	2,47	1,6	08	13,6	19	32,2	
04	Ombros	57	2,46	1,7	12	21,1	19	33,3	
Área 3									
19	Quadril	51	2,51	1,6	07	13,7	15,0	29,4	
01	Escalpo	43	2,47	1,6	06	14,0	14,0	34,9	
07	Seios	58	2,43	1,6	08	13,8	13,0	22,4	
09	Genital	85	2,40	1,6	14	16,5	24	28,2	
Regiões com menores médias de incomodo atribuído.									
Área 2									
15	Ombros	36	2,00	1,2	08	22,2	08	22,2	
Área 3									
08	Abdomen	42	1,90	1,3	12	28,3	10	23,8	
18	Costas	32	1,97	1,2	09	28,1	07	21,9	

Uma análise bivariante de *Spearman* foi implementada, entre as variáveis sociodemográficas (idade, idade aparecimento mancha, tempo que vive com manchas, cor da pele, estado civil, renda familiar e escolaridade) e o incomodo atribuído para cada. Observou-se que participantes casados apresentaram incomodo positiva e significativamente maior na *Área 1* do que os solteiros ($r=0,33$, $p<0,000$). Naturalmente identificou-se que quanto *maior o tempo de vivencia com as manchas*, maiores o número de áreas afetadas ($r=0,38$, $p<0,000$). Nenhuma correlação significativa foi observada considerando a *cor da pele* ou *renda familiar*.

Autoestima, Saúde Mental & Incomodo atribuído

A Tabela 4 apresenta a frequência, porcentagem, medidas de tendência central (Média e Mediana), desvio padrão, menor e maior valores encontrados, em diferentes medidas de saúde e indicadores emocionais. O sombreado destaca os níveis mais relacionados à cuidado em saúde. Examinando os resultados referentes ao PROMIS 1, podemos observar que 50,4% dos participantes apresentaram indicadores de cuidado em 06 ou mais dos transtornos rastreados. Em média, foram observados sinais de cuidado em 5,8 áreas investigadas pelo instrumento. Os escores obtidos no PROMIS de depressão variaram de 8,0 à 40,0 pontos, com 48,2% dos participantes apresentando indicadores altos de depressão (Moderada à Severa); a variabilidade na amostra foi baixa considerando os valores observados nas medidas de tendência central e baixo desvio padrão. O exame dos escores observados no instrumento de *autoestima* mostrou que 17,9% apresentaram escores relativamente baixos (abaixo de 25 pontos).

Ainda na Tabela 4, os maiores escores de *incomodo* com as manchas foram identificados como relacionados à *Área 1*; a média total de *incomodo relativo* a manchas nas *Áreas 1,2 e 3* foi, respectivamente, de 16,4; 0,9 e 2,3; a Mediana parece apontar que o incomodo relativo a *Área 1* apresenta um escore de incomodo até 10 vezes maior do que nas

outras áreas. Mais do que isto, para todos os intervalos de escores examinados, a média e mediana de *incomodo/desconforto* com as manchas foram visivelmente maiores nesta área; dos 68 escores obtidos acima de 11, todos estavam relacionados às manchas posicionadas nesta área corporal.

Tabela 4 – Média, Desvio padrão, Mediana, Menor e Maior valor para as diversas medidas em saúde mental e condições emocionais, para todos os participantes.

MEDIDAS	n	%	Menor Valor	Maior Valor	Média	DP	M
PROMIS Nível 1							
Total	117	100,0	0,0	13,0	5,8	3,6	6,0
0-5	58	49,6	0,0	5,0	2,6	1,7	3,0
6-13	59	50,4	6,0	13,0	9,0	1,8	9,0
Depressão							
Total	117	100,0	8,0	40,0	20,7	9,4	21,0
Mínima (0-16)	42	35,9	8,0	16,0	10,7	2,5	10,0
Leve (17-22)	25	21,4	17,0	22,0	19,2	2,1	18,0
Moderada (23-32)	36	30,8	23	32	27,1	3,4	27,0
Severa (33-40)	14	12,0	33	40	36,9	2,7	37,5
Autoestima							
Total	117	100,0	16,0	40,0	30,6	5,5	31,0
0-25	21	17,9	16	25	22,0	3,2	23,0
26-40	94	80,3	26	40	32,5	3,9	31,0
Incomodo Total							
Total							
Área 1	117	100,0	0,0	40,0	16,4	12,2	15,0
Área 2	117	100,0	0,0	4,7	0,9	0,8	0,7
Área 3	117	100,0	0,0	8,9	2,3	2,3	1,5
0-5							
Área 1	26	22,2	0,0	5,0	1,3	1,7	0,0
Área 2	117	100	0,0	4,67	0,9	0,8	0,7
Área 3	105	89,7	0,0	5,4	1,6	1,7	1,2
6-10							
Área 1	23	19,7	7,5	10,0	8,9	1,2	10,0
Área 2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Área 3	12	10,3	5,9	8,9	7,4	1,3	6,7
11-40							
Área 1	68	58,1	12,5	40	24,8	8,6	21,3
Área 2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Área 3	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

A Figura 3 apresenta a porcentagem de participantes que apresentaram indicadores de cuidados nos 13 domínios de saúde rastreados pela *Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável* do DSM-5 Adulto. As colunas em preto destacam os indicadores com sinais de cuidado para mais de 50% dos investigados. Os maiores escores de cuidado rastreados foram: *Ansiedade* (82,4%), *Sintomas Somáticos* (68,1%), *Depressão* (66,4%), *Raiva* (58,8), *Mania* (54,6%) e *Funcionamento da Personalidade* (52,1%). Uma análise de correlação de *spearman* entre o indicador de *depressão* neste instrumento e os escores obtidos no *Promis 2 de depressão* mostrou uma correlação positiva, forte e significativa ($r=0,809$, $p<0,000$).

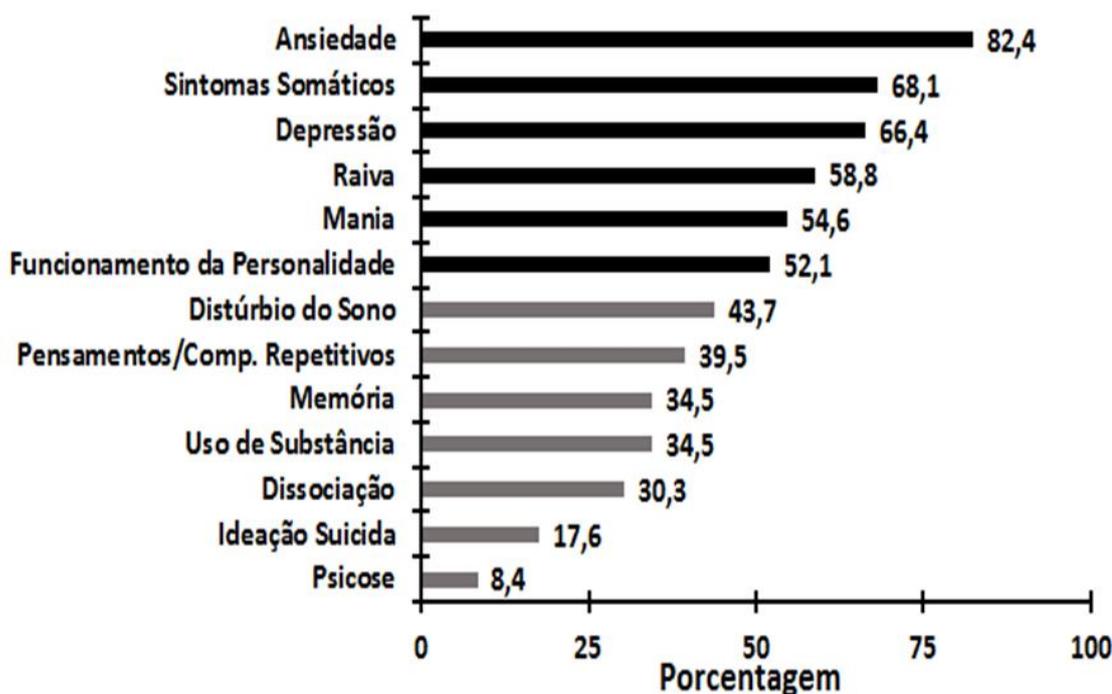


Figura 3. Porcentagem de participantes rastreados nos diferentes domínios do PROMIS Nível 1, como passíveis de maior investigação. Barras escuras indicam aqueles domínios com 50% ou mais dos participantes apresentando sinais de cuidado..

A Tabela 5 descreve a frequência e porcentagem (%) dos participantes que apresentam sinais de cuidado em depressão (Moderada e Severa), seis ou mais itens rastreados no Promis Nível 1 e baixa autoestima (escores variando de 0 a 25), relativos à seus escores nas medidas

gerais de *Autoestima*, depressão e Incomodo nas diferentes áreas. Considerando os escores totais vemos que 42,5% dos participantes apresentam escores de cuidado em depressão, 50,4% indicam 6 ou mais itens a serem rastreados em saúde mental e 17,9% apresenta escore relativo a baixa autoestima. Todos os participantes com escores de baixa auto-estima (0-25) alcançaram valores de depressão *moderada ou severa*, sendo que 85,7% destes apresentavam 6 ou mais indicador de cuidado no Promis Nível 1. Escrutinando os participantes no Promis Nível 1 com mais de 5 itens de cuidado, observamos que 74,6% destes apresentaram escores alto em depressão, sendo que 30,5% apresentava baixa autoestima.

Tabela 5 – Distribuição dos indicadores de cuidado em Depressão (Moderada/Severa), nos Itens do PROMIS Nível 1 (Acima de 5 itens) e Autoestima (0 a 25), nos escores gerais de Autoestima, no Promis e na estimativa de *Incomodo* por área.

	Freq	DEPRESSÃO (Moderada + Severa)		PROMIS (Acima de 5)		AUTOESTIMA (0 a 25)	
		N	%	N	%	N	%
TOTAL	117	50	42,7	59	50,4	21	17,9
Autoestima							
0-25	21	21	100,0	18	85,7		
26-40	94	29	30,9	41	43,6		
PROMIS							
0-5	58	6	10,3			03	5,2
6-13	59	44	74,6			18	30,5
Incomodo							
Área 1							
0-5	26	08	30,8	12	46,2	02	7,7
6-10	23	09	39,1	09	39,1	04	17,4
11-40	68	33	48,5	38	55,9	15	22,1
Área 2							
0-5	117	50	42,7	59	50,4	21	17,9
6-10							
11-40							
Área 3							
0-5	107	43	40,2	50	44,9	19	17,8
6-10	10	7	70,0	09	90,0	02	20,0
11-40							

A Tabela 5 também apresenta a distribuição de participantes por valor de *incomodo atribuído* nas medidas de cuidado recortada. Por exemplo, quando examinamos a atribuição de incomodo na Área 1 podemos observar que 26 participantes indicaram incomodo variando de 0 a 5, 23 indicaram de 6 à 10 e 68 apontarem incomodo de 11 à 40. Dos 26 participantes que indicaram incomodo no menor intervalo (0-5), 08 deles apresentaram escores de depressão moderada ou severa (30,8%), 12 tiveram apresentaram 6 ou mais domínios de cuidado em saúde mental (46,2%) e 02 apresentaram escores de autoestima variando de 0 a 25 (7,7%). Desta forma, a porcentagem de escores indicando *maior cuidado em depressão, maior número de itens no Promis e menor autoestima* foram observados majoritariamente quanto maior o incomodo atribuído, principalmente considerando os participantes com escores acima de 11 pontos na Área 1.

Uma *Análise de Teste T por amostra em pares* foi implementada para investigar a relação entre os escores de *depressão, autoestima, número de domínios de cuidado no Promis I, número total de regiões com manchas* e o *incomodo atribuído nas três (3) áreas*. Esta análise mostrou que quanto maiores os escores de *autoestima*, significativamente menores foram os escores de *depressão* [$r = -0,746, p < 0,000; t(116) = 7,62, p < 0,000$] e o número de *domínios de cuidado no Promis I* [$r = -0,594, p < 0,000; t(116) = 32,51, p < 0,000$]. Observou-se ainda que quanto maior o escore de *depressão*, representativamente maior foi o aumento do *número de domínios de cuidado* [$r = 0,728, p < 0,000; t(116) = 22,41, p < 0,000$].

O *número total de regiões com mancha* não mostrou correlação significativa com *depressão* ($r = -0,05, p < 0,638$), *autoestima* ($r = 0,03, p < 0,739$) e *número de domínios indicando cuidado no Promis I* ($r = 0,00, p < 0,997$). No entanto, a análise estimando a relação entre o *incomodo atribuído* para as diferentes áreas e os *indicadores de saúde mental* mostrou que estas relações foram mais fracas, porém significativas para as áreas 1 e 3. Foi observado que quanto maior a *autoestima*, menor foi o *incômodo atribuído* para essas áreas [*Área 1: r = -*

0,267, $p < 0,004$, $t(116) = 10,45$, $p < 0,000$; Área 3: $r = -0,236$, $p < 0,011$, $t(116) = 47,11$, $p < 0,000$]. Além disto, quanto maior o *incômodo atribuído*, maior seria o *número de frequência de domínios de cuidado* rastreados no Promis 1, para as áreas 1 e 3 [Área 1: $r = 0,274$, $p < 0,003$, $t(116) = -9,81$, $p < 0,000$; Área 3: $r = 0,262$, $p < 0,004$, $t(116) = -10,1$, $p < 0,000$]. A relação entre *depressão* e o *incômodo atribuído* nas diferentes áreas avaliadas mostrou ser significativa nas Área 1 e Área 2; quanto maior a depressão, maiores os valores de incômodo indicados nestas áreas [Área 1 : $r = 0,273$, $p < 0,003$, $t(116) = -3,51$, $p < 0,001$; Área 3 : $r = 0,267$, $p < 0,004$, $t(116) = -22,00$, $p < 0,000$].

Um Modelo Explicativo do Efeito Psicossocial do Vitiligo foi desenvolvido para explicar as interações físicas, psicológicas e sociais que impactam diretamente no bem estar dos portadores (Figura 4, 5, 6 e 7).

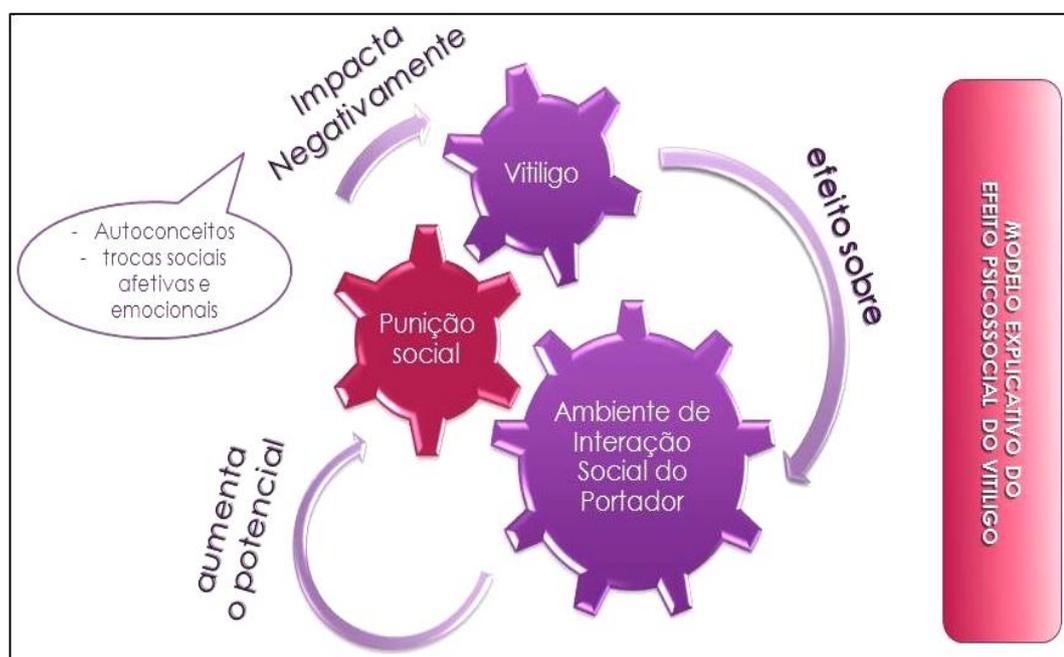


Figura 4 – Modelo explicativo do do efeito do vitiligo sobre o ambiente e seus resultados.

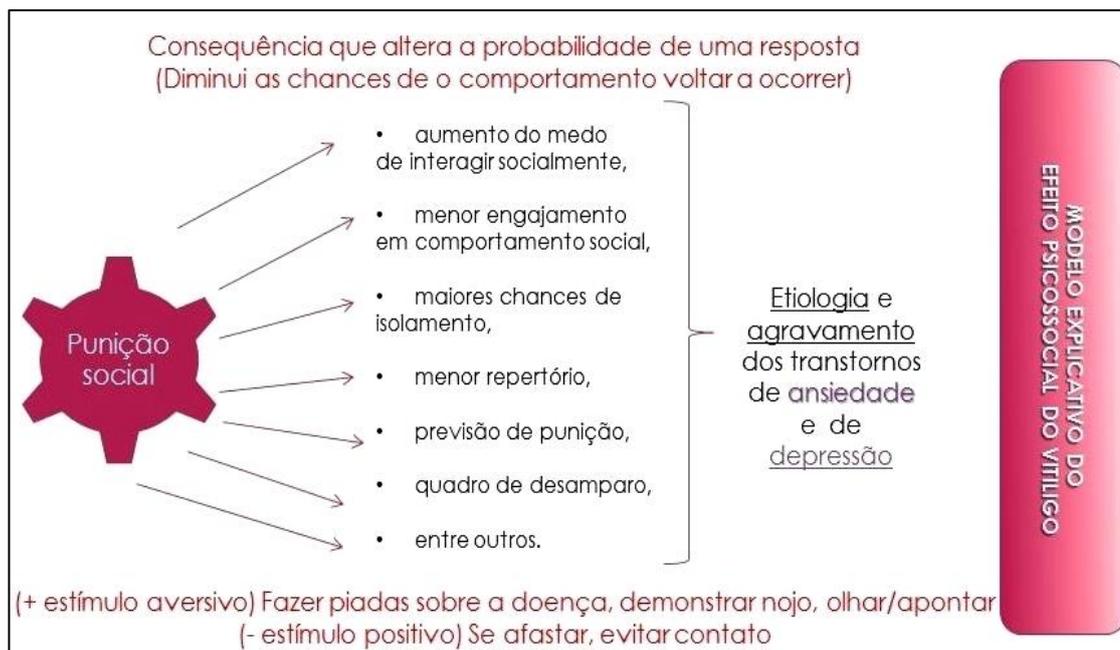


Figura 5 – Modelo explicativo dos efeitos da punição social como etiologia e agravamento de transtornos de ansiedade e depressão.

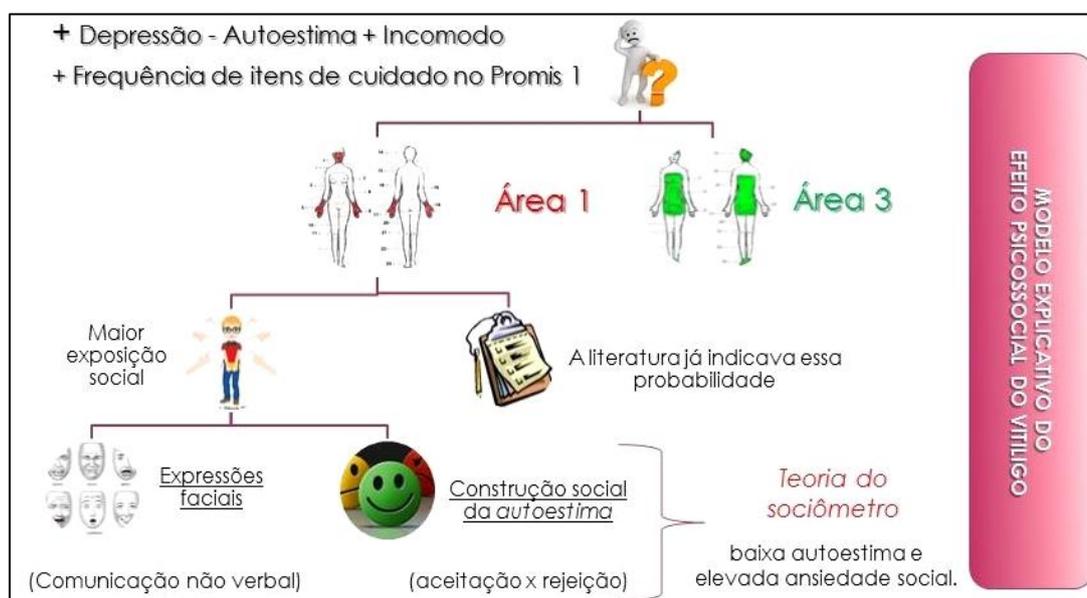


Figura 6 – Modelo explicativo das causas dos maiores scores de depressão, menores scores de autoestima, maiores scores de incomodo e maior frequência de itens de cuidado no Promis 1, associados à incidência de manchas na Área 1.

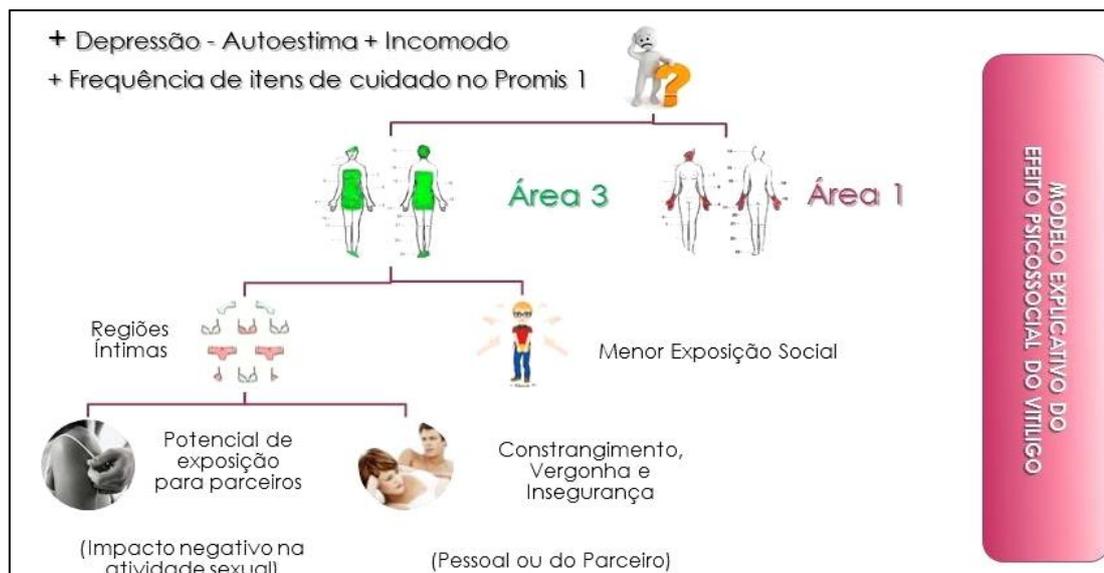


Figura 7– Modelo explicativo das causas dos maiores scores de depressão, menores scores de autoestima, maiores scores de incomodo e maior frequência de itens de cuidado no Promis 1, associados à incidência de manchas na Área 3.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou características de mulheres brasileiras portadoras de vitiligo, particularmente com relação aos indicadores gerais de saúde mental, incidência de depressão, aspectos relativos à autoestima e descrições gerais sobre sua vivência com a doença. Os resultados mostraram que na população examinada foi observada uma prevalência de 50,4% de domínios indicando morbidades psiquiátricas, com 42,8% apresentando sinais de cuidado em *depressão*. Todas participantes com indicadores de baixa autoestima (21 das 117), mostraram escores de cuidado em depressão (moderada ou severa), sendo que 85,7% destas apresentaram possíveis comorbidades com 6 ou mais domínios em saúde mental. Como em diversos estudos internacionais (Ajose, et al., 2014; Balaban, et al., 2011; Chan, et al, 2011), pacientes com vitiligo apresentaram indicadores relativos a diferentes transtornos mentais; em particular, replicando a presença significativa de depressão e de ansiedade. Estes resultados também replicam aqueles observados em estudo brasileiro (Taborda et al, 2005;

Correia et al., 2013), no qual a medida de *sofrimento psíquico* incluía vários dos domínios avaliados pelo *Promis I* (ex, insônia, problemas de memória, raiva, sintomas somáticos).

A prevalência da depressão observada nas pacientes com vitiligo (42,8%) deste estudo apresenta um valor duas vezes maior do que aquela que seria esperada em uma população geral, usuária de Unidade da Saúde, com quadros de patologias em geral (prevalência de 23,9%; Molina, et al, 2012). Este resultado também replica aqueles descritos em estudos internacionais (Ajose, et al., 2014; Balaban, et al., 2011; Chan et al., 2011; Noh, et al., 2013; Porter, et al., 1986) e nacionais (Lopes, 2007; Talborda et al., 2005). No entanto, vale salientar que os estudos utilizaram instrumentos distintos para avaliar a presença das condições investigadas. Em futuras investigações talvez valesse a pena procurar utilizar instrumentos similares aqueles utilizados nas pesquisas examinadas (ex., HADS, BAI, BDI, entre outros). Pode ser que este cuidado metodológico possa facilitar a comparação entre os diferentes estudos, mesmo em sua realidade transcultural.

Parece existir uma relação entre atribuição de incomodo entre área mais expostas (como o rosto) e a presença de indicadores de baixa autoestima, cuidado em depressão e comorbidade psiquiátrica. Estes resultados replicam parcialmente aqueles descritos por Mufaddel e colaboradores (2014). Estes autores apresentaram uma relação significativa entre presença de manchas no rosto e uma maior comorbidade psiquiátrica e menor autoestima. Além disto, outros estudos apontaram que os maiores escores de maior cuidado pareciam estar relacionados a presença de manchas no rosto ou áreas íntimas (Balaban et al., 2011); esses mesmos dados foram encontrados no presente estudo, uma vez que as manchas na Área 1 (que inclui a região do rosto) e na Área 3 (que inclui as regiões íntimas) atingiram relativamente escores altos de incomodo/constrangimento social. De fato, para todas as áreas, as regiões que apresentaram maiores indicadores de desconforto parece ter um relativo

potencial de exposição social para o público em geral (ex. olhos, boca, pés, mãos, etc) ou potenciais parceiros (ex. genital, quadril, seios, etc.).

Embora seja necessário ampliar a investigação sobre como as manchas no rosto ou em áreas expostas afetam as condições psicossociais, este resultado não parece ser surpreendente quando consideramos a função das expressões sociais nas relações interpessoais. *Expressões faciais da emoção* têm sido apontadas como poderosos estímulos nas análises das interações sociais; indivíduos aparentemente usam estas expressões para identificar perigos comuns, evitar conflitos, monitorar reações emocionais de parceiros, ajustarem seu comportamento dependendo das reações de outrem, aprender a descrever verbalmente emoções, entre outros. (Ekman, Sorensen & Friesen, 1969; Ekman & Friesen, 1971; Russell, Bachorowski, & Fernandez-Dols, 2003; Spoor & Kelly, 2004; Waller, Cray jr., & Burrows, 2008). A expressão facial parece ser objeto de constante avaliação através de processos evolutivamente selecionados, sendo uma parte do corpo que comunica ao observador, em um espaço relativamente curto de tempo, um montante representativo de informações. Estudos apontam que não somente observamos cuidadosamente mudanças faciais, como respondemos a elas de forma diferenciada e, em alguma medida, incondicionada (Andrew, 1963; Dimberg, Thunberg, & Elmehed, 2000; Dimberg, Thunberg, & Grunedal, 2002; Hansen & Hansen, 1988; Öhman, Lundqvist, & Esteves, 2001). Desta forma, não parece surpreendente que alterações ou mudanças na pele que recobre a área facial, particularmente olhos e boca, possam representar elementos importantes neste poderoso elemento de comunicação não-verbal (Figura 6). Se considerarmos o modelo de construção social da *autoestima* como um elemento avaliativo e moderador das interações sociais, pode ser que seja necessário considerarmos o impacto deste elemento num “modelo explicativo do efeito psicossocial do vitiligo” (ou de outras patologias que afetam estas regiões), modelo que foi proposto neste estudo e pode ser apreciado nas Figuras 5, 6, 7 e 8.

Desta perspectiva pode ser que o efeito do vitiligo deva ser considerado não por sua nocividade ao organismo do portador e sim pelo seu efeito sobre o ambiente em que o portador de vitiligo está inserido; ou seja, o vitiligo produz uma dimensão de interação social que aumentaria o potencial de punição social, impactaria negativamente sobre dimensões de autoconceitos e afetaria condições nas trocas sociais afetivas e emocionais (Figura 4). Uma vez que as relações sociais estão sendo punidas, há um aumento do medo de interagir socialmente, menor engajamento em comportamento social, maiores chances de isolamento, menor repertório, previsão de punição, quadro de desamparo, entre outros. Essas consequências, per si, também poderiam estar relacionadas com de etiologia e agravamento dos transtornos de ansiedade e de depressão. Investigações nesta direção, possivelmente, poderá ajudar a entender, entre outros fatores, porque o vitiligo produziria impactos emocionais e psicossociais similares em condições culturais e sociais tão diversas (Figura 5). Adicionalmente, em estudos posteriores valeria a pena ampliar a coleta incluindo outras medidas, tais como indicadores de ansiedade e de estresse, particularmente *ansiedade social*.

Embora a vitiligo não produza impactos fisiológico que cause danos severos à saúde física, os impactos produzidos nas dimensões psicológicas e afetivas parecem indicar a importância de avaliar e intervir no cuidado desta dermatose, incluindo cuidados psicoterápicos e em saúde mental. Esta indicação foi apontada por profissionais do Reino Unido que avaliaram protocolos de cuidado do vitiligo (Eleftheriadou, Whitton, Gawkrödger, Batchelor, Corne. Lamb, et al., 2011); no entanto, foi apontada e defendida por profissionais trabalhando com populações das diversas nacionalidades, a saber: pacientes na Turquia (Balaban, et al, 2011), Nigéria (Ajose, et al., 2014), Singapura (Chan, et al., 2011), Emirados Árabes (Mufaddel, et al, 2014), Paquistão (Bashir, et al., 2010), entre outros. No entanto, é interessante notar que somente 15,4% da amostra investigada procurou algum cuidado

psicoterapêutico para lidar com a patologia. Estes resultados parecem apontar que valeria a pena ampliar as condições de avaliação e de cuidado de aspectos psicossociais no cuidado com o portador de vitiligo.

Embora as informações tenham sido coletadas utilizando uma forma relativamente nova de coleta (questionário google docs), acreditamos que sistematiza informações válidas ao constatarmos: 1) o número de participante pelo tempo de coleta; 2) a diversidade de origem da amostra investigada; e, 3) a apresentação voluntária de formas de contato presencial por mais de 70 participantes, demonstrando interesse no tema e compromisso em manter contato.

REFERÊNCIAS

- Ajose, F.O.A., Parker, R.A., Merrall, E.L.C., Adewuya, A.O., & Zachariah, M.P. (2014). 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*, 28, 925-932. DOI: 10.1111/jdv.12216.
- AlGhamdi, K.M. (2010). Beliefs and perceptions of Arab vitiligo patients regarding their condition. *International Journal of Dermatology*, 49, 1141-1145.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L., Walters, E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment área in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (7), 316-325.
- Andrew, R.J. (1963). Evolution of facial expression. *Science*, 142, 1034-1041.
- Balaban, Ö.D., Atagün, M.I., Özgüven, H.D., & Özsan, H.H. (2011). Psychiatric in patients with vitiligo. *The Journal of Psychiatric and Neurological Science*, 24, 306-313. DOI: 10.5350/DAJPN2011240406.
- Bashir, K., Dar, N.R., & Rao, S.U. (2010). Depression in adult dermatology outpatients. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 20 (12), 811-813,

- Castro, N. F. C., Rezende, C. H. A., Mendonça, T. M. S., Silva, C. H. M. & Pinto, R. M. C. (2014). 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*, 30, 879-884.
- Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17, 2-12.
- Chan, M.F., Chua, T.L., Goh, B.K., Aw, C.W.D, Thng, T.G.S., & Lee, S.M. (2011). Investing factors associated with depression of vitiligo patients in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1614-1621. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03777.x
- Choi, S., Kim, D.Y., Whang, S.H., Lee, J.H., Hann, S.K., & Shin, Y.J. (2010). Quality of life and psychological adaptation of Korean adolescents with vitiligo. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 524-529. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2009.03452.x
- Coopersmith, S. (1989). *Coopersmith Self-Esteem Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Correia, K.M.L. & Borloti, E. (2013). Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. *Acta Comportamentalia*, 21 (2), 227-240.
- Dimberg, U., Thunberg, M., & Elmehed, K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *Psychological Science*, 11, 86-89.
- Dimberg, U., Thunberg, M., & Grunedal, S. (2002). Facial reactions to emotional stimuli: automatically controlled emotional responses. *Cognition & Emotion*, 16, 449-471.
- Eleftheriadou, V., Whitton, M.E., Gawkrödger, D.J., Batchelor, J., Corne, J., Lamb, B., Ersser, S., Ranvenscroft, J., & Thomas, K.S. (2011). Future research into the treatment of vitiligo: where should our priorities lie? Results of the vitiligo priority setting partnership. *British Journal of Dermatology*, 164, 530-536. DOI 10.1111/j.1365-2133.2010.10160.x
- Ekman, P., Sorensen, E.R., & Friesen, W.V. (1969). Pan-cultural elements in facial displays of emotion. *Science*, 164, 86-88.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- Folks, D.G., & Warnock, J.K. (2001). Psycocutaneous disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 219-225.

- Gazzaniga, M. S., & Heatherton, T. F. (2005). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Guilhardi, H.L., & Banaco, R.A. (2001). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clínica. *Sobre comportamento e cognição*, 1, 316-331.
- Halder, R. M., & Chappell, J. L. (2009). Vitiligo update. *Seminars in cutaneous medicine and surgery*, 28, 86-92. doi:10.1016/j.sder.2009.04.008.
- Hansen, C. & Hansen, R. (1988). Finding the face in the crowd: An anger superiority effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 917-924
- Hutz, C. S. (2000). *Adaptação brasileira da escala de autoestima de Rosenberg*. Dissertação defendida junto ao curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49.
- Kadyk, D., McCarter, K. & Achen, F. (2003). Quality Of Life in patients with allergic contact dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 49 (6), 1037-1048
- Kent, G. & Keohane, S. (2001). Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 23-34.
- Kieć-Swierczyńska, M., Dudek, B., Krecixz, B., Swierczńska-Machura, D., Dudek, W., Garnczarek, A., & Turczyn, K. (2006). The role of psychological factors and psychiatric disorders in skin diseases. *Medical Procedures*, 57,551-555.
- Krüger, C. & Schallreuter, K.U. (2015). Stigmatisation, avoidance behavior and difficulties in coping are common among adult patients with vitiligo. *Acta Dermato-Venereologica*, 95 (5), 553-558. DOI: 10.2340/00015555-1981.
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of personality and social psychology*, 68 (3), 518.

- Lopes, C. (2007). *Abordagem psicossocial de uma população de indivíduos com vitiligo: avaliação de depressão, ansiedade e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo, Brasil.
- Lupi, O. (2013). *Doutor, eu tenho vitiligo*. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica.
- Molina, M. R.A.L., Wiener, C.D., Branco, J.C., Jansen, K., Souza, L.D.M., Tomasi, E., Silva, R.A., & Pinheiro, R.T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39 (6), 194-197.
- Mufaddel, A., & Abdelgani, A.E. (2014). Psychiatric comorbidity in patients with psoriasis, vitiligo, acne, eczema, and group of patients with miscellaneous dermatological diagnoses. *Open Journal of Psychiatry*, 4, 168-175.
- Nogueira, L. S. C., Zancanaro, P. C. Q., & Azambuja, R. D. (2009). Vitiligo and emotions. *Anais brasileiros de dermatologia*, 84(1), 41-45.
- Noh, S.N., Kim, M. Park, C.O., Hann, S.K., & Oh, S.H. (2013). Comparison of the psychological impacts of asymptomatic and symptomatic cutaneous diseases: vitiligo and atopic dermatitis. *Annals of Dermatology*, 25 (4), 454-461.
- Öhman, A., Lundqvist, D., & Esteves, F. (2001). The face in the crown revisited: A threat advantage with schematic stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 381-396.
- Ongenaes, K., Dierckxsens, L., Brochez, L., van Geel, N., & Naeyaert, J.M. (2005). Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effects of the use of camouflage. *Dermatology*, 210, 279-285. DOI: 10.1159/000084751
- Porter, J. R, Beuf, A. H., Lerner, A. B., & Nordlund, J. J. (1986). 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*, 15(2), 220-224.
- Porter, J. R., Beuf, A. H., Lerner, A. B., & Nordlund, J. J. (1990). The effect of vitiligo on sexual relationships. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 22(2), 221-222.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Russell, J.A., Bachorowski, J., & Fernandez-Dols, J. (2003). Facial and vocal expressions of emotion. *Annual Review of Psychology*, 54, 329-349.
- Skinner, B. F. (1991). *Questões Recentes na Análise Comportamental* (5ª ed.). Campinas: Ed. Papyrus. (Tradução do original em inglês de 1989, Merrill Publishing Company).
- Waller, B.M., Cray Jr., & Burrows, A.M. (2008). Selection for universal facial emotion. *Emotion*, 8 (3), 435-439.
- Spoor, J.R. & Kelly, J.R. (2005). The evolutionary significance of affect in groups: communication and group bonding. *Group Processes and Intergroup Relations*, 7, 398-412.
- Steiner, D., Bedin, V., Moraes, M. B., Villas, R. T., & Steiner, T. (2004). Vitiligo. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79, 335-351.
- Taborda, M. L. V. V., Weber, M. B., & Freitas, E. S. (2005). Avaliação da prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80 (4), 351-354.
- Vale, E.C.S. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(1), 9-19.

ANEXOS

ANEXO 1

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O vitiligo é uma doença de pele caracterizada pelo aparecimento de manchas brancas provocada pela despigmentação da pele, e chega a atingir até 2% da população, principalmente mulheres. Embora muitos médicos a considerem somente uma alteração estética, acarreta um profundo efeito psicológico no portador, sofrimento psíquico que em grande parte é negligenciado. Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que busca investigar, na população de mulheres brasileiras, o impacto do vitiligo nos comportamentos, crenças e sentimentos de sua portadora. O projeto desenvolvido faz parte da formação de mestrado da pesquisadora Larissa Pires Ruiz, mestranda 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. Buscamos com isto ampliar o conjunto de conhecimento sobre os processos psicológicos envolvidos neste quadro, próprios da realidade feminina brasileira.

A pesquisa envolve o preenchimento de um conjunto de questões que visam identificar o perfil das mulheres portadoras de vitiligo; emoções, sentimentos e auto-conceitos (ex. autoestima, autoconfiança, auto-imagem) específicos do portador desta patologia; descrever as condições de sofrimento físico e psicológico envolvidos na vivência e tratamento do quadro. Esperamos que a pesquisa venha a: 1 - ajudar a construir um conhecimento apropriado e voltado para a realidade brasileira, identificando os fatores determinantes nesta relação entre bem-estar psicológico e o vitiligo; 2 - desenvolver conhecimento que se mostre protetivo e preventivo do mesmo; 3 - sendo este um tema de impacto psicológico, porém pouco explorado, esta pesquisa também visa estimular estudos futuros e preencher a lacuna de conhecimento existente.

Embora seja muito bom poder contar com sua participação, gostaríamos de enfatizar que ela não é obrigatória; sendo sua participação voluntária, deve ficar claro que a qualquer momento você pode desistir da atividade, recusando-se a responder quaisquer questões ou retirando seu consentimento de participação. Caso você pare de responder, a qualquer momento, não concluindo os instrumentos, entenderemos que você desistiu de sua participação, retirando seu consentimento; suas respostas dadas anteriormente não serão analisadas. Interromper ou desistir da participação na pesquisa não implicará em perdas ou eventuais problemas em relação à pesquisadora, a UFSCar ou à qualquer pessoa ou instituição envolvidas na mesma. 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.

Ao responder questões tão pessoais, é possível identificar ou reviver alguns sofrimentos pessoais e afetivos. Caso este sofrimento se mostre muito intenso, recomendamos a interrupção da atividade e seria importante você procurar ajuda de um médico ou psicólogo. Caso queira falar sobre esta vivência com as pesquisadoras, entre em contato com as responsáveis utilizando o endereço eletrônico disponibilizado.

Você pode (e deve) salvar uma cópia deste termo no seu computador; uma cópia do mesmo será arquivada pelos pesquisadores. Dúvidas, reclamações ou denúncias sobre o projeto poderão ser encaminhadas diretamente à pesquisadora (Larissa Pires Ruiz), sua orientadora (Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos (cephumanos@ufscar.br), nos endereços disponibilizados abaixo.

Desta forma, ciente e de acordo com o que me foi exposto acima, EU declaro estar ciente de:

- 1) Estou informado (a) e esclarecido(a) acerca dos objetivos e procedimento da pesquisa;
 Concordo Discordo
- 2) 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)
 Concordo Discordo
- 3) Entendo que poderei desistir de minha participação a qualquer momento, sem nenhum ônus;
 Concordo Discordo
- 4) Autorizo a divulgação e publicação das informações, desde que mantido o sigilo e anonimato;
 Concordo Discordo
- 5) Entendo que não sou obrigado a dar resposta todas as informações mas, minhas respostas tentarão ser as mais fidedignas e verdadeiras possíveis.
 Concordo Discordo

	CONTATO PARA INFORMAÇÕES E DENÚNCIAS
--	--------------------------------------

ANEXO 2

Instrumento (Versão Completa)

Anexo 2

QUESTIONÁRIO COMPLETO USADO COMO INSTRUMENTO Vivências de Mulheres com Vitiligo

*Obrigatório

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

O vitiligo é uma doença de pele caracterizada pelo aparecimento de manchas brancas provoca da pela despigmentação da pele, e chega atingir até 2% da população, principalmente mulheres. Embora muitos médicos a considerem somente uma alteração estética, acarreta um profundo efeito psicológico no portador, sofrimento psíquico que em grande parte é negligenciado. Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que busca investigar, na população de mulheres brasileiras, o impacto do vitiligo nos comportamentos, cognições e sentimentos de sua portadora. O projeto desenvolvido faz parte da formação de mestrado da pesquisadora Larissa Pires Ruiz, mestranda 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. Buscamos com isto ampliar o conjunto de conhecimento sobre os processos psicológicos envolvidos neste quadro, próprios da realidade feminina brasileira. A pesquisa envolve o preenchimento de um conjunto de questões que visam identificar o perfil das mulheres portadoras de vitiligo; emoções, sentimentos e autoconceitos (ex. autoestima, autoconfiança, autoimagem) específicos do portador desta patologia; descrever as condições de sofrimento físico e psicológico envolvidos na vivência e tratamento do quadro. Esperamos que a pesquisa venha a: 1 - ajudar construir um conhecimento apropriado e voltado para a realidade brasileira, identificando os fatores determinantes nesta relação entre bem estar psicológico e o vitiligo; 2 - desenvolver conhecimento que se mostre protetivo e preventivo do mesmo; 3 - sendo este um tema de impacto psicológico, porém pouco explorado, esta pesquisa também visa estimular estudos futuros e preencher a lacuna de conhecimento existente. Embora seja muito bom poder contar com sua participação, gostaríamos de enfatizar que ela não é obrigatória; sendo sua participação voluntária, deve ficar claro que a qualquer momento você pode desistir da atividade, recusando-se a responder quaisquer questões ou retirar seu consentimento de participação. Caso você pare de responder, a qualquer momento, não concluindo os instrumentos, entenderemos que você desistiu de sua participação, retirando seu consentimento; suas respostas dadas anteriormente não serão analisadas. Interromper ou desistir da participação na pesquisa não implicará em perdas ou eventuais problemas em relação à pesquisadora, a UFSCar ou à qualquer pessoa ou Instituição envolvidas na mesma. Os dados obtidos são confidenciais e serão mantidos em sigilo pelas responsáveis por este projeto, podendo ser disponibilizados a

o seu 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. Ao responder questões tão pessoais, é possível identificar ou reviver alguns sofrimentos pessoais e afetivos. Caso este sofrimento se mostre muito intenso, recomendamos a interrupção da atividade e seria importante você procurar ajuda de um médico ou psicólogo. Caso queira falar sobre esta vivência com as pesquisadoras, entre em contato com as responsáveis utilizando o endereço eletrônico disponibilizado. Você pode (e deve) salvar uma cópia deste termo no seu computador; uma cópia do mesmo será arquivada pelos pesquisadores. Dúvidas, reclamações ou denúncias sobre o projeto poderão ser encaminhadas diretamente à pesquisadora (Larissa Pires Ruiz), sua orientadora (Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (cephumanos@ufscar.br), nos endereços disponibilizados abaixo. Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis projetovitaligo@gmail.com (016) 3351-8457 Larissa Pires Ruiz projetovitaligo@gmail.com (016) 99222-7784

Concordo

Discordo

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



Entendo que minha identidade será mantida em sigilo, sendo que qualquer material envolvido será de acesso restrito aos pesquisadores; este sigilo deve ser



Concordo

Discordo

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.

Concordei com todos os termos anteriores e quero continuar o questionário:

- Sim
- Não

Continuar »

Vivências de Mulheres com Vitiligo

***Obrigatório**

QUAL SEU SEXO? *

- Feminino
- Masculino

QUAL SUA IDADE? *

ASSINALE A ALTERNATIVA QUE IDENTIFICA A SUA COR OU RAÇA: *

- Branca
- Preta

- Parda
- Amarela
- Indígena

Qual seu estado civil? *

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

QUAL SEU NÍVEL DE INSTRUÇÃO? *

- Sem escolaridade
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Pós Graduação, Especialização, Mestrado ou Doutorado
- Não sei informar

Qual sua renda familiar? *

Qual sua renda individual? *

Qual o numero de pessoas que vivem em sua casa? *

Quantos cômodos tem sua casa? *

Quantos banheiros tem em sua casa? *

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

Qual profissional fez o diagnóstico de vitiligo? *

Se a opção for "Outro", diga quem.

- Dermatologista
- Esteticista
- Maquiador
- Psicólogo
- Outro:

Que tratamentos você já fez? *

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

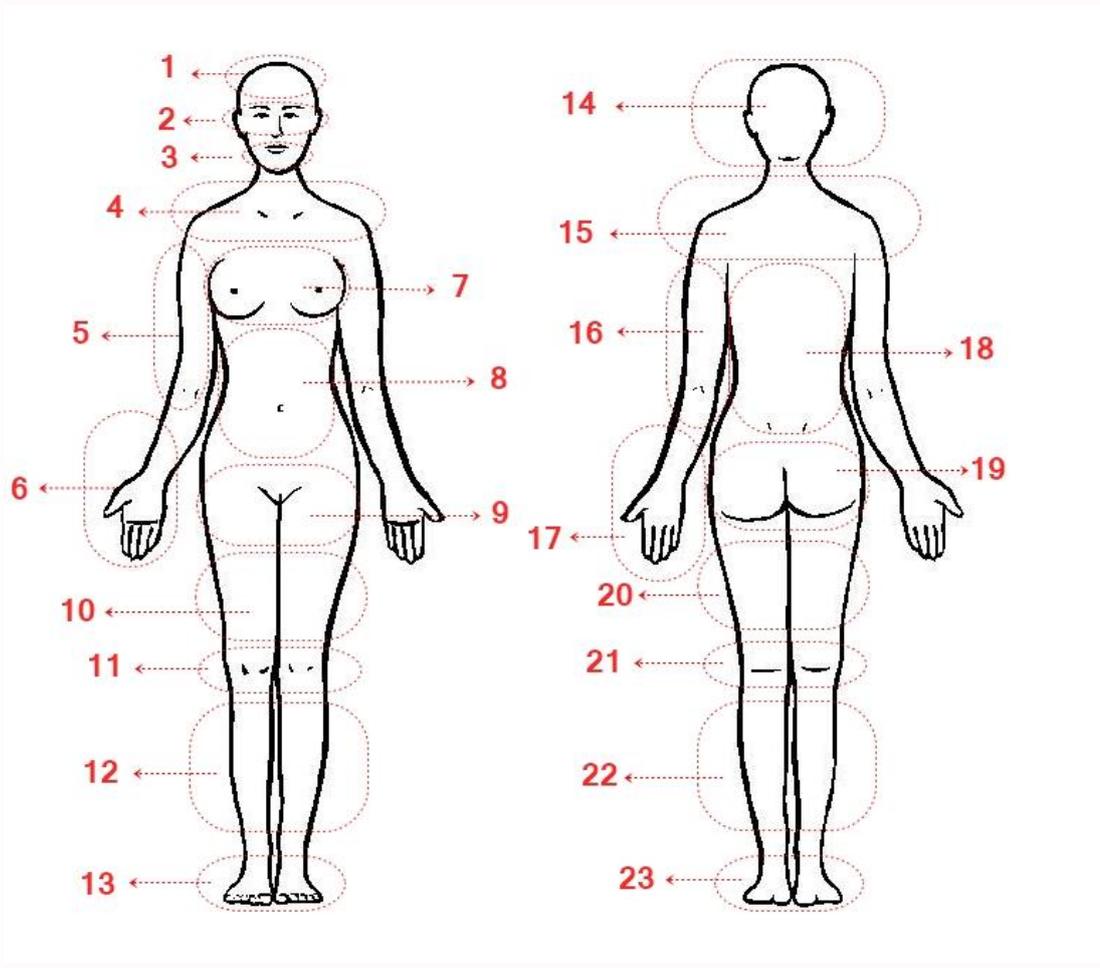
- Remédios via oral prescritos por um médico
- Pomadas e loções prescritas por um médico
- Remédios não prescritos por um médico
- Pomadas e loções não prescritas por um médico
- Tratamentos por laser, fototerapia, etc
- Psicoterapia
- Outro:

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:

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



Em qual dessas áreas do corpo você tem manchas decorrentes do vitiligo? *

Se você não tiver manchas nessa área escolha "Não tenho", se você tiver manchas nessa área escolha numa escala de 0 a 10 o quanto elas te incomodam nessa região (sendo 0 não me incomodam e 10 não suporto as manchas em mim)

	Não tenho	0 Não me incomoda	1 Quase não me incomoda	2 Me incomoda pouco	3 Me incomoda	4 Me incomoda muito	5 Me incomoda ao extremo, não suporto as manchas
Área 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Não tenho	0 Não me incomoda	1 Quase não me incomoda	2 Me incomoda pouco	3 Me incomoda	4 Me incomoda muito	5 Me incomoda ao extremo, não suporto as manchas
Área 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Área 22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Não tenho	0 Não me incomoda	1 Quase não me incomoda	2 Me incomoda pouco	3 Me incomoda	4 Me incomoda muito	5 Me incomoda ao extremo, não suporto as manchas
--	-----------	-------------------	-------------------------	---------------------	---------------	---------------------	--

Área 23	<input type="radio"/>						
---------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

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

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

	(1) Discordo Totalmente	(2) Discordo	(3) Concordo	(4) Concordo Totalmente
das pessoas.				
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"/>

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)	Coluna 6
I. 1. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas?	<input type="radio"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
IV. 7. Sentiu pânico ou se sentiu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	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)	Coluna 6
amedrontado?						
IV. 8. Evitou situações que o deixam ansioso?	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>
V. 10. Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VI. 11. Pensamento de ferir a si mesmo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VII. 12. Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VII.13 Sentiu que alguém podia ouvir seus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Muito leve.				
Nada. De	Raramente,	Leve.	Moderado.	Grave.		
modo	menos de	Vários	Mais da	Quase		
algum (0)	um ou dois	dias. (2)	metade dos	todos os		
	dias (1)		dias. (3)	dias. (4)		

Coluna 6

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

		Muito leve.				
Nada. De	Raramente,	Leve.	Moderado.	Grave.		
modo	menos de	Vários	Mais da	Quase		
algum (0)	um ou dois	dias. (2)	metade dos	todos os		
	dias (1)		dias. (3)	dias. (4)		

Coluna 6

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?

XII. 20. Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou de suas relações com elas?

XIII. 21. Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?

XIII. 22. Fumou cigarros, charutos ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de

	Muito leve.				
Nada. De	Raramente,	Leve.	Moderado.	Grave.	
modo	menos de	Vários	Mais da	Quase	
algum (0)	um ou dois	dias. (2)	metade dos	todos os	
	dias (1)		dias. (3)	dias. (4)	

Coluna 6

mascar?

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

Muito leve.
 Nada. De Raramente, Leve. Moderado. Grave.
 modo menos de Vários Mais da Quase
 algum (0) um ou dois dias. (2) metade dos todos os
 dias (1) dias. (3) dias. (4)

Coluna 6

metanfetamina
 [ou outros
 estimulantes]?

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"/>				
Senti que eu não tinha expectativas para o futuro	<input type="radio"/>				
Senti-me incapaz	<input type="radio"/>				
Senti-me triste	<input type="radio"/>				
Senti-me um fracassado(a)	<input type="radio"/>				
Senti-me deprimido(a)	<input type="radio"/>				
Senti-me infeliz	<input type="radio"/>				
Senti-me sem esperança	<input type="radio"/>				

« Voltar Continuar »

Obrigado pelas suas respostas!

Caso você queira saber mais sobre Vitiligo, visite o website:

<http://www.sbd.org.br/doencas/vitiligo>

Você tem interesse em participar de projetos futuros sobre este tema? Não há custo nenhum. Você só precisa deixar alguma informação de contato.

Se sim, as informações que você pode deixar na caixa de texto abaixo, caso gostaria de participar, são: Nome (não obrigatório), Cidade (obrigatório), E-mail ou Telefones (para contato). Lembrando que todas suas informações são mantidas em sigilo.



« Voltar

Enviar »

ANEXO 3

Escala de Autoestima de Rosenberg

Anexo 3

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada.

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos.

Anexo 4

Tabela de Interpretação do PROMIS - Depressão

Anexo 3

Tabela de Interpretação do PROMIS – Depressão

Scoring and Interpretation

Each item on the measure is rated on a 5-point scale (1=never; 2=rarely; 3=sometimes; 4=often; and 5=always) with a range in score from 8 to 40 with higher scores indicating greater severity of depression. The clinician is asked to review the score on each item on the measure during the clinical interview and indicate the raw score for each item in the section provided for “Clinician Use.” The raw scores on the 8 items should be summed to obtain a total raw score. Next, the T-score table should be used to identify the T-score associated with the individual’s total raw score and the information entered in the T-score row on the measure.

Note: This look-up table works only if all items on the form are answered. If 75% or more of the questions have been answered; you are asked to prorate the raw score and then look up the conversion to T-Score. The formula to prorate the partial raw score to Total Raw Score is:

$$\frac{(\text{Raw sum} \times \text{number of items on the short form})}{\text{Number of items that were actually answered}}$$

If the result is a fraction, round to the nearest whole number. For example, if 6 of 8 items were answered and the sum of those 6 responses was 20, the prorated raw score would be $20 \times 8 / 6 = 26.67$. The T-score in this example would be the T-score associated with the rounded whole number raw score (in this case 27, for a T-score of 64.4).

The T-scores are interpreted as follows:

Less than 55	= None to slight
55.0–59.9	= Mild
60.0–69.9	= Moderate
70 and over	= Severe

Note: If more than 25% of the total items on the measure are missing the scores should not be used. Therefore, the individual receiving care (or informant) should be encouraged to complete all of the items on the measure.

Depression 8b Short Form Conversion Table		
Raw Score	T-score	SE*
8	37.1	5.5
9	43.3	3.4
10	46.2	2.8
11	48.2	2.4
12	49.8	2.2
13	51.2	2.0
14	52.3	1.9
15	53.4	1.8
16	54.3	1.8
17	55.3	1.7
18	56.2	1.7
19	57.1	1.7
20	57.9	1.7
21	58.8	1.7
22	59.7	1.8
23	60.7	1.8
24	61.6	1.8
25	62.5	1.8
26	63.5	1.8
27	64.4	1.8
28	65.4	1.8
29	66.4	1.8
30	67.4	1.8
31	68.3	1.8
32	69.3	1.8
33	70.4	1.8
34	71.4	1.8
35	72.5	1.8
36	73.6	1.8
37	74.8	1.9
38	76.2	2.0
39	77.9	2.4
40	81.1	3.4

*SE = Standard Error on T-score metric

©2008-2012 PROMIS Health Organization
(PHO) and PROMIS Cooperative Group.