



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**VANINA PAPINI GÓES TEIXEIRA**

**TERAPIA DE EXPOSIÇÃO À REALIDADE VIRTUAL COMO  
TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM  
VITILIGO**

**ARACAJU-SE  
2021**

<p><b>VANINA PAPINI GÓES TEIXEIRA</b></p>	<p><b>TERAPIA DE EXPOSIÇÃO À REALIDADE VIRTUAL COMO TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM VITILIGO</b></p>	<p><b>2021</b></p>
---	---	--------------------

VANINA PAPINI GÓES TEIXEIRA

**TERAPIA DE EXPOSIÇÃO À REALIDADE VIRTUAL COMO  
TRATAMENTO DA ANSIEDADE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM  
VITILIGO**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Adriano Antunes de Souza Araújo

**ARACAJU-SE  
2021**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE – BISAU UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE

T266t      Teixeira, Vanina Papini Góes  
Terapia de exposição à realidade virtual para tratamento da  
ansiedade social em indivíduos com vitiligo / Vanina Papini Góes  
Teixeira ; orientador Adriano Antunes de Souza Araújo. – Aracaju,  
2021.  
108 f. : il.

Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal  
de Sergipe, 2021.

1. Ciências da saúde. 2. Vitiligo. 3. Ansiedade social. 4.  
Depressão. 5. Terapia. 6. Realidade virtual. I. Araújo, Adriano  
Antunes de Souza, orient. II. Título.

CDU 616.5-003.829

**VANINA PAPINI GÓES TEIXIERA**

**TERAPIA DE EXPOSIÇÃO À REALIDADE VIRTUAL COMO TRATAMENTO DA  
ANSIEDADE SOCIAL EM INDIVÍDUOS COM VITILIGO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Orientador: Prof. Dr. Adriano Antunes de Souza Araújo

---

1º Examinador:

---

2º Examinador:

---

3º Examinador:

PARECER

---

---

---

## DEDICATÓRIA

*Para meu pai e minha mãe (in memoriam),  
por todos os ensinamentos, amor e carinho  
recebidos ao longo da minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Adriano, meu orientador, pelos preciosos ensinamentos, pelo apoio constante, pelo incentivo e pela disponibilidade para me auxiliar na elaboração de todas as etapas do trabalho. Minha gratidão.

A todos colegas do LEFT – UFS pelo acolhimento e disponibilidade para sempre me ajudar, pelos conhecimentos trocados e pelos incentivos.

Aos indivíduos dos ambulatórios de dermatologia da UFS e UNCISAL que aceitaram participar da pesquisa, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

A todos os professores do Doutorado, que contribuíram para ampliar o meu conhecimento. Especialmente à Profa. Dra. Amélia e ao Prof. Dr. Roque, que tanto me incentivaram e apoiaram.

Ao meu pai e minha mãe, que mesmo sem estar fisicamente presentes, sempre estiveram ao meu lado me dando forças para enfrentar os diversos obstáculos que a vida me impôs, muita saudade de vocês.

Aos meus filhos André e Diego, por sempre me apoiarem nas minhas decisões, pelo amor incondicional que sentimos uns pelos outros.

Aos meus netos Deco, Bettina, Céline e Bento, que são uns dos grandes motivos dos meus sorrisos. O amor que sinto por vocês jamais poderá ser traduzido em palavras.

À minha companheira Mônica, que durante todo o nosso tempo juntas, foi compreensiva, cuidadosa, amorosa, sempre me incentivando e acreditando em mim.

Às minhas irmãs, minha nora, meus sobrinhos. Bem como, a toda minha família pelo amor que nos une.

Aos meus amigos, antigos e novos, pela paciência e compreensão nos meus momentos de ausência.

Aos meus amigos e colegas do doutorado, pela companhia nos primeiros momentos e pelo apoio nos momentos finais. Especialmente a Aline, Monique e Ewerton, que me auxiliaram bastante para a construção dessa tese. Vocês compartilharam comigo todas as vitórias e angústias desse trabalho.

**A Deus, por ter me dado forças para persistir mesmo nos momentos mais difíceis e tempestuosos da minha caminhada, por ter mantido minha serenidade e não ter deixado minha fé desaparecer.**

## RESUMO

Terapia de Exposição à Realidade Virtual para tratamento da Ansiedade Social em indivíduos com Vitiligo. Teixeira, V.P.G., 2020.

O vitiligo é uma doença sistêmica crônica que se caracteriza por máculas hipopigmentadas, causada por destruição de melanócitos na pele afetada. Possui alta prevalência mundial e expressivos índices de ansiedade e depressão, o que prejudica a qualidade de vida dos acometidos. Alguns estudos apontam que os indivíduos com vitiligo apresentam níveis de ansiedade social elevados, bem como depressão e ansiedade geral, além de apresentarem poucas estratégias de enfrentamento das questões relacionadas à sua condição de pele. Inicialmente realizou-se um estudo transversal para identificar os níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada, depressão e coping. Para tanto, foi utilizado um questionário sociodemográfico, a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), a Escala de Depressão e de Ansiedade de Hamilton (HAM-D e HAM-A, respectivamente) e o Inventário de Estratégias de *Coping*. Participaram 58 adultos indivíduos com vitiligo, atendidos nos ambulatórios de dermatologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. A idade média dos indivíduos que compuseram a amostra foi de 36,36 anos ( $\pm 12,48$ ). Os níveis médios de ansiedade social total observado foi 41,52 ( $\pm 7,69$ ), de depressão foi de 18,1 ( $\pm 4,0$ ) e de ansiedade generalizada foi de 22,8 ( $\pm 5,87$ ). No que se refere a estratégias de *coping*, escore total, a média foi de 36,5 ( $\pm 4,7$ ). 69% apresentaram sintomas de ansiedade social no nível de leve, 22,4% no nível moderado; em relação a sintomas de depressão, 5,2% apresentaram sintomas leves, 44,9% apresentaram sintomas moderados, 39,6% apresentaram sintomas graves e 6,9% apresentaram sintomas muito graves. No que se refere a sintomas de ansiedade generalizada, 17,2% dos sujeitos apresentaram sintomas de nível leve, 53,5% de nível moderado e 29,3% de nível grave. Para os indivíduos que apontaram níveis de moderado de ansiedade social, e que aceitaram participar, foi realizada uma intervenção baseada na terapia cognitivo-comportamental, denominada Terapia de Exposição à Realidade Virtual (VRET), para melhoria dos níveis elevados de ansiedade social. A Realidade Virtual (RV) foi utilizada nesse estudo como recurso terapêutico em uma intervenção cognitivo-comportamental para melhoria dos níveis de ansiedade social. Encontrou-se correlações positivas significativas entre TAS, TDM e TAG e idade de início do vitiligo, avaliação subjetiva da gravidade da doença e avaliação objetiva da gravidade da doença, e correlações negativas e significativas entre tempo de convivência com o vitiligo e ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada. Em relação às estratégias de *coping*, os indivíduos com vitiligo, utilizam poucas estratégias. Os indivíduos que receberam a terapia de exposição à realidade virtual, apresentaram uma redução significativa ( $p \leq 0.01$ ) dos sintomas de ansiedade social, de depressão e de ansiedade generalizada. Diante do exposto, pode-se concluir que os indivíduos com vitiligo, que compuseram a amostra deste estudo, obtiveram níveis elevados de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada. A terapia de exposição à realidade virtual foi eficaz para a redução dos níveis de sintomas do transtorno de ansiedade social nos indivíduos com vitiligo, podendo ser uma alternativa para o tratamento. O estudo destaca a relevância da avaliação desses transtornos psiquiátricos em indivíduos com vitiligo, bem como da inclusão de terapia psicológica para esses indivíduos no tratamento de sua condição de pele.

**Descritores:** Ansiedade Social; Ansiedade Generalizada; *Coping*; Depressão; Realidade Virtual; Vitiligo.

## ABSTRACT

Virtual Reality Exposure Therapy for Treatment of Social Anxiety in Vitiligo Patients. Teixeira, V.P.G., 2020.

Vitiligo is a chronic systemic disease that is characterized by hypopigmented macules, caused by the destruction of melanocytes in the affected skin. It has a high worldwide prevalence and significant levels of anxiety and depression, which affects the quality of life of those affected. Some studies indicate that individuals with vitiligo have high levels of social anxiety, as well as depression and general anxiety, in addition to presenting few strategies for coping with issues related to their skin condition. Initially, a cross-sectional study was carried out to identify the levels of social anxiety, generalized anxiety, depression and coping. For this, a sociodemographic questionnaire was used, the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), the Hamilton Depression and Anxiety Scale (HAM-D and HAM-A, respectively) and the Coping Strategies Inventory. Fifty-eight adult individuals with vitiligo participated, attended at the dermatology outpatient clinics of the State University of Health Sciences of Alagoas and the University Hospital of the Federal University of Sergipe. The average age of the individuals who composed the sample was 36.36 years ( $\pm 12.48$ ). The average levels of total social anxiety observed was 41.52 ( $\pm 7.69$ ), depression was 18.1 ( $\pm 4.0$ ) and generalized anxiety was 22.8 ( $\pm 5.87$ ). With regard to coping strategies, total score, the mean was 36.5 ( $\pm 4.7$ ). 69% had symptoms of social anxiety at the mild level, 22.4% at the moderate level; in relation to symptoms of depression, 5.2% had mild symptoms, 44.9% had moderate symptoms, 39.6% had severe symptoms and 6.9% had very severe symptoms. With regard to symptoms of generalized anxiety, 17.2% of the subjects had symptoms of mild level, 53.5% of moderate level and 29.3% of severe level. For patients who indicated moderate levels of social anxiety, and who agreed to participate, an intervention based on cognitive-behavioral therapy, called Virtual Reality Exposure Therapy (VRET), was performed to improve high levels of social anxiety. Virtual Reality (VR) was used in this study as a therapeutic resource in a cognitive-behavioral intervention to improve levels of social anxiety. Significant positive correlations were found between SAD, TDM and TAG and age of onset of vitiligo, subjective assessment of the severity of the disease and objective assessment of the severity of the disease, and negative and significant correlations between time of living with vitiligo and social anxiety, depression and generalized anxiety. Regarding coping strategies, individuals with vitiligo use few strategies. Individuals who received virtual reality exposure therapy experienced a significant reduction ( $p < 0.01$ ) in the symptoms of social anxiety, depression and generalized anxiety. Given the above, it can be concluded that individuals with vitiligo, who comprised the sample of this study, obtained high levels of social anxiety, depression and generalized anxiety. Exposure therapy to virtual reality was effective in reducing the levels of symptoms of social anxiety disorder in individuals with vitiligo, and could be an alternative for treatment. The study highlights the relevance of evaluating these psychiatric disorders in individuals with vitiligo, as well as the inclusion of psychological therapy for these patients in the treatment of their skin condition.

**Keywords:** Social Anxiety; Generalized anxiety; Depression; Coping; Virtual Reality; Vitiligo.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b>	Manifestação do Vitiligo.....	20
<b>Figura 2.</b>	Vitiligo Segmentar.....	21
<b>Figura 3.</b>	Vitiligo Não Segmentar.....	21
<b>Figura 4.</b>	Uso de Simulador de Realidade Virtual na psicoterapia.....	38
<b>Figura 5.</b>	Ilustração do <i>Vitiligo Extent Score</i> – VES.....	49
<b>Figura 6.</b>	Fluxograma de elegibilidade para intervenção .....	50
<b>Figura 7.</b>	Cenários do <i>software</i> de realidade virtual.....	52
<b>Figura 8.</b>	Comparação entre os níveis de Ansiedade Social (LSAS total), de Depressão HAM-D) e Ansiedade Generalizada (HAM-A), antes e depois da intervenção psicológica com a Terapia de Exposição à Realidade Virtual, em duas aplicações a P1, P2, P3, P4 e P5. Aplicações realizadas antes do início da intervenção e ao término da intervenção.....	67

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1.</b>	Características sociodemográficas da amostra.....	56
<b>Tabela 2.</b>	Gênero, Etnia e Estado Civil.....	57
<b>Tabela 3.</b>	Características de duração e gravidade do Vitiligo.....	57
<b>Tabela 4.</b>	Características de hereditariedade, estresse e tipo d Vitiligo.....	58
<b>Tabela 5.</b>	Tratamento do Vitiligo.....	60
<b>Tabela 6.</b>	Aspectos psicológicos relacionados ao vitiligo.....	61
<b>Tabela 7.</b>	Frequência de apresentação de sintomas de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada.....	62
<b>Tabela 8.</b>	Correlação de variáveis clínicas, ansiedade social, depressão e níveis de ansiedade generalizada em indivíduos com vitiligo.....	64
<b>Tabela 9.</b>	Correlação de variáveis clínicas com o conjunto de estratégias de coping.....	66
<b>Tabela 10.</b>	Comparação das médias de Ansiedade Social (interação social e desempenho) e depressão e ansiedade antes e após a terapia de exposição à realidade virtual.....	68

## Lista de Siglas e Abreviações

- APA – *American Psychiatric Association*
- BSA – Percentual de Área Afetada
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- DSM-V – Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais
- HAM-A – Escala de Ansiedade de Hamilton
- HAM-D – Escala de Depressão de Hamilton
- HU – Hospital Universitário
- LeFT - Laboratório de Ensaios Farmacêuticos e Toxicidade
- LSAS - Escala de Ansiedade Social de Liebowitz
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- RV – Realidade Virtual
- SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia
- SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
- SUDS - Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto
- T CD8 – Linfócitos T citotóxicos
- TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada
- TAS – Transtorno de Ansiedade Social
- TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TDM – Transtornos Depressivo Maior
- TREGS – Linfócitos T regulatórios
- UFS – Universidade Federal de Sergipe
- UNCISAL – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
- VRET – Terapia de Exposição à Realidade Virtual
- WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I – Introdução, Hipóteses e Objetivos.....</b>	<b>14</b>
Introdução.....	15
1.1 Objetivos.....	17
1.1.1 Objetivo Geral.....	17
1.1.2 Objetivos Específicos.....	17
<b>CAPÍTULO II – Revisão de Literatura.....</b>	<b>18</b>
2.1 Vitiligo: o que é e como se apresenta.....	19
2.2 Aspectos Psicológicos do Vitiligo .....	23
2.2.1 Transtorno de Ansiedade Social.....	23
2.2.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada .....	27
2.2.3 Transtorno de Depressivo Maior.....	31
2.2.4 Estratégias de <i>Coping</i> .....	35
2.3 Terapia de Exposição à Realidade Virtual.....	37
<b>CAPÍTULO III – Casuística e Método.....</b>	<b>41</b>
3.1 Delineamento do Estudo.....	42
3.2 Local da Pesquisa.....	42
3.3 Sujeitos.....	42
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	42
3.3.2 Critérios de Exclusão.....	43
3.3.3 Sistemática da Coleta de Dados .....	43
3.4 Método.....	43
3.4.1 Instrumentos do Estudo Transversal.....	44
3.4.2 Instrumentos e Intervenção da Terapia de Exposição à Realidade Virtual..	49
3.4.3 Procedimentos de Intervenção.....	52

3.5 Análise dos Dados.....	53
3.6 Aspectos Éticos.....	54
<b>CAPÍTULO IV - Resultados.....</b>	<b>55</b>
4.1 Dados Sócio Demográficos.....	56
4.2 Características do Vitiligo.....	57
4.3 Perfil Psicológicos dos Participantes.....	60
4.4 Correlações entre variáveis e níveis de TAS, TDM e TAG.....	62
4.5 Correlações entre níveis de TAS, TDM e TAS antes e depois da VRET.....	66
<b>CAPÍTULO V – Discussão.....</b>	<b>69</b>
<b>CAPÍTULO VI – Conclusão.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>100</b>

# **CAPÍTULO I**

---

## **INTRODUÇÃO E OBJETIVOS**

## INTRODUÇÃO

O vitiligo é uma doença sistêmica crônica que se caracteriza por máculas hipopigmentadas e é causada por destruição de melanócitos na pele afetada. No vitiligo, o melanócito sofre um estresse oxidativo o que provoca uma resposta inflamatória local e a ativação de processos imunes inatos, que, em indivíduos com predisposição genética, geram respostas imunes citotóxicas específicas para melanócitos (PICARDO; DELL'ANNA; EZZEDINE et al., 2015).

O vitiligo tem uma prevalência entre 0,38% a 2,9% na população mundial em alguns estudos a prevalência do vitiligo varia de 0,5% a 1%, podendo chegar até a 8% (NUNES; ESSER, 2011; LEE, et al., 2015). No Brasil o vitiligo acomete 0,57% da população (Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2017).

Embora a fisiopatologia do vitiligo ainda seja controversa, alguns estudos sugerem que a interação de múltiplos fatores, como desequilíbrio genético, neural, oxidante-antioxidante, bioquímico e autoimunes, podem induzir ao vitiligo (HASSAN; BHAT; MAJID et al., 2019).

O vitiligo gera impacto visual nas pessoas, promovendo estigmas e, assim, influenciando a vida dos indivíduos com essa doença (HAMIDIZADEH et al, 2020). A sociedade atual atribui grande importância à aparência, o que é ratificado pela indústria de cosméticos em amplo crescimento nos últimos tempos (SACRAMENTO, 2017). Além disso, a valorização da beleza e dos padrões estabelecidos pelos indivíduos, atualmente, levam às pessoas, com condições de pele diferente, a apresentarem dificuldades de interação social devido à exposição, desenvolvendo pensamentos e sentimentos de discriminação e não pertencimento por não atender aos padrões estabelecidos socialmente (HARRIS, 2018).

Embora o vitiligo não confira limitações físicas aos indivíduos com a doença, gera autopercepção negativa, devido ao impacto visual exercido por essa condição de pele, sendo, geralmente, seguido por um prejuízo psicossocial grave (SZABO; BRANDÃO, 2016).

Por esta razão, os indivíduos com vitiligo apresentam, muitas vezes, aversão à sua própria imagem, se percebem feios, sentem-se alvo de curiosidade e discriminação, apresentam baixa autoestima, o que, em muitos casos, leva ao comportamento de isolamento social, afetando suas relações interpessoais,

profissionais e social, muitas vezes interferindo inclusive na relação sexual (WHITTON; ASHCROFT; GONZALEZ, 2008; SZABO; BRANDÃO, 2016).

O vitiligo pode levar a um prejuízo psicológico significativo. Estudos internacionais sugerem que indivíduos com vitiligo apresentam níveis elevados de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão, além de poucas estratégias de *coping* (SALMAN, et al., 2016; KHATTRI; BIST; ARUN; MEHTA, 2015; SANGMA; NATH e BHAGABATI, 2015; RAMAKRISHNA; RAJNI, 2014).

O transtorno de ansiedade social (TAS) é caracterizado pelo medo excessivo em situações sociais comuns, em que a pessoa fica receosa em estar sendo julgada ou sente que está sendo criticada ou avaliada negativamente; o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) se refere a uma padrão persistente de preocupação excessiva diante diversas situações; o transtorno depressivo maior (TDM), a depressão, é caracterizado por humor deprimido e falta de prazer em variadas atividades, sendo incapacitante (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O *coping* pode ser compreendido como um conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para adaptarem-se a circunstâncias e situações adversas (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

Diante do fato do vitiligo causar impactos psicológicos nos indivíduos com a doença, é importante a avaliação dos impactos psicológicos causados pelo vitiligo, bem como a inserção da terapia psicológica para o tratamento dos transtornos encontrados. A utilização da terapia de exposição à realidade virtual (VRET), baseada na terapia cognitivo-comportamental, para diminuição dos níveis de ansiedade social vem sendo utilizada, com resultados eficazes, apontando uma redução significativa nos níveis de ansiedade social, promovendo uma melhoria expressiva na saúde mental dos indivíduos com TAS (KAMPMANN, et al., 2016; BOUCHARD, et al., 2017; PERENDRÉ; HAYDU, 2018).

Os estudos apresentados levantam o interesse em compreender o comportamento destas variáveis na população brasileira com vitiligo, visto que são escassos os trabalhos nessa temática no nosso país e ainda mais no nordeste brasileiro. Como também, desperta o interesse na utilização da VRET como tratamento da ansiedade social em indivíduos com vitiligo. Até onde se sabe, este é o primeiro estudo que utiliza a VRET para ansiedade social em indivíduos com vitiligo.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

- Investigar os níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada, depressão e estratégias de *coping* em indivíduos com vitiligo e avaliar os efeitos da intervenção da terapia de exposição à realidade virtual sobre os níveis de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada em indivíduos com vitiligo.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos indivíduos com vitiligo.
- Investigar os níveis de ansiedade, depressão, ansiedade social e *coping* em indivíduos com vitiligo.
- avaliar os efeitos da intervenção da terapia de exposição à realidade virtual sobre os níveis de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada em indivíduos com vitiligo.
- Correlacionar a avaliação subjetiva da severidade da doença com os índices de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão.
- Correlacionar o percentual de áreas afetadas pelo vitiligo com os índices de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão.
- Correlacionar o tempo de convivência com lesões com a ansiedade social, depressão, ansiedade generalizada e com as estratégias de *coping* dos indivíduos com vitiligo.

## **CAPÍTULO II**

---

### **REVISÃO DA LITERATURA**

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

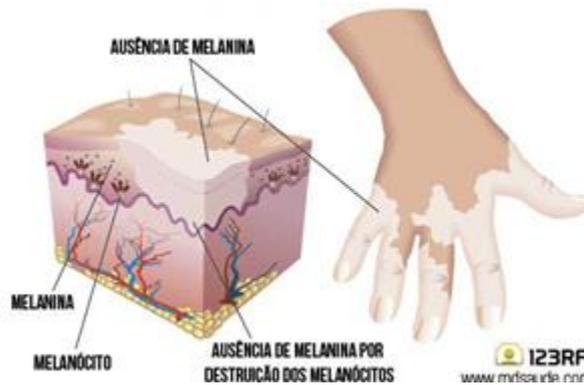
### 2.1 Vitiligo: o que é e como se apresenta

O vitiligo é uma doença cutânea não-contagiosa comum, caracterizada por um distúrbio de pigmentação da pele, que se manifesta pelo aparecimento de manchas irregulares e com bordas acentuadas, com forma e tamanho muito variáveis, nos quais a pele é despigmentada. A despigmentação é causada pela perda do pigmento natural da pele (melanina), com a formação de pequenas áreas claras, chamadas máculas, que se espalha ao longo do tempo, afetando uma área maior do corpo (JAHAN; TIPPISETTY; KOMARAVALLI, 2015; VINODINI, 2019).

As áreas despigmentadas podem aparecer em qualquer parte do corpo, mas os locais mais comumente envolvidos são mãos, braços, mamilos, axilas, pele das regiões anogenital, perioral e periorbital, e nas membranas mucosas. As bordas das manchas são, geralmente, hiperpigmentadas, o que evidencia o contraste com a cor da pele circundante normalmente pigmentada. Estas lesões podem aparecer em diferentes formas e tamanhos e pode estar presente em qualquer área do tegumento (EZZEDINE et al., 2015).

A pele é o maior órgão do corpo humano, com área variando de 1,5 a 2m<sup>2</sup> no indivíduo adulto e peso de aproximadamente 15% do peso corporal, é um órgão de defesa, que protege e interage com o meio externo. A pele é um órgão multifuncional, que desempenha funções essenciais para a vida, como termorregulação, vigilância imunológica, sensibilidade e proteção contra agressões exógenas (químicas, físicas ou biológicas) e contra a perda de água e de proteínas para o meio externo. Recebe também estímulos do ambiente e colabora com mecanismos para regular sua temperatura (DEHDASHTIA et al., 2019).

Os melanócitos são células dendríticas derivadas da crista neural e produtores do pigmento intrínseco a melanina. São vistos predominantemente na camada basal. São as células responsáveis pela pigmentação da pele e cabelo, contribuem para aparência da pele e fornecem proteção dos danos causados pela radiação ultravioleta. As alterações decorrentes do pigmento melanina, no vitiligo, pode ser caracterizadas pela presença de máculas hipocrômicas ou acrômicas, ou seja, diminuição da concentração de melanina na região afetada (NIEHUES; MEDEIROS, 2019).



**Figura 1.** Manifestação do vitiligo. Fonte: PINHEIRO, 2019. Disponível em [www.mdsaude.com](http://www.mdsaude.com).

Embora várias teorias tenham sido propostas sobre a patogênese do vitiligo, a causa exata permanece desconhecida. Princípios geralmente acordados são a ausência de melanócitos funcionais na pele do vitiligo e a perda de melanócitos reconhecidos histoquimicamente, devido à sua destruição. Entretanto, a destruição é provavelmente um processo lento, resultando em uma diminuição progressiva dos melanócitos (RONCONE, et al, 2019).

No entanto, para tentar explicar o processo de despigmentação que ocorre no vitiligo, é postulado que seja multifatorial. As teorias sobre a destruição de melanócitos incluem mecanismos autoimunes, mecanismos citotóxicos, defeitos intrínsecos dos melanócitos, mecanismos oxidantes-antioxidantes e mecanismos neurais (MOHAMMED; GOMAA; AL-DHUBAIBI, 2015; KOVACS; BASTONINI; OTTAVIAN, et al., 2017).

O vitiligo pode ser dividido em dois grupos: segmentar e não segmentar. Existem outros sistemas de classificação que optam por fragmentar os tipos de vitiligo com base em uma distribuição localizada – área específica - ou generalizada – mais de uma área envolvida. No entanto, a distinção entre segmentar e não segmentar pode ser a mais útil, uma vez que afeta a progressão, o prognóstico e o tratamento (RONCONE, et al, 2019).

A forma segmentar é mais rara, e pode afetar dois ou mais segmentos, respeitando a linha média corporal, com tendência a seguir o dermatomo correspondente (Figura 2). O vitiligo não segmentar é a forma mais comum, com os seguintes subtipos: mucosa, acrofacial, generalizada ou comum, universal e mista (Figura 3). O vitiligo generalizado é caracterizado por máculas simétricas, podendo acometer qualquer parte da pele, mucosa ou pelos. Por outro lado, a forma mista do vitiligo se refere apresentação simultânea de vitiligo segmentar e vitiligo não

segmentar. É possível também classificar o vitiligo como unilateral ou bilateral, conforme a sua distribuição (CATUCCI BOZA, 2016).



**Figura 2.** Vitiligo segmentar  
 FONTE: banco de dados HU-UFS



**Figura 3.** Vitiligo não segmentar  
 FONTE: banco de dados do HU-UFS

A teoria autoimune propõe alteração da imunidade humoral e celular na destruição de melanócitos do vitiligo. Essa teoria é de particular relevância, uma vez que o vitiligo não segmentar é mais frequentemente associado a condições autoimunes do que o vitiligo segmentar (RONCONE, et al., 2019).

Certos distúrbios têm sido associados ao vitiligo, como: tireoidite de Hashimoto, doença de Graves, doença de Addison e diabetes mellitus, alopecia areata, anemia perniciosa, doença inflamatória intestinal, psoríase e síndrome poliglandular autoimune. A evidência mais convincente de uma patogênese autoimune é a presença de anticorpos circulantes contra proteínas de melanócitos em indivíduos com vitiligo. Além dos mecanismos imunológicos humorais, fortes evidências indicam envolvimento da imunidade celular. A destruição de melanócitos pode ser diretamente mediada por células T CD8 + auto reativas. As células T CD8 + ativadas foram demonstradas na pele do vitiligo perilesional, como também as pessoas com vitiligo têm uma diminuição de células reguladoras de linfócitos T (TREGS), o que as colocariam numa posição de maior vulnerabilidade para mais comprometimentos autoimunes, proporcionando novas áreas de despigmentação (OISO, et al., 2011; HASSAN; BHAT; MAJID et al., 2019; RONCONE, et al., 2019).

Estresse e estressores podem ter um impacto profundo na autoimunidade. O momento e a liberação de hormônios do estresse regulam o equilíbrio de citocinas pró e anti-inflamatórias que ditam atividade imunoprotetora ou imunossupressora. Estresse agudo ou de curto prazo resulta em um ambiente imunoprotetor, enquanto o

estresse crônico ou a longo prazo geralmente resultam em um ambiente imunossupressor. Os estressores crônicos também podem promover um ambiente pró-inflamatório, resultando em respostas imunes desreguladas que pode levar à autoimunidade (DHABHAR, 2014).

A média de idade de início da doença é entre os 20 e 30 anos, com cerca de 50% dos casos ocorrendo antes dos 20 anos de idade. No Brasil, a idade média de início do vitiligo é de 25 anos, nos Estados Unidos é de 22 anos e na Inglaterra é de 25 anos (TARLÉ, et al., 2014). Embora não se considere o vitiligo uma doença infantil, pesquisas apontam que 50% do surgimento dos casos se iniciam antes dos 20 anos e 25% dos casos aparecem antes dos 10 anos de idade, sendo raro o vitiligo congênito. O fato de o vitiligo surgir, na maioria dos casos, antes dos 20 anos de idade, isso caracteriza-o como uma doença crônica de início precoce, o que gera um impacto social elevado (AZAMBUJA, 2013).

Tanto adultos como crianças dos dois sexos são afetados de maneira igualitária, no entanto algumas pesquisas apontam uma prevalência levemente maior de ocorrências de vitiligo no sexo feminino, provavelmente por ser uma dermatose que tem influência direta em questões emocionais com consequências psicossociais ou mesmo porque as mulheres tendem a buscar atendimento médico com mais frequência do que os homens devido ao comprometimento da aparência da pele e das repercussões emocionais associadas. Também não há frequência por fototipo ou raça (LEE, et al., 2015).

O vitiligo é uma doença dermatológica comum, que tem uma prevalência entre 0,38% a 2,9% na população mundial em alguns estudos a prevalência do vitiligo varia de 0,5% a 1%, podendo chegar até a 8% (NUNES; ESSER, 2011; LEE, et al., 2015). Embora várias teorias tenham sido propostas sobre a patogênese do vitiligo, a causa exata permanece desconhecida. Princípios geralmente acordados são a ausência de melanócitos funcionais na pele do vitiligo e a perda de melanócitos reconhecidos histoquimicamente, devido à sua destruição. Entretanto, a destruição é provavelmente um processo lento, resultando em uma diminuição progressiva dos melanócitos (RONCONE, et al, 2019).

Pesquisas sugerem que fatores ambientais, psicológicos e de experiências ao longo da vida parecem ser particularmente relevantes para a compreensão do surgimento do vitiligo, tais como perdas, problemas familiares, crises do ciclo vital, eventos estressores imprevisíveis e problemas psíquicos, como também, sinalizam a

relação entre estresse e agravamento do vitiligo (SACRAMENTO, 2017; LUPI, 2013; SILVERBERG; SILVERBERG, 2015; HENNING, et al, 2020).

Embora o(s) mecanismo(s) exato(s) porque o estresse influencia o vitiligo permanece desconhecido, acredita-se que o estresse psicológico resulta em vitiligo autoimune. O estresse aumenta os níveis de catecolaminas, neuropeptídeos e cortisol, que são mais altos em indivíduos com vitiligo, sugerindo seu papel na patogênese do vitiligo. (AMER; GAO, 2016; HENNING, et al, 2019).

Dessa forma, entende-se que a presença de lesões visíveis do vitiligo leva, frequentemente, a efeitos emocionais nos indivíduos, produzindo consequências sociais. As manifestações da doença são facilmente detectadas nas interações interpessoais, motivando reações negativas das outras pessoas, e causando constrangimento nas pessoas com vitiligo (SOUTO, 2019).

## **2.2 Aspectos psicológicos do vitiligo: Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Depressivo Maior, e Estratégias de *Coping***

### **2.2.1 Transtorno de Ansiedade Social**

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) – antes conhecido como Fobia Social – foi descrita, primeiramente, por Marks e Gelder em 1966 a partir de um estudo cujo objetivo foi observar pessoas que apresentavam fobias manifestas de algumas situações sociais, tais como: timidez, medo de conhecer pessoas, medo de comer em locais públicos, medo de ruborizar em público, medo de ir a festas, entre outros. Foi observado que a idade de início da fobia social era diferente da idade de início de fobias específicas, tendo começo na adolescência (ASHER, et al., 2017).

O TAS é caracterizado pelo medo ou ansiedade excessivamente elevada em relação a uma ou mais situações de exposição social, nas quais acreditam que estão sendo avaliados, levando-os a comportamentos de esquiva fóbica e evitação. Estão inclusas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não são familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas, como falar em público em palestras ou apresentações de trabalhos acadêmicos. A ideação cognitiva associada é a de ser

avaliado negativamente pelos demais, ficar embaraçado, ser humilhado ou rejeitado ou ofender os outros (APA, 2014).

A ansiedade é a antecipação de ameaça futura, enquanto o medo é a resposta emocional a ameaça real ou percebida. Tanto o medo, quanto a ansiedade, são necessários para a sobrevivência da espécie humana. O medo é importante para a luta e a fuga, enquanto a ansiedade é necessária para a preparação de um perigo futuro e comportamento de cautela e esquivia (PERES, 2018).

O que diferencia o medo e a ansiedade, nos transtornos de ansiedade, como é o caso da ansiedade social, é sua intensidade e persistência. Os indivíduos com transtorno de ansiedade, em geral, superestimam o perigo e ameaça nas situações que temem, e apresentam constantemente comportamento de evitação dessas situações (ASHER, et al., 2017).

A ampla maioria das pessoas com TAS relata que seu desempenho profissional, acadêmico e social em geral foi seriamente prejudicado por seus medos, como também as interações sociais são impactadas negativamente (SPENCE; RAPEE, 2016).

As características que definem a ansiedade social incluem esquivar-se de situações de desempenho, como falar em público, participar de reuniões, medo de iniciar ou manter uma conversação com pessoas, dificuldade de paquerar, de comer e beber em público. As pessoas que apresentam o transtorno enfrentam essas situações aversivas com intenso sofrimento e desconforto, ou mesmo chegam a se esquivar, acarretando prejuízos em várias áreas de suas vidas, como abandono dos estudos, abandono de trabalho, isolamento social e empobrecimento da vida amorosa (GEBARA, 2014).

Pode-se dizer que certo grau de ansiedade é natural, podendo inclusive atuar como um motivador positivo, de uma forma geral a ansiedade é difícil de tratar e em alguns casos pode ser incapacitante, levando o indivíduo a diversos prejuízos em contextos como trabalho, familiar, relacional, entre outros, além de levar ao sofrimento e perdas de oportunidades. A ansiedade social, se não for tratada adequadamente pode evoluir para problemas mais graves como, por exemplo, transtornos de ansiedade generalizada e ataques de pânico. A ansiedade social é considerada um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, apresentando níveis de prevalência que variam entre 5 e 13% (CLARK; BECK, 2012; RANGÉ, 2011; WRIGHT, et al., 2019).

A ansiedade social impõe ônus individuais e sociais e tendem a ser crônicos e incapacitantes, gerando custos econômicos que incluem emergência, internação, medicamentos com receita médica, redução de produtividade, absenteísmo, isolamento social e, em alguns casos, suicídio (KAPCZINSKI; QUEVEDO; IZQUIERDO et al., 2011; HOFFMAN; OTTO, 2018).

As taxas de ansiedade social são mais elevadas no sexo feminino, apresentando uma diferença mais acentuada entre adolescentes e jovens adultos, no que se refere à população geral; no entanto, em amostras clínicas, a prevalência é um pouco maior em indivíduos do sexo masculino. Alguns dos fatores predisponentes ou etiológicos possíveis para o desenvolvimento do TAS podem ser fatores genéticos, neurológicos, timidez na infância, maus-tratos e experiências traumáticas (APA, 2014; MACHADO-DE-SOUSA et al., 2014).

A ansiedade social é multifacetada, envolvendo diferentes elementos nos âmbitos fisiológico, cognitivo e comportamental. Os fatores genéticos parecem exercer papel importante no desenvolvimento do TAS, tendo uma frequência maior em parentes de primeiro grau de sujeitos com o transtorno do que em controles saudáveis (MULLER, et al, 2015).

O medo, que as pessoas com transtorno de ansiedade social têm em situações sociais, é tão forte que eles sentem que está além de sua capacidade de controlar, interferindo negativamente, na maioria das vezes, na capacidade de trabalhar, de frequentar a escola ou de fazer as coisas do dia a dia. Pessoas com transtorno de ansiedade social podem se preocupar com essas e outras coisas por semanas antes que eles aconteçam, antecipando o sofrimento e, às vezes, evitando lugares ou eventos onde eles acreditam que estarão expostos a situações que possam leva-los a se envergonhar (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2016).

É possível, também, que os indivíduos com ansiedade social já tenham passado por experiências nas quais foram criticados, julgados, humilhados ou outras consequências sociais adversas, implicando no desenvolvimento ou manutenção do transtorno de ansiedade social.

Sabe-se que a preocupação é uma característica marcante do TAS, além disso, os construtos cognitivos associados à preocupação, como intolerância à incerteza, orientação negativa ao problema, crenças positivas e negativas sobre a preocupação e esquiva cognitiva, também estão associados ao TAS (HEARN, et al., 2017).

Embora o medo de avaliação negativa dos outros seja considerado o fator cognitivo negativo central no TAS, tem havido um reconhecimento crescente da importância de aspectos adicionais, tais como ruborização da face, sudorese e tremores, apresentados em ambientes sociais por estes indivíduos, relacionados ao medo de serem percebidos pelos demais, contribuindo para o isolamento social dos portadores (NISHIKAWA, et al, 2017).

Durante muito tempo o TAS foi negligenciado, sendo, muitas vezes, considerado como timidez. Durante as últimas décadas, o TAS passou a ser reconhecido como um problema psiquiátrico crônico associado a um comprometimento funcional significativo, podendo ser incapacitante em suas formas mais graves. Os ansiosos sociais tendem a evitar as situações sociais ou enfrentá-las com elevado sofrimento e ansiedade, levando-os a evitar situações de exposição, e, apresentando sintomas como sudorese excessiva, taquicardia, tremores, tensão muscular, paralisação comportamental, desconforto gastrointestinal, entre outros (NUTT; BALLENGER, 2010; WRIGHT, et al, 2019).

O transtorno, geralmente, tem início no começo da adolescência e segue um curso crônico com alta proporção de comorbidades o que faz com que seja considerado um importante problema de saúde pública. Ressalta-se, ainda, que os principais medos estão relacionados à exposição pública, uma vez que mantém a crença de que estão, constantemente, sendo avaliados e julgados pelos outros. A situação mais temida pelo ansioso social é falar em público, seguida de falar com estranhos e conhecer novas pessoas (ROCHELLE, 2018).

Uma vez que a pele desempenha um papel importante na interação do ser humano com o mundo e a cor da pele é um dos importantes elementos da percepção da saúde de alguém, qualquer alteração na pele, como no caso do vitiligo, pode ter consequências psicológicas negativas nos portadores, maior probabilidade destes para apresentarem níveis elevados de TAS, como também baixa autoestima e baixa autoconfiança, causando impacto negativo no desempenho diário (ELBULUK; EZZEDINE, 2017; MONTGOMERY; WHITE; THOMPSON, 2017).

Os indivíduos com vitiligo apresentam uma tendência ao isolamento social, pouca interação com os pares, baixa autoestima, vergonha, recusa de intimidade, elevados índices de ideação suicida, medo, baixa qualidade de vida, além de sentirem-se discriminados socialmente (SALMAN, et al, 2016).

Além disso, o vitiligo, por ser uma doença multifacetada, também envolve parentes dos indivíduos e outros contatos próximos. De fato, muitos indivíduos com vitiligo são extremamente abalados emocionalmente, com uma tendência a antecipar a rejeição e as críticas. Muitos relatam que foram alvos de comentários cruéis e embaraçosos, não só de estranhos, mas também de amigos íntimos (ELBULUK; EZZEDINE, 2017).

Portanto, ao lidar com indivíduos com vitiligo, é imprescindível considerar o estresse psicossocial e possíveis comorbidades psiquiátricas relacionada à doença que impactam na vida do sujeito, e não só a severidade da doença, porque estas podem ter implicações importantes na construção de um plano de trabalho para o tratamento (ELBULUK; EZZEDINE, 2017).

### **2.2.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada**

Os transtornos de ansiedade, de uma maneira geral, são os transtornos psiquiátricos que mais afetam a saúde mental da população geral, interferindo, negativamente em diversos aspectos da vida dos indivíduos (CRASKE; STEIN, 2016).

As características essenciais do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) são ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. Os adultos com transtorno de ansiedade generalizada frequentemente se preocupam com circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, a saúde dos membros da família, desgraças com seus filhos ou questões menores, como, por exemplo, realizar as tarefas domésticas ou se atrasar para compromissos (APA, 2014).

O Manual Diagnóstico de Transtorno Mentais (DSM-V), em sua quinta edição lista os critérios diagnósticos do TAG (APA, 2014, p. 222-223), sendo eles:

- A. Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses e relacionada a inúmeros eventos ou atividades (p.ex. trabalho e desempenho escolar).
- B. A preocupação é difícil de controlar.

C. A ansiedade e a preocupação estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses): inquietação ou sensação de estar no limite; cansar-se facilmente; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular; distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação sono não satisfatório).

D. Os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras.

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (ZUARDI, 2017).

A ansiedade e a preocupação são acompanhadas por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade de concentrar-se ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação do sono (APA, 2014). Indivíduos com TAG colocam muita atenção em estímulos ameaçadores e tendem a interpretar estímulos ambíguos como ameaçadores. Apresentam, mais frequentemente características de personalidade com timidez e neuroticismo. Em geral o TAG está associado aos eventos de vida indesejáveis ou traumáticos (STRÖHLE et al, 2018).

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento com estatísticas dos distúrbios psiquiátricos ao redor do globo. Os transtornos de ansiedade atingem um total de 264 milhões de indivíduos – desses, 18 milhões são brasileiros. O Brasil, aliás, é campeão nos números desse transtorno, com 9,3% da população afetada, bem superior à de outros países Latino Americanos como o Paraguai, com uma taxa de 7,6%. Na Europa, as maiores prevalências são encontradas na Noruega (7,4%) e Holanda (6,4%), enquanto nos Estados Unidos da América, a taxa de prevalência é de 2,9% na população em geral (WHO, 2017).

Um estudo transversal, de base populacional, realizado no Brasil entre 2011 e 2014, apontou uma taxa de prevalência do TAG de 14,3%, em uma população com idade entre 18 e 35 anos. A amostra foi composta em 54,9% por mulheres e em 45,1% por homens. As mulheres tiveram maior prevalência de ansiedade de modo geral,

quando comparadas aos homens; o sexo feminino alcançou 32,5%, enquanto o masculino, 21,3% (COSTA, et al, 2019).

A preocupação excessiva prejudica a capacidade do indivíduo de fazer as coisas de forma rápida e eficiente, seja em casa, seja no trabalho. A preocupação toma tempo e energia; os sintomas associados de tensão muscular e sensação de estar com os nervos à flor da pele, cansaço, dificuldade em concentrar-se e perturbação do sono contribuem para o prejuízo. A preocupação excessiva pode prejudicar de forma importante a capacidade desses indivíduos de incentivar o sentimento de confiança em seus filhos (APA, 2014).

Todavia, há de se notar que certas populações, devido aos mais diversos motivos, acabam se tornando mais expostas a esse transtorno. Além disso, é sabido que as sociedades atuais, regidas pela regra onde tempo é dinheiro, aparência é fundamental, tem exposto as pessoas a pressões, sejam elas profissionais e pessoais, cada vez mais estressantes, o que, a longo prazo pode gerar patologias psiquiátricas (PINTO; CAVESTRO; FERREIRA, 2018).

Entre as condições que afetam a saúde mental dos indivíduos, tem-se aquelas relacionadas à aparência física. A pele é o órgão mais extenso, constituindo-se como um limite entre o indivíduo e seu meio, processa informações que permite o estabelecimento de complexas relações do ser humano com seu ambiente físico e social (RUIZ; REIS, 2018).

A pele é o principal foco de atenção, aproximação e conseqüente interação entre as pessoas. Isso porque a pele ao mesmo tempo em que nos protege é a fachada que nos expõe. Doenças na pele, por sua visibilidade e extensão, têm grande potencial de interferir em diferentes níveis desses processos, inclusive nas interações afetivas e sociais, sendo estimado que, aproximadamente, um, entre três, dos indivíduos com doenças dermatológicas desenvolvem distúrbios emocionais associados, como também, os problemas dermatológicos costumam ser acompanhados por estresse emocional influenciando, dessa forma, as alterações da pele (AZAMBUJA, 2013; JESUS; SANTOS; BRANDÃO, 2015; RUIZ; REIS, 2018).

Doenças na pele, tais como o vitiligo, podem alterar a imagem de uma pessoa, dependendo de como isso afeta o indivíduo emocionalmente, pode haver uma mudança no tratamento dessa pessoa pela sociedade, assim afetando sua auto aceitação em sua relação com a sociedade. Nessas situações a autoimagem abala a

autoestima da pessoa, podendo desencadear crises de ansiedade (JESUS; SANTOS; BRANDÃO, 2015, p. 78).

Psicólogos e psiquiatras começaram a incorporar intervenções específicas que se empregam às patologias dermatológicas, que por se apresentarem expostas aos olhos sociais, promovem desconforto social, pelo estigma, preconceito e a discriminação que são sujeitos (MAKSUD, 2014).

Uma dermatose exposta em um paciente, como é o caso do vitiligo, afetando seu comportamento, suas tolerâncias e a sua autoconfiança o traz sentimentos que mudam totalmente a sua flexibilidade com acontecimentos comuns.

Um estudo realizado com 63 indivíduos com vitiligo apontou que 86% dos participantes relataram haver alguma situação relacionada ao vitiligo que os incomoda. Entre as situações citadas estão: o comportamento das pessoas, como perguntas, olhares, comentários e atitudes preconceituosas; a exposição das manchas, que consigo traz o incômodo ao fotografar, a necessidade de usar maquiagem para esconder; a aparência, ou seja, a dificuldade de lidar com a aparência ao se olhar no espelho; as interações sociais, pois muitos sentem dificuldade na relação social, dificuldade em se envolver afetivamente com alguém ou deixam de se divertir com os amigos; o aspecto emocional, que envolve a alteração da autoestima, ter que controlar as emoções, o sentimento de vergonha, a ansiedade e a depressão (CORREIA; BORLOTI, 2013).

Outro estudo, realizado com 272 indivíduos com doenças dermatológicas visivelmente expostas, entre eles 95 indivíduos com vitiligo, assinalou que 32,6% dos indivíduos com vitiligo apresentam um ou mais transtornos psiquiátricos, sendo o transtorno depressivo e o transtorno de ansiedade os mais prevalentes, com taxas de 10,5% e 13,8%, respectivamente. Além disso, foi observado baixos níveis de qualidade de vida (DABAS, et al, 2020).

Embora seja sabido que o estado psicológico de um indivíduo se constitui da interação de diversos fatores, não dependendo apenas da sua condição de saúde, é certo que a doença dermatológica, principalmente as visíveis, como o vitiligo, podem afetar gravemente o estado psicológicos dos indivíduos, uma vez que, muitas vezes, leva ao estigma social, ao preconceito, à discriminação, promovendo um risco elevando de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, entre eles o transtorno de ansiedade generalizada, como também o impacto negativo na vida dos indivíduos com vitiligo (CHEN, et al, 2020).

### 2.2.3 Transtorno Depressivo Maior

O Transtorno Depressivo Maior (TDM), ou depressão, é o principal problema de saúde e principal causa de incapacidade em todo o mundo, atingindo mais de 300 milhões de pessoas e apresentando um aumento de 18% entre 2005 e 2015 (WHO, 2017). No Brasil, é um dos transtornos mentais mais comuns, com uma prevalência de cerca de 15% ao longo da vida e uma prevalência anual em torno de 10% nas diversas regiões do Brasil. Este número é semelhante ao de diversos países, independentemente do grau de desenvolvimento, como, por exemplo, nos Estados Unidos da América (16%), Alemanha (11%), Chile (9%) (STOPA et al, 2015).

O percentual estimado da população global com depressão em 2015 foi de 4,4%, sendo mais comum entre mulheres (5,1%) do que homens (3,6%). Afeta, aproximadamente, 350 milhões de pessoas, sendo que destas apenas 10% recebem tratamento adequado, seja devido à falta de recursos, de profissionais capacitados ou devido ao próprio estigma relacionado à doença (WHO, 2017).

Trata-se de um transtorno que tem como característica 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 (APA, 2014).

Os critérios diagnósticos da depressão, de acordo com o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V) incluem: a presença de pelo menos cinco entre os nove critérios listados abaixo. Sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e um deles deve ser obrigatoriamente humor deprimido ou perda de interesse/prazer (APA, 2014).

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação

feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso) (Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).

2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação).
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (por exemplo, mudança de mais de 5% do peso corporal em menos de um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: em crianças, considerar o insucesso em obter o peso esperado).
4. Insônia ou hipersonia quase diária.
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente auto recriminação ou culpa por estar doente).
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, persistindo na maior parte do dia, quase todos os dias. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado (APA, 2014).

A perda de interesse ou prazer quase sempre está presente, pelo menos em algum grau. Os indivíduos podem relatar menor interesse por passatempos, “não se importar mais” ou falta de prazer com qualquer atividade anteriormente considerada prazerosa (APA, 2014).

Estudos longitudinais revelam que o transtorno depressivo maior é primariamente uma patologia com elevada taxa de recorrência e cronicidade,

tornando-se um sério problema de saúde pública. Além disso, a pobreza, o desemprego, os eventos de vida e as doenças aumentam o risco de desenvolvimento do transtorno depressivo maior (FRIEDRICH, 2017).

O impacto social da depressão inclui além da incapacidade individual, a sobrecarga familiar associado à doença. O prejuízo pode ser muito leve, de forma que muitos daqueles que interagem com o indivíduo afetado não percebem os sintomas depressivos. O prejuízo, no entanto, pode se estender até a total incapacidade, de modo que a pessoa deprimida é incapaz de dar atenção às necessidades básicas de cuidado consigo mesma ou fica muda ou catatônica. Entre os indivíduos atendidos em contextos médicos gerais, aqueles com transtorno depressivo maior têm mais dor e doença física e maior redução no funcionamento físico, social e de papéis funcionais (APA, 2014).

O humor, seja ele negativo ou positivo, desempenha um papel crítico no comportamento social e interpessoal, e na cognição. Sabe-se que os fatos positivos levam a interpretar situações externas de forma mais otimista e com maior confiança, promovendo maior altruísmo e melhor comportamento social. Por outro lado, a depressão leva a afetos negativos que promovem um comportamento social mais pessimista e cético. Isto explica por que os estudos têm frequentemente associado depressão com incapacidade nas funções sociais (FONSECA, 2016; LAURENTINO, 2015).

A aparência física desempenha um papel crucial na vida, sendo a atratividade física um elemento que pode afetar e influenciar significativamente a autoestima, a maneira como o paciente se vê. Está associado à construção dos traços de personalidade e, portanto, afetando as relações sociais. A pele, por ser o maior e o mais visível órgão do corpo, afeta em grande parte a aparência física. Uma pele normal e saudável desempenha um papel essencial na manutenção do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. O rosto é uma parte importante do corpo em termos de atratividade do ser humano para o sexo oposto (SALMAN et. al., 2016).

O vitiligo, como outras doenças de pele que se manifestam em áreas visíveis, causa grande impacto em todas as esferas da vida do seu portador, seja no ambiente de trabalho, nas relações sociais e até mesmo no âmbito familiar. Problema causado pelo impacto histórico da doença, que permanece na mentalidade da sociedade, com pouca informação, como doença que pode ser contagiosa, trazendo, como consequência, rejeição, discriminação e exclusão social do portador. Além do

sofrimento causado pela estigmatização da doença, a autopercepção negativa também tem grande impacto psicossocial (SANTOS, et al, 2020).

Embora não ameace a integridade física do indivíduo, o vitiligo pode impactar na saúde mental. Autores têm apontado que manchas em áreas expostas da pele, como face e mãos, frequentemente causam mal-estar, podendo estar relacionado ao impacto social produzido por uma frequente associação entre doença de pele, ideias de contágio e atribuição de pouco asseio pessoal; essas relações conduziram a um processo de estigmatização que pode levar alguns indivíduos a se afastarem desses indivíduos (BÚ; ALEXANDRE; SCARDUA; ARAÚJO, 2017; DATTA; PANDA; BANERJEE, 2015).

Relatos de pesquisa têm indicado que esse processo social pode ter sérias consequências para a vida do portador, produzindo relatos de constrangimento social, vergonha, ansiedade, baixa autoestima e depressão. Estudo desenvolvido na Grécia, com 216 indivíduos com vitiligo, apresentou escores significativamente mais altos de depressão, como também baixa autoestima e baixa qualidade de vida para aqueles com diagnóstico de vitiligo, em particular para a população do sexo feminino (BONOTIS et al., 2016).

Embora a literatura internacional venha acumulando evidências que parecem apontar para uma relativa comorbidade entre depressão, ansiedade e vitiligo, poucas pesquisas têm sistematicamente endereçado estas questões com a população brasileira (TINOCO; CALIGIORNE, 2019).

Em um estudo realizado com 114 mulheres com vitiligo, os resultados mostraram que 42,8% das participantes apresentaram sinais de depressão e 18,4% alcançaram escores de baixa autoestima. Foi observado também um relativo desconforto nas regiões teoricamente encobertas, porém usualmente relacionadas ao comportamento erótico-sexual, a saber: seios, genital e nádegas (RUIZ; REIS, 2018).

O estudo que investigou desesperança, depressão e ansiedade em indivíduos com vitiligo na população iraniana, apontou que os níveis dos três construtos são, significativamente, mais elevados nestes indivíduos, quando comparados a controles saudáveis. Além disso, mostrou que os indivíduos com vitiligo casados, com áreas genitais e os pés com as manchas acrômicas, e os solteiros, com área do tronco afetada, apresentaram níveis mais elevados de depressão (HAMIDIZADEH, et al., 2020).

A sensação de ser estigmatizado ou diferente dos outros é uma reação comum nos indivíduos com vitiligo e pode afetar o seu comportamento interpessoal e social. A natureza crônica e o curso imprevisível da doença, juntamente com a falta de terapia eficaz e uniforme, levam o indivíduo a apresentar níveis mais elevados de estresse, ansiedade, depressão e frustração. Além disso, o vitiligo influencia a maneira como os portadores são percebidos pelos outros, podendo afetar a vida social e conjugal (SARKAR, et al., 2018).

#### **2.2.4 Estratégias de *coping***

O *coping* pode ser compreendido como um conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para adaptarem-se a circunstâncias e situações adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, têm se constituído em objeto de estudo da psicologia social, da psicologia clínica e da psicologia da personalidade. As estratégias de *coping* podem ser classificadas de acordo com a capacidade do sujeito de resolução de problemas, se manifestando em *Eu coping* e *Dis coping* (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

Considerando as diferentes manifestações do *coping*, são apontadas as possibilidades da seguinte forma: *Eu coping-dis coping* – que se refere a uma estratégia que anteriormente solucionava bem a situação estressante, passa a ser irrelevante, ineficaz; e, *Dis coping-eu coping*, quando a estratégia inicial foi difícil, dolorosa, causou desconforto, mas com o passar do tempo gerou satisfação (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

A teoria de Folkman e Lazarus, desenvolvida em 1960, é de grande relevância para a compreensão do *coping*, sendo enfatizado o processo relacional entre o sujeito e o ambiente e os traços de personalidade de cada indivíduo. Dessa forma, o *coping* é compreendido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelas pessoas visando lidar com demandas, internas e externas, que aparecem em situações adversas e de estresse e são compreendidas como situações que vão além dos recursos pessoais de cada um. Esta definição implica que as estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas, readaptadas e descartadas (LAZARUS; FOLKMAN, 1984 apud GALLEGOS, 2019).

Este modelo envolve quatro principais conceitos: (a) *coping* é uma interação ocorrida entre o indivíduo e o ambiente; (b) a função do *coping* é de administrar a situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* implicam na noção de avaliação, ou seja, verificação de como o fato é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* requer uma mobilização de esforço, através da qual as pessoas deverão empreender esforços cognitivos e comportamentais para gerir (minimizar ou tolerar) as questões internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

As estratégias podem ser classificadas em dois tipos, dependendo de sua função. O *coping* focalizado na emoção, que é definido como um esforço para regular o estado emocional associado ao estresse, ou é o resultado de eventos estressantes. Estes esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse. Por outro lado, o *coping* focalizado no problema é um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, com o objetivo mudá-la. A função desta estratégia é modificar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019).

Nos últimos tempos, as doenças crônicas de pele vêm sendo estudadas não apenas do ponto de vista físico, mas, também dos aspectos psicossociais envolvidos nas diversas dermatoses. É preciso considerar tanto fatores emocionais quanto sociais nas questões relacionadas à saúde. Mais recentemente a psiconeuroimunologia vem também contribuindo para a compreensão das doenças sob um enfoque multidimensional (SILVERBERG; SILVERBERG, 2015; KRUGER; SCHALLREUTER, 2015; GRUMES; MILLER, 2018).

Assim, como é sabido, o estresse se trata de desarranjo emocional que é capaz de ocasionar diversos adoecimentos fisiológicos em um indivíduo, tal como o processo de adoecimento ou piora de dermatoses crônicas, como é o caso do vitiligo. Portanto, pode-se dizer que a doença dermatológica – no caso deste estudo, o vitiligo – consistirá em um estressor ou não, a depender da forma como for avaliada por seu portador. Além disso, a insatisfação pessoal em não cumprir as exigências externas, de aparência, pode-se refletir em dificuldades nos relacionamentos interpessoais e em elevado nível de estresse (MELO et al., 2019; HENNING, et al., 2020).

Estudos apontam que há uma menor aceitação do vitiligo em relação aos seus efeitos sobre a aparência nos portadores, do que em sujeitos saudáveis. A aceitação de que o vitiligo é uma condição de longo prazo, gerenciando constrangimento e falta de autoconfiança também foram as dificuldades apontadas por portadores, principalmente quando se trata de vitiligo facial e genital, promovendo maior impacto psicológico nos seus portadores (BU, et al., 2017; BIDAQUI, et al., 2018).

Qualquer condição que afeta a aparência pode estar repleta de perda de privilégios, perda de oportunidades e perda de mobilidade social frequentemente ascendente. Sociedades que têm uma preferência cultural por tons de pele específicos, frequentemente, percebem a pigmentação como passaporte para a sociedade, e os defeitos são percebidos, frequentemente, como devastadores (GRIMES; MILLER, 2018).

A carga psicológica desse problema dermatológico é relativamente alta. Pesquisadores relatam sobre o ônus do vitiligo apontando que, aproximadamente, 75% dos envolvidos estimam que sua aparência é moderada a severamente intolerável, causando efeitos negativos profundos na vida privada e social dos portadores. Os indivíduos podem experimentar estresse emocional, particularmente quando o vitiligo se desenvolve em áreas visíveis do corpo, como o rosto e as mãos, levando-os a sentirem-se envergonhados, com diminuição da autoconfiança e autoaceitação, ou demasiadamente preocupados com a reação das outras pessoas (BÚ, et al., 2017; BIDAQUI, et al., 2018).

### **2.3 Terapia de Exposição à Realidade Virtual para Ansiedade Social**

Novas tecnologias têm sido cada vez mais aceitas e incorporadas como recurso útil na área da Psicologia, tanto no meio científico quanto na prestação de serviços, como a clínica psicológica. A utilização de recursos tecnológicos pode contribuir para agilidade do processo terapêutico e para o desenvolvimento de formas cada vez mais criativas e produtivas de ação (STOQUE, et al., 2016).

A realidade virtual (RV) é um conceito presente na área da computação e se constitui pela criação de um ambiente virtual no qual se pode usufruir de uma experiência interativa entre uma interface virtual e um indivíduo (FIALHO, 2018).

Assim, a RV refere-se à representação de um ambiente real ou imaginário recorrendo a modelos computacionais e interativos via interface pessoa-máquina.

Uma combinação de hardware e software que, ajustados entre si, proporcionam um ambiente virtual imersivo e interativo ao nível das percepções sensoriais do utilizador, tipicamente, os receptores de visão e audição (VIRTUAL REALITY SOCIETY, 2016).

Como recurso complementar à psicoterapia, a tecnologia de Realidade Virtual (RV) possibilita atuação dinâmica e ativa tanto do terapeuta quanto do cliente e abre espaço para investigações sistemáticas sobre a eficácia de programas de intervenção terapêuticos que incluem essa tecnologia (PERANDRÉ; HAYDU, 2018).

Nesse propósito, a realidade virtual (RV) surge como uma possibilidade de tratamento para diversos transtornos, entre eles o transtorno de ansiedade social. O princípio do tratamento com a realidade virtual é expor o paciente, no ambiente virtual imersivo ou não imersivo, a situações semelhantes àsquelas que na vida real são a origem da fobia. Com a tecnologia VR, o paciente é submetido a uma espécie de treinamento para que quando se depare com a situação que gera a fobia, ele seja capaz de lidar com ela e superar os medos (PERANDRÉ; HAYDU, 2018).

Tradicionalmente, utiliza-se a terapia de exposição *in vivo*. No entanto, a exposição ao ambiente natural gera uma ansiedade antecipatória mais elevada, e, muitas vezes promove o abandono da terapia (GERBARA, 2014).

A terapia baseada em RV pode oferecer uma solução para essas limitações. Os ambientes de RV podem ser personalizados pessoalmente para se ajustarem aos gatilhos específicos de um paciente e permitem praticando o comportamento social em ambientes relevantes. Além disso, o comportamento pode ser praticado repetidamente dentro da VR, e os terapeutas podem fornecer feedback direto. Além disso, a terapia de RV pode ser realizada dentro da sala de tratamento, o que reduz os limites para se envolver em terapia (FREEMAN et al., 2017; GERAETS et al, 2019).



**Figura 4.** Uso de Simulador de Realidade Virtual na psicoterapia.

Os programas de intervenção que utilizam a RV (Figura 4) como recurso terapêutico, por sua vez, permitem o controle de algumas contingências de interação

entre o usuário e o avatar (personagem simulado), úteis em programas de intervenção para tratamento de transtorno de ansiedade social (ZACARIN et al., 2017).

Porém, um dos aspectos a ser considerado nas intervenções com a RV consiste na capacidade de o simulador promover senso de presença, que pode ser definido como “o sentimento de ‘estar lá’ no ambiente virtual”, o qual envolve respostas públicas e/ou privadas evocadas por estímulos discriminativos e mantidas por consequências que o ambiente produz (comportamentos operantes) e respostas (públicas e/ou privadas) eliciadas por estímulos do ambiente virtual (comportamentos respondentes) (ZACARIN et al., 2017).

Isso se diferencia de forma especial porque os recursos de RV possibilitam a simulação de uma determinada situação para exposição e imersão do paciente no ambiente temido, evitando o risco que o desempenho *in vivo* da atividade poderia representar. Além disso, o uso da terapia de exposição a realidade virtual possibilita: (a) um controle da gradação dos estímulos aos quais o cliente deve ser exposto; (b) a mensuração e a gravação dos comportamentos emitidos pelo paciente no ambiente virtual; (c) o acompanhamento do progresso feito pelo paciente; (d) a repetição de sessões em que as mesmas condições são apresentadas até que ocorra a habituação às condições e/ou a extinção do medo; (e) o fornecimento de *biofeedback* dos reflexos autonômicos componentes do medo; (f) o reforço do comportamento apropriado do paciente durante o procedimento de exposição (HAYDU et al., 2014).

A experiência de exposição à RV oferece um ambiente controlado onde indivíduos conseguem enfrentar seus medos e até mesmo praticar estratégias para lidar com eles, assim como quebrar padrões de escapamento. Tudo isso de dentro de um ambiente comum, sem estar vivenciando pessoalmente este medo, sendo que o tratamento com o uso da RV pode ser facilmente interrompido ou retomado, dadas as circunstâncias (TORI; HOUNSELL, 2018).

Um estudo, comparando a eficácia de uma Terapia de Exposição à Realidade Virtual (*Virtual Reality Exposure Therapy* – VRET) com uma Terapia de Exposição *in vivo* (*in vivo Exposure Therapy* – iVET), apontou que ambos demonstraram, na comparação das avaliações realizadas antes e depois das intervenções, diminuição da frequência dos comportamentos de esquiva, aumento na duração das interações verbais e redução do estresse percebido. A VRET era feita em cenários que possibilitavam interação verbal com seres humanos virtuais (avatars) e a iVET era feita em situações não-virtuais (*real-life*) semelhantes às virtuais, sendo ambos os

procedimentos individualizados. Os autores concluíram que a VRET pode reduzir as queixas de transtorno de ansiedade social generalizada e que “futuras melhorias tecnológicas e das interações sociais virtuais psicológicas podem aumentar ainda mais a eficácia da VRET em casos de transtorno de ansiedade social” (KAMPMANN et al., 2016).

A tecnologia de RV está em pleno desenvolvimento e é característica das ciências psicológicas incorporar aos seus estudos a avaliação formal de novas tecnologias para dimensionar o impacto de seus usos como recurso terapêutico. Esses recursos podem ser alternativas às técnicas já utilizadas, como a exposição e a dessensibilização sistemática. Além disso, a RV pode contribuir como contexto útil para promoção da terapia verbal, aliando-se outros recursos já utilizados (GERAETS et al., 2019).

## **CAPÍTULO III**

---

### **CASUÍSTICA E MÉTODO**

### **3. CASUÍSTICA E MÉTODO**

#### **3.1 Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, realizado em dois ambulatórios de Dermatologia, sendo um em Alagoas e outro em Sergipe.

É um estudo clínico piloto, de intervenção psicológica mediada pela realidade virtual.

#### **3.2 Local da Pesquisa**

A coleta dos dados ocorreu no ambulatório de dermatologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), e no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS). A pesquisa contou com o auxílio dos médicos Dra. Elvira Cancio Assumpção (UNCISAL) e do Dr. Pedro Dantas Oliveira (HU-UFS).

#### **3.3 Sujeitos**

Foram estudados 58 indivíduos diagnosticados com vitiligo. Destes, 46 foram atendidos no ambulatório de dermatologia da UNCISAL e 12 indivíduos com diagnóstico de vitiligo, atendidos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe – HU-UFS, no período de agosto de 2017 a maio de 2019. A amostra foi determinada por conveniência, a partir da população atendida em ambos os ambulatórios nesse espaço temporal.

Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

##### **3.3.1 Critérios de Inclusão**

- Possuir diagnóstico clínico de vitiligo confirmado;
- Estar em acompanhamento e/ou tratamento com a equipe da dermatologia do ambulatório de dermatologia da UNCISAL ou do HU-UFS.

### 3.3.2 Critérios de Exclusão

- Indivíduos que apresentavam outra doença dermatológica (e.g. psoríase, acne, etc.) e/ou alguma deficiência física ou mental;
- Analfabetismo funcional;
- Distúrbios visuais ou auditivos não corrigidos;
- Distúrbios de linguagem e/ou dificuldade de comunicação;
- Indivíduos com idade inferior a 18 anos.

### 3.3.3 Sistemática da Coleta de Dados

As avaliações, no ambulatório de Dermatologia da UNCISAL, foram agendadas previamente, por meio de ligação telefônica, quando era explicado os objetivos do contato e realizado o convite a participar da pesquisa, e de acordo com a disponibilidade do indivíduo, tanto em relação a horário como local de realização.

No ambulatório de Dermatologia do HU-UFS, as avaliações foram realizadas, convenientemente, nos dias de consulta dos indivíduos com vitiligo. Os indivíduos foram abordados enquanto aguardavam a consulta e foram convidados a participar do estudo.

Em ambas as situações, foram explicados os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, assim como as informações necessárias para compreensão das perguntas, e dos instrumentos de avaliação utilizados.

Para garantir a privacidade no momento da coleta de dados, as entrevistas foram realizadas em espaço reservado, confortável e seguro em cada umas das unidades citadas, com o objetivo de evitar equívocos durante a coleta de dados e com o objetivo de assegurar a compreensão das avaliações.

## 3.4 Método

O estudo foi realizado em duas etapas. A primeira consistiu no estudo transversal, para avaliação de níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada, depressão e estratégias de *coping*, utilizando os instrumentos que são considerados sensíveis para estas avaliações. E a segunda etapa consistiu num estudo clínico

piloto, no qual foi realizada uma intervenção psicoterápica, utilizando-se a técnica de exposição gradual à realidade virtual.

### 3.4.1 Instrumentos do estudo transversal

Foi utilizado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), que é dividido em quatro seções: a primeira seção corresponde às características sociodemográficas, tais como, nome, sexo, idade, raça, estado civil, ocupação, renda familiar e escolaridade; a segunda seção aborda as lesões do vitiligo, no que se refere à localização, ao tipo (segmentar ou não-segmentar), ao estresse associado, à sensibilidade e à dor; a terceira seção avaliou os tipos de terapia e os resultados obtidos, abrangendo diversas modalidades, como a terapia medicamentosa, a psicológica, a fototerapia, as técnicas a laser, as técnicas cirúrgicas ou transplante de melanócitos, e a última seção que verificou a presença de comorbidades, tais como obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemia e depressão, bem como possibilitou a identificação da aceitação e adaptação à condição de pele.

Para a avaliação de ansiedade social foi utilizada a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – LSAS (ANEXO 1), que identifica o papel que a ansiedade social desempenha na vida do indivíduo em várias situações. Foi desenvolvida em 1987, sendo o primeiro instrumento de medida clínica criado para a avaliação da patologia (LIEBOWITZ, 1987).

A LSAS tem o objetivo de avaliar a interação social e as situações de desempenho, em que os indivíduos ansiosos sociais sentem medo/ansiedade e as situações que eles evitam. A escala é considerada um instrumento padrão-ouro para avaliação do transtorno de ansiedade social (TAS), sendo também a mais utilizada em estudos clínicos (TERRA; OSÓRIO, 2016).

A LSAS é composta por 24 itens, divididos em duas subescalas: interação social (11 itens) e situações de *performance* (13 itens). Seus itens são pontuados em uma escala Likert de 4 pontos (0 = nenhum/nunca; 1 = pouco/ocasionalmente; 2 = moderado/frequentemente; 3 = profundo/geralmente), e o escore total é calculado por meio da soma da pontuação obtida em cada um dos itens, sendo o escore máximo de 144 pontos. Paralelamente, é possível obter escores parciais: medo de interação social, medo de *performance*, medo total, evitação de interação social, evitação de *performance* e evitação total (TERRA; OSÓRIO, 2016).

A princípio, a LSAS foi criada para ser heteroadministrada, porém foi adaptada posteriormente para ser utilizada por meio de autoavaliação. Neste estudo utilizou-se a versão heteroadministrada, na qual o clínico questiona e avalia junto ao paciente a intensidade de seus medos/evitações ante as diferentes situações ao longo da última semana, pontuando o instrumento na sequência (TERRA; OSÓRIO, 2016).

A LSAS aponta a presença e o grau de sintomas fóbicos sociais, mas não define o diagnóstico clínico de TAS, devendo seu resultado ser interpretado por um profissional com experiência clínica. Em relação aos estudos que avaliaram as notas de corte mais adequadas para o possível diagnóstico de TAS, foram encontrados alguns resultados.

O estudo de Caballo et al. (2018) sugere que o escore total da LSAS heteroadministrada de 0 a 30 indica uma situação com sintomas inexistentes de ansiedade social, o escore total de 30 a 60 equivalem a sintomas de leve a moderado (sendo a pontuação até 47 considerada leve, e entre 48 e 60, moderada), e escore acima de 60 sintomas graves de ansiedade social, sendo essa a referência adotada neste estudo.

No que se refere à avaliação dos sintomas de ansiedade generalizada foi utilizada a Escala de Ansiedade de Hamilton – HAM-A (ANEXO 2), que foi criada em 1959 por Max Hamilton, sendo uma das primeiras escalas desenvolvidas, utilizada pelo clínico, para avaliar a severidade dos sintomas de ansiedade, amplamente utilizada até os dias atuais tanto na clínica como em pesquisas científicas (BANDEIRA, 2010).

A Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso, ansiedade psíquica (agitação mental e estresse psicológico) e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade, ou seja, ansiedade somática (queixas físicas relacionadas com a ansiedade), o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens.

A dimensão do HAM-A consiste em: (1) humor ansioso: preocupações, antecipação do pior, irritabilidade; (2) Tensão: Sentimentos de tensão, fadiga, resposta assustadora, sentimentos de inquietação, incapacidade de relaxar; (3) Medos: dos estranhos, de serem deixados sozinhos, do tráfego, das multidões, etc.; (4) Insônia: dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório e fadiga ao acordar; (5) Intelectual: dificuldade em concentração, falta de memória; (6) Humor

deprimido: perda de interesse, falta de prazer em passatempos; (7) Somático (muscular): dores e espasmos, aumento do tônus muscular; (8) Somático (sensorial): zumbido, visão embaçada, ondas de calor e frio; (9) Sintomas cardiovasculares: taquicardia, palpitações, dor no peito; (10) Sintomas respiratórios: sensação de asfixia, suspiro, dispneia; (11) Sintomas gastrointestinais: dificuldade em engolir, dor abdominal, sensação de queimação, náusea, vômito; (12) Sintomas genito-urinários: frequência de micção, ejaculação precoce, perda de libido; (13) Sintomas autonômicos: boca seca, rubor, palidez, tendência a suar, dor de cabeça por tensão; (14) Comportamento: inquietação ou estimulação, tremor das mãos, rosto tenso, palidez facial, deglutição com dificuldade, etc. (RAMDAN, 2019).

O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Os graus de ansiedade segundo a Escala de Ansiedade de Hamilton são classificados em: nenhum = 0; leve = 1; médio = 2; forte = 3; máximo = 4. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos: 0 (zero) caracteriza ausência de ansiedade; 1 a 17 pontos caracterizam ansiedade leve; 18 a 24 pontos caracterizam ansiedade moderada; 25 a 56 pontos caracterizam ansiedade severa ou intensa (RAMDAN, 2019).

Para a avaliação da depressão utilizou-se a escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-D). A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton – HAM-D (ANEXO 3) foi construída na década de 1960 por Max Hamilton, é multidimensional, heteroavaliativa do observador, desenvolvida para aplicação em indivíduos previamente diagnosticados com um transtorno do humor (HAMILTON, 1960; MORENO; CARNEIRO, 2016).

Em função da organização e da escolha de seus itens, eles servem para identificar a gravidade dos sintomas depressivos, e não sua existência. Considerada “padrão-ouro” pela psiquiatria, permite a quantificação dos sintomas depressivos, sendo útil para a avaliação na prática clínica e em ensaios clínicos (MORENO; CARNEIRO, 2016).

A versão da HAM-D mais utilizada é composta por 17 itens, com tempo de aplicação variando em torno de 15 a 30 minutos. Os itens avaliam sintomas de humor depressivo, sentimento de culpa, suicídio, insônia inicial, insônia intermediária, insônia tardia, trabalho e atividades, retardo, agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática, sintomas somáticos e gastrintestinais, sintomas somáticos gerais, sintomas

genitais, hipocondria, alteração de peso, crítica (*insight*) (HAMILTON, 1960; MORENO; CARNEIRO, 2016).

A HAM-D se propõe a avaliar a intensidade da depressão, questionando-se sobre os sintomas apresentados na última semana. Os itens são pontuados de 0 a 2, 0 a 3 ou 0 a 4, tendo pontuação total de 50 pontos. A escala não tem ponto de corte específico; assim, por consenso, para a versão de 17 itens utiliza-se a pontuação acima de 23 para classificar paciente muito grave; 19 a 22 para depressão grave; 14 a 18 para grau moderado; 8 a 13 para grau leve; e pontuação inferior a 7 para indivíduo normal (MORENO; CARNEIRO, 2016).

Recomenda-se a HAM-D para utilização clínica e para ensaios randomizados em indivíduos adultos (entre 18 e 59 anos). Não deve ser utilizada para fins diagnósticos, apenas para complemento. A aplicação é feita pelo profissional com base na presença/ausência dos sintomas na última semana (MORENO; CARNEIRO, 2016).

Para avaliação das estratégias de *coping* foi utilizado o Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (ANEXO 4), desenvolvido pelos mesmos em 1984, para avaliar pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas e/ou externas de um evento estressante específico (SAVOIA; AMADERA, 2016).

O questionário centraliza-se no processo de *coping* em uma dada situação particular, e não no *coping* como estilo geral de enfrentamento ou traços de personalidade. Assim, cada situação determina o padrão de estratégias de *coping*, e não variáveis pessoais. Essa situação pode ser qualquer uma em que o sujeito se sentiu estressado por um acontecimento ou porque teve que fazer um esforço considerável para lidar com ele (SAVOIA; AMADERA, 2016).

O Inventário de Estratégias de *Coping* foi utilizado primeiramente para pesquisas que exploram o papel do *coping* na relação entre estresse e resultados adaptativos. É composto de 66 itens que abrangem oito fatores avaliados. Cada fator representa um tipo de estratégia ante determinada situação. Os oito fatores se referem a: Confronto; Afastamento; Auto-Controle; Suporte Social; Aceitação de Responsabilidade; Fuga- Esquiva; Resolução de Problemas, e Reavaliação Positiva. Os itens são respondidos de acordo com a intensidade com que cada sujeito utiliza cada estratégia mencionada, em uma determinada situação, tendo como opções de

respostas: (0) não usei esta estratégia ou usei pouco, (1) usei algumas vezes, (2) usei grande parte de vezes e (3) usei quase sempre (SAVOIA, AMADERA, 2016).

A recomendação para uso do inventário inclui indivíduos a partir dos 16 anos de idade, psiquiátricos ou não. Uma situação de estresse é eleita, e o sujeito avalia as estratégias que utilizou naquele caso específico. O indivíduo indica, em uma escala tipo Likert de 4 pontos, a frequência com que usa cada estratégia, sendo que os escores mais altos representam maior utilização. Geralmente, o tempo de preenchimento do inventário é de 10 minutos para uma situação estressante específica escolhida (SAVOIA, AMADERA, 2016).

Para o escore bruto, deve-se somar os itens de cada fator que corresponde a um determinado tipo de estratégia, obtendo-se um sumário das respostas dos sujeitos a cada tipo de estratégia utilizada (Quadro 1):

**Quadro 1.** Avaliação da Utilização das estratégias de *coping*.

	<b>Não utiliza ou Utiliza pouco</b>	<b>Utiliza algumas vezes</b>	<b>Utiliza grande parte de vezes</b>	<b>Utiliza quase sempre</b>
<b>Confronto</b>	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
<b>Afastamento</b>	0 a 5	6 a 10	11 a 16	17 a 21
<b>Autocontrole</b>	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15
<b>Suporte Social</b>	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
<b>Aceitação de responsabilidade</b>	0 a 5	6 a 10	11 a 16	17 a 21
<b>Fuga e esquiva</b>	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6
<b>Resolução de problemas</b>	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
<b>Reavaliação positiva</b>	0 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27

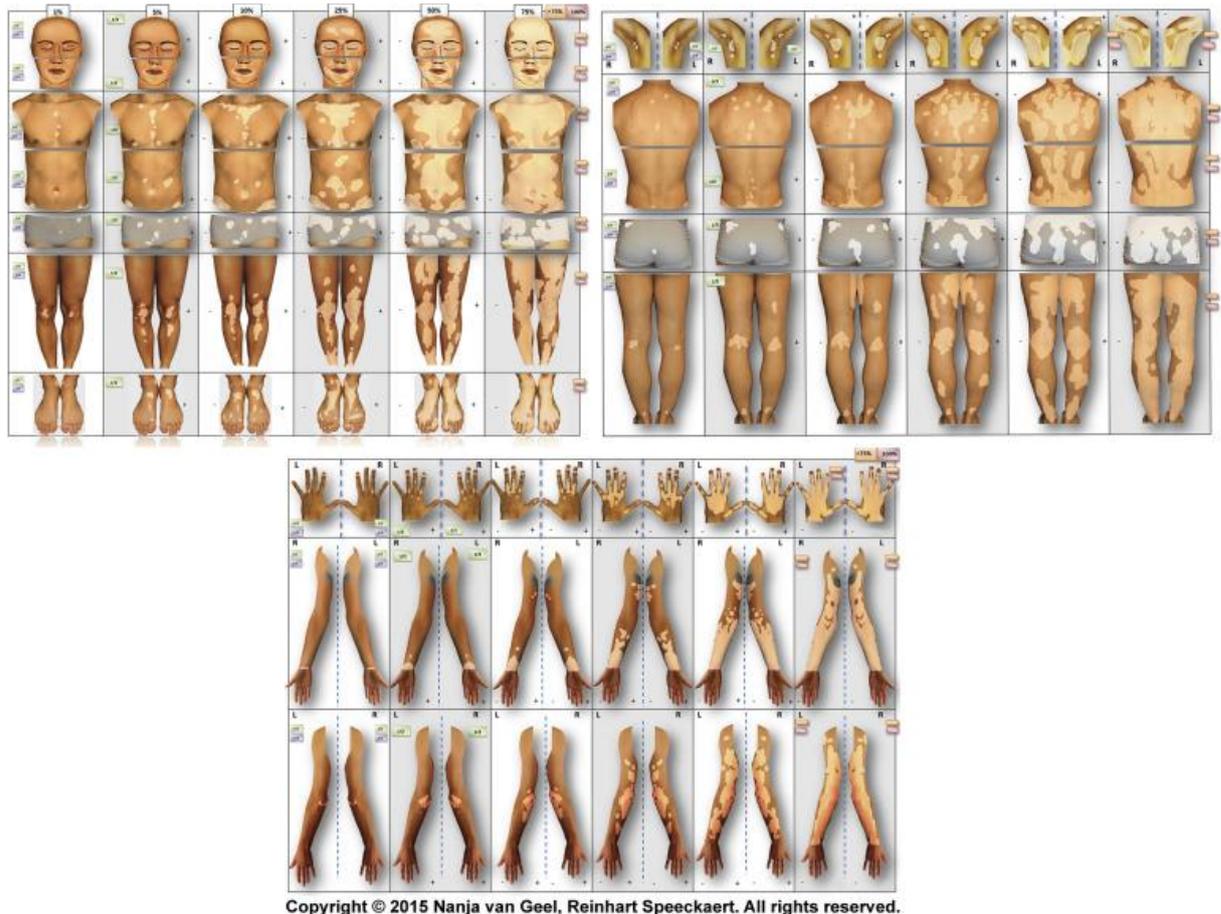
FONTE: Savoia; Amadera, 2016.

Por fim, para avaliação da severidade da lesão, foi utilizada uma avaliação subjetiva, auto referida, e uma objetiva. A avaliação subjetiva foi realizada utilizando uma escala visual analógica de 10 pontos (APÊNDICE C), diante da qual foi solicitado ao paciente que classifique a gravidade de suas lesões selecionando um número de 0 a 10, sendo 0 nada grave e 10, gravíssima.

Para a avaliação objetiva, visando a mensuração da área de superfície corporal afetada, utilizou-se o VES (*Vitiligo Extent Score*) (Figura 5), que consiste em um instrumento de fácil utilização, sendo considerado uma ferramenta promissora nos ensaios clínicos e na prática diária (VAN GEEL et al., 2016). Os indivíduos foram

convidados a mostrar o local do corpo na posição em que seja possível avaliar a lesão e específica para que o avaliador possa marcar as lesões no VES. De acordo com isso, a gravidade vitiligo foi classificada como leve (menos de 25%), moderado (25-50%), grave (51-75%), e muito severo (mais do que 75%) (SALMAN et al., 2016).

**Figura 5.** Ilustração do Vitiligo Extent Score – VES.

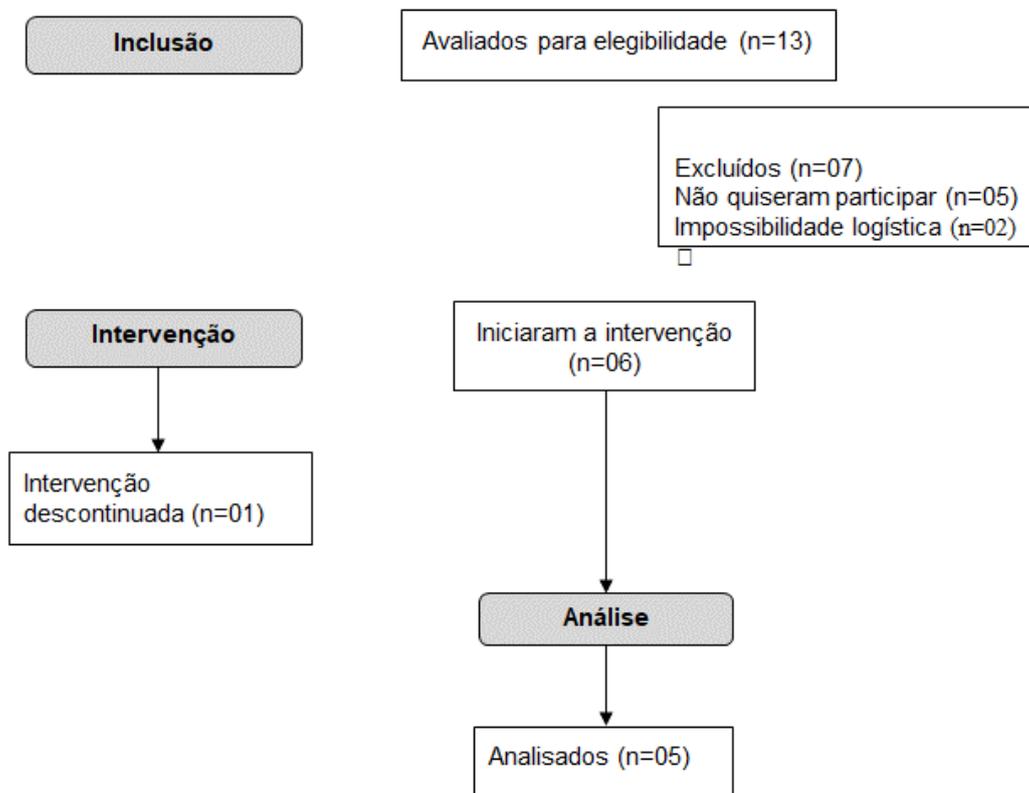


### 3.4.2 Instrumentos e Intervenção a partir da Terapia de Exposição à Realidade Virtual

A segunda etapa do estudo compreendeu um protocolo de intervenção para avaliar o efeito da técnica de exposição à realidade virtual aos estímulos temidos nos níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão. Dos indivíduos avaliados na primeira etapa, 13 (treze) apresentaram níveis de ansiedade social moderada que justificava a intervenção com realidade virtual. Dois não foram convidados por serem de Aracaju, o que impossibilitava a intervenção psicológica a

partir da realidade virtual. Dos 11, apenas seis aceitaram participar da etapa de intervenção, e um deles desistiu no meio do projeto (Figura 6).

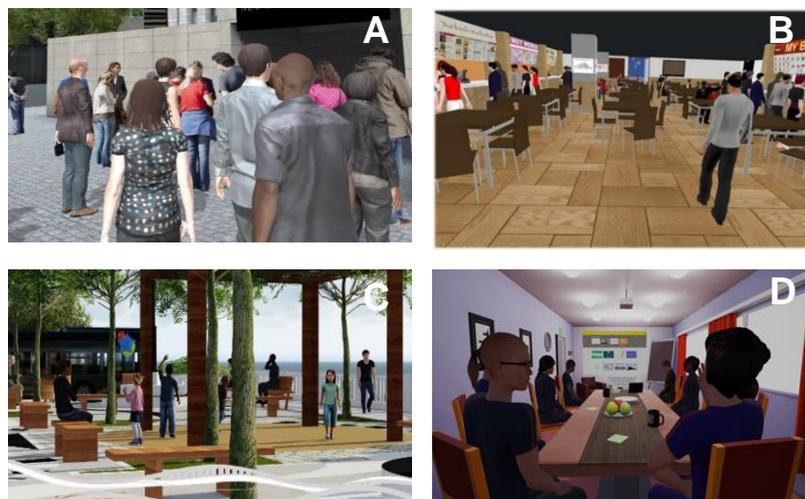
**Figura 6.** Fluxograma para elegibilidade para intervenção mediada pela realidade virtual



As sessões foram realizadas em uma sala privada, consultório da pesquisadora, com as condições físicas adequadas, tanto em relação a estrutura, quanto às condições de acústica. A sala era composta de duas cadeiras e uma mesa para apoio do material e equipamento necessário às sessões.

Foi utilizado o simulador de RV Social Virtual Therapy® – composto por um Oculus Rift®, dois computadores laptops, dois joysticks Oculus Rift®, e fones de ouvido externos. O software foi desenvolvido no núcleo de robótica do Centro Universitário Cesmac, localizada no município de Maceió – AL. O desenvolvimento do software foi iniciado em agosto de 2018 e concluído em fevereiro de 2019. Para a criação dos avatares e das animações utilizou-se o game *engine* Unity®, juntamente com o Visual Studio®. Para a criação dos modelos 3D utilizados na montagem do ambiente virtual, foi utilizado o 3D Blender, um software livre de modelagem.

O simulador apresentava cenários particulares projetados para o tratamento de transtorno de ansiedade social. Os cenários exibidos apresentavam contexto para possíveis interações sociais do participante com os avatares e possível desempenho de tarefas pré-determinadas. Os cenários foram projetados em uma sequência de eventos, de acordo com a necessidade de exposição de cada indivíduo. mas sem prejuízo caso fossem apresentadas cenas em ordem alternativa. As cenas disponíveis foram: uma rua do centro da cidade (Figura 7A), um restaurante localizado em uma praça de alimentação de um shopping center (Figura 7B), uma praça pública para encontro com outras pessoas (Figura 7C), e uma sala de reuniões (Figura 7D). O início se deu nos ambientes citados, com poucas pessoas presentes. Na sequência, eram introduzidas pessoas nas cenas (avatares) gradualmente, e o sujeito tinha que solicitar informações específicas, se apresentar a um grupo de pessoas desconhecidas, manter uma conversa por um determinado período e dar opinião durante uma reunião de trabalho.



**Figura 7.** Cenários do software de realidade virtual.

Foi usada um Manual de Instrução da exposição à RV, que: (a) apresentava uma breve explicação dos comportamentos envolvidos nas relações interpessoais que produziam o medo e/ou esquiva das situações, (b) auxiliava a compreensão das relações comportamentais proporcionadas pela exposição à RV, e (c) descrevia os objetivos das exposições à RV.

### 3.4.2.1 Procedimento de intervenção

O protocolo de intervenção foi composto por dez sessões, ocorridas durante dez semanas consecutivas, com duração de 1h20 cada, sendo: uma sessão inicial, na qual foi explicado todo o procedimento, bem como solicitado a lista de hierarquização das situações aversivas, oito sessões de intervenção com a realidade virtual, e uma sessão de encerramento, com a reavaliação do nível de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão, utilizando os mesmos inventários anteriores.

Na primeira sessão de intervenção o indivíduo foi exposto a todas as cenas que compunham o software, sem necessidade de interação social, com o objetivo de o participante se familiarizar e aprender a como utilizar o equipamento e os acessórios, como os joysticks, a função de “pegar objetos”, movimentação no cenário e o *head-tracking*. Uma instrução foi dada ao participante: “explore todas as cenas e suas áreas, pelo tempo que achar necessário para aprender lidar com o equipamento e familiarizar-se com a tecnologia. Inicialmente, procure não fazer movimentos bruscos da cabeça, pois poderá sentir algum mal-estar, como tontura”. Ao final, as perguntas elaboradas pela pesquisadora e psicóloga, foram direcionadas ao participante “O que você sentiu?”, “O que você fez para lidar com isso?”, “Há algo que você acredita ser importante comentar?”.

Além disso, antes do término da primeira sessão, foi ensinada a técnica de respiração diafragmática, que consiste em explicar como utilizar o músculo diafragmático durante a respiração, facilitando a entrada de ar pelos pulmões e maior oxigenação com menor custo. Para isso, era instruído: “concentre-se em sua respiração, procure sentir os movimentos de inspirar e expirar, procure deixá-los cada vez mais lentos, vá sentindo o ar entrar pela sua boca, depois saindo, preste atenção em sua barriga, que se enche quando você inspira, puxando o ar para dentro e vai murchando quando você solta o ar para fora, expirando. Conte até quatro para inspirar, prenda o ar contando até quatro e libere o ar, contando até seis. Note como é relaxante prestar atenção em sua respiração, e o quanto você tem controle sobre ela, sinta todo seu corpo contribuir para a respiração, relaxando, concentre-se nessa sensação de prazer”.

Nas demais sessões de intervenção, antes do início da exposição à RV, era solicitado que o participante se autoavaliasse em relação ao nível de ansiedade e

desconforto, utilizando a Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto (*Subjective Units of Distress Scale – SUDS*) de Wolpe (1978) (ANEXO 6), que fizesse, por cinco vezes, a respiração diafragmática, e dava-se início a exposição à RV, durante quarenta minutos. Em seguida, era, novamente, aplicada a escala SUDS, e solicitado o feedback da experiência de exposição à RV. O feedback consistia em uma investigação oral, com perguntas, elaboradas pela pesquisadora e psicóloga, do seguinte tipo: “Como você se sentiu ao longo da exposição?” e “Quais as cenas que foram mais difíceis para você?”. O objetivo dessa avaliação era sumarizar, ao encerramento da sessão, os comportamentos apresentados pelo participante durante a sessão, as condições antecedentes e consequentes, ou seja, estruturar possíveis análises funcionais no contexto da exposição e durante a sessão.

A qualquer momento a exposição à RV poderia ser interrompida pelo participante, caso sinais de mal-estar (por exemplo, náuseas, dores de cabeça, tontura), caso a cena a qual estava exposto fosse mais aversiva do que ele pudesse suportar ou por qualquer outra razão apresentada pelo participante. No entanto, nenhuma interrupção não foi necessária ao longo das intervenções.

A sessão de encerramento consistia em uma avaliação geral de todo o processo de intervenção, como também foi reaplicada a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz – LSAS, visando a comparação dos níveis de ansiedade social, antes e depois da intervenção.

### **3.5 Análise de Dados**

A análise estatística foi realizada utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows (Inc., Chicago, Illinois, EUA) software versão v21.0.

O teste de Kolmogorov - Smirnov foi usado para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis. Todas as variáveis em nosso estudo apresentaram distribuição normal.

As variáveis categóricas estão apresentadas como frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis contínuas estão como médias e desvios-padrão. Para comparação das médias antes e após a intervenção com terapia de realidade virtual, utilizou-se um teste “t” para amostra pareadas. A correlação de Pearson foi usada para analisar a associação entre as variáveis estudadas. Adotou-se um alfa igual à 5%. Os valores de  $p$  inferior a 0,05 foram considerados estatisticamente significantes.

### **3.6 Aspectos Éticos**

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram aplicados os princípios éticos, sendo este estudo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e da Universidade Federal de Sergipe (UFS), CAAE: 66105416.6.0000.5011, e número do parecer: 2.220.275. A cópia do parecer está em anexo (ANEXO 5).

Os termos das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados.

Todos os indivíduos envolvidos na pesquisa foram informados dos objetivos, e após a leitura e explicações apresentadas, os que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

## **CAPÍTULO IV**

---

### **RESULTADOS**

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Dados Sócio Demográficos

A característica da amostra, no que se refere a dados sociodemográficos tais como idade, escolaridade, gênero, renda familiar, etnia e estado civil, está disponibilizada nas tabelas 1 e 2. Inicialmente foram calculados a média e desvio padrão para as variáveis quantitativas, ou estatística descritiva, com as características dos participantes, e as frequências para as variáveis qualitativas.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos indivíduos com vitiligo. N=58.

Variáveis	M	DP	Erro Padrão	Min-Máx
<b>Idade (anos)</b>	36,36	12,48	1,60	19-65
<b>Escolaridade (anos completos)</b>	6,4	3,1	0,4	3-16
<b>Renda Familiar Mensal em Salários-Mínimos</b>	2,2	3,8	0,5	0-30

Participaram deste estudo 58 indivíduos diagnosticados com vitiligo. A idade média dos sujeitos que compõem a amostra é de 36,36 anos ( $\pm 12,48$ ), apresentam, em média, 6,4 anos ( $\pm 3,1$ ) de estudo formal, ou seja, anos completos de estudo e renda familiar média de 2,2 salários-mínimos ( $\pm 3,8$ ), conforme disposto na tabela 1.

Pode-se observar na tabela 2, que 77,6% (n=45) dos indivíduos que compõem a amostra são do gênero feminino e 22,4% (n=13) do gênero masculino. No que se refere à etnia, na qual os próprios sujeitos se avaliavam, a amostra é assim distribuída: 66% (n=38) se considerada parda, 29% (n=17) se considera negra e 5% (n=3) se considera branca. Em relação ao estado civil tem-se 66% (n=38) de solteiros, 16% (n=9) de indivíduos casados (ou união estável), 10% (n=6) de viúvos e 8% (n=5) de pessoas divorciadas.

**Tabela 2.** Gênero, Etnia e Estado Civil dos indivíduos com vitiligo. N=58.

Variáveis	Categorias	N	%
<b>Gênero</b>			
	Feminino	45	77,6
	Masculino	13	22,4
<b>Etnia</b>			
	Branca	03	5,2
	Parda	38	65,5
	Negra	17	29,3
<b>Estado Civil</b>			
	Solteiro (a)	38	65,5
	Casado (a)	09	15,5
	Divorciado (a)	05	8,6
	Viúvo (a)	06	10,3

## 4.2 Características do Vitiligo

No que concerne aos dados referentes ao vitiligo a amostra está caracterizada da seguinte forma: média de anos desde o surgimento da primeira lesão  $M=13,64$  ( $\pm 11,22$ ), média de idade de início do vitiligo  $M=22,76$  ( $\pm 6,34$ ), avaliação subjetiva da gravidade da doença  $M=7,62$  ( $\pm 1,25$ ) e percentual de área corporal afetada (BSA), medido através do *Vitiligo Extent Score* (Figura 5), a média foi de  $M=22,24$  ( $\pm 7,97$ ), dados dispostos na tabela 3.

**Tabela 3.** Características de duração e gravidade do Vitiligo nos indivíduos da amostra. N=58.

Variáveis	M	DP	Erro Padrão	Min-Máx
<b>Tempo de convivência com o vitiligo</b>	13,64	11,22	1,65	01-42
<b>Idade de Início do Vitiligo</b>	22,76	6,34	0,80	06-46
<b>Avaliação subjetiva da gravidade</b>	7,62	1,25	0,16	02-10
<b>Percentual de área corporal afetada (BSA)</b>	22,24	7,97	1,15	7,26-49,57

Os dados relativos às características do vitiligo estão dispostos na tabela 4. Observa-se que 77,6% (n=45) dos participantes do estudo relatam ter familiares com a mesma doença. No que se refere ao local de surgimento da primeira lesão, verifica-se que em 46,6% (n=27) dos sujeitos a primeira lesão apareceu na região dos olhos, em 34,5% (n=20) o surgimento foi nos dedos/mão, para 3,4% (n=2) a primeira lesão surgiu na boca, em outros 5,2% (n=3) o aparecimento se deu na área genital, em 5,2% (n=3) dos sujeitos a primeira lesão foi na virilha, e, na face, tornozelo e nádegas em 1,7% (n=1) para cada destas áreas citadas.

**Tabela 4.** Características de hereditariedade, estresse e tipo de Vitiligo nos indivíduos da amostra. N=58.

Variáveis	Categorias	N	%
<b>Familiar com vitiligo</b>			
	Sim	45	77,6
	Não	08	13,8
	Não sabe	05	8,6
<b>Local da primeira lesão</b>			
	Boca	2	3,4
	Dedos	3	5,2
	Face	1	1,7
	Genitais	3	5,2
	Mãos	17	29,3
	Nádegas	1	1,7
	Olhos	27	46,6
	Tornozelo	1	1,7
	Virilha	3	5,2
<b>Período de estresse no surgimento da primeira lesão</b>			
	Sim	39	67,2
	Não	18	31,1
	Não lembro	01	1,7
<b>Alterações nas lesões em períodos de estresse</b>			
	Sim	49	84,5
	Não	09	15,5
<b>Tipo de Vitiligo</b>			
	Não segmentar	58	100
	Segmentar	00	0
<b>Sensibilidade ou dor nas lesões</b>			
	Sim	16	27,6
	Não	42	72,4

Ainda em relação às características do vitiligo (tabela 4), observou-se que 67,2% (n=39) dos sujeitos relataram que estavam vivenciando algum período de estresse quando as primeiras lesões na pele surgiram, enquanto 32,8% (n=18) não passavam por situações de estresse quando do aparecimento das primeiras lesões, e 1,7% (n=1) não lembra. No entanto, a grande maioria 84,5% (n=49) relatou que as lesões na pele sofrem alterações (aumento) em situações e períodos de estresse, apenas 15,5% (n=9) declararam que não percebem alterações diante de momentos estressantes.

Além disso, 100% (n=58) dos participantes desse estudo apresentam vitiligo do tipo não-segmentar e 72,4% (n=42) relataram não sentir dor ou maior sensibilidade nas lesões.

A tabela 5 apresenta os dados sumarizados em relação ao tratamento atual, tratamentos alternativos, acompanhamento psicológico, outras patologias e os cuidados dos indivíduos com a áreas afetadas pelo vitiligo. Em relação a medicação atual utilizada para o vitiligo 38% (n=22) afirmam que não estão fazendo uso de nenhum medicamento, 34,5% (n=20) utilizam o Tarfic, 12% (n=7) fazem uso do Predinisona, 7% utilizam o Clobetasol, e 9% (n=5) utilizam outro medicamento, que não lembravam o nome. Em relação a terapias alternativas (laser, cirurgia, transplante de melanócitos, entre outras), 100% (n=58) relataram que nunca utilizaram.

No que concerne a acompanhamento psicológico devido ao vitiligo, a grande maioria 93% (n=54) não faz e apenas 7% (n=4) têm acompanhamento psicológico. Verificou-se, ainda, que 69% (n=40) dos participantes desta pesquisa não apresentam outras patologias associadas, ou seja, comorbidades, 10% (n=6) apresentam Diabetes Melitus, 9% (n=5) têm hipotireoidismo, 7% (n=4) apresentam hipertensão arterial, 5% (n=3) apresentam Anemia, 5% (n=3) apresentam diagnóstico de Depressão, confirmado por psiquiatra, e 3% (n=2) apresentam colesterol elevado. Em relação aos cuidados com a lesão, 97% (n=56) relataram que protegem as áreas afetadas e 98% piora quando da exposição ao sol. Em relação à adaptação com a sua condição de pele 81% (n=47) relatou que até o momento não se adaptou, 12% (n=7) levou menos de 10 anos para se adaptar e 7% (n=4) levou mais de 10 anos para se adaptar às lesões, dados disponibilizados na tabela 5.

**Tabela 5.** Tratamento do Vitiligo nos indivíduos da amostra. N=58.

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Medicação atual</b>			
	Nenhum	22	37,9
	Prednisona	07	12,1
	Clobetasol	04	6,9
	Tacrolimus	20	34,5
	Outros	05	8,6
<b>Outras terapias (laser, cirurgia, transplante de melanócitos, etc.)</b>			
	Sim	00	0
	Não	58	100
<b>Acompanhamento psicológico</b>			
	Sim	04	6,9
	Não	54	93,1
<b>Outras patologias comorbidades</b>			
	Sem comorbidades	40	68,9
	Diabete Mellitus	06	10,3
	Hipotireoidismo	05	8,6
	Hipertensão	04	6,9
	Anemia	03	5,2
	Depressão	03	5,2
	Hipercolesterolemia	02	3,4
<b>Proteção das lesões</b>			
	Sim	56	96,6
	Não	02	3,4
<b>Piora com exposição ao sol (coceira, vermelhidão)</b>			
	Sim	57	98,2
	Não	01	1,8
<b>Adaptação à condição de pele</b>			
	> 10 anos	4	6,9
	0 a 5 anos	2	3,4
	5 a 10 anos	5	8,6
	Não adaptou	47	81,0

### 4.3 Perfil Psicológico dos participantes

Os dados referentes aos aspectos psicológicos dos sujeitos desta pesquisa estão sumarizados na tabela 6, abaixo. Verificou-se que em relação aos níveis de

ansiedade social, no que se refere a interação social a média foi de  $M=21,55 (\pm 4,18)$  e de desempenho a média foi de  $M=19,97 (\pm 3,82)$ , e o nível de ansiedade social total observado foi  $M=41,52 (\pm 7,69)$ . Os níveis de depressão, na amostra deste estudo, têm uma média de  $M=18,1 (\pm 4,0)$  e de ansiedade generalizada  $M=22,8 (\pm 5,87)$ . No que se refere a estratégias de *coping*, escore total, a média apresentada pelos participantes é de  $M=36,5 (\pm 4,7)$ .

**Tabela 6.** Aspectos psicológicos dos indivíduos da amostra relacionados ao vitiligo. N=58.

<b>Variáveis</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min-Máx</b>	<b>IC 95%</b>
<b>LSAS - Ansiedade social</b>				
Interação social - Medo	12,47	2,58	6-17	11,79-13,14
<b>LSAS - Ansiedade social</b>				
Interação social - Evitação	9,09	1,95	5-13	8,57-9,60
<b>LSAS - Ansiedade social</b>				
Desempenho - Medo	12,19	2,64	6-18	11,50-12,88
<b>LSAS - Ansiedade social</b>				
Desempenho - Evitação	7,78	1,39	4-10	7,41-8,14
<b>LSAS - total</b>	41,52	7,69	21-55	39,49-43,54
<b>HAM-D Depressão</b>	18,10	4,00	5-29	17,05-19,15
<b>HAM-A Ansiedade</b>	22,84	5,87	4-41	21,30-24,39
<b>Estratégias de coping total</b>	36,5	4,7	26-46	35,29-37,78
Confronto	7,36	1,22	05-10	7,04-7,68
Afastamento	2,66	0,61	01-04	2,50-2,82
Autocontrole	8,12	1,30	05-11	7,78-8,46
Suporte social	3,03	0,62	02-04	2,87-3,20
Aceitação	2,52	0,57	02-04	2,37-2,67
Fuga e esquiva	7,52	1,14	05-10	7,22-7,82
Resolução de problema	2,52	0,54	01-03	2,38-2,66
Reavaliação positiva	2,91	0,86	01-05	2,69-3,14

LSAS Escala de Ansiedade Social de Liebowitz; HAM-D Escala de Depressão de Hamilton; HAM-A Escala de Ansiedade de Hamilton.

Os resultados da amostra mostram que 8,6% dos sujeitos que participaram deste estudo não apresentam sintomas de ansiedade social, enquanto 91,4% apresentam sintomas de ansiedade social no nível de leve a moderada. Verificou-se,

ainda, que 3,4% dos sujeitos da pesquisa não apresentam sintomas de depressão, 5,2% apresentam sintomas leves, 44,9% apresentam sintomas moderados, 39,6% apresentam sintomas graves e 6,9% apresentam sintomas muito graves. Foi, também, observado que 17,2% dos sujeitos apresentaram sintomas de nível leve de ansiedade, 53,5% de nível moderado e 29,3% de nível grave de ansiedade geral (Tabela 7).

**Tabela 7.** Frequência de apresentação de sintomas de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada em indivíduos com vitiligo.

Variáveis	Categorias	N	%
<b>Ansiedade Social</b>			
	Leve	40	69,0
	Moderada	13	22,4
	Não	5	8,6
<b>Depressão</b>			
	Sem sintomas	2	3,4
	Sintomas Leves	3	5,2
	Sintomas moderados	26	44,9
	Sintomas graves	23	39,6
	Sintomas muito graves	4	6,9
<b>Ansiedade Generalizada</b>			
	Sintomas leves	10	17,2
	Sintomas moderados	31	53,5
	Sintomas graves	17	29,3

#### 4.4 Correlações entre variáveis e níveis de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada

Na Tabela 8 estão as informações relativas a idade, idade de início do vitiligo, tempo de convivência com o vitiligo, avaliação subjetiva da gravidade do vitiligo, avaliação objetiva da gravidade do vitiligo (BSA) e suas relações com os níveis de ansiedade social (LSAS total), depressão (HAM-D) e ansiedade generalizada (HAM-A), para tanto foi utilizado o método de correlação bivariada de *Pearson (r)*.

Não foram encontradas correlações fortes entre a idade do portador de vitiligo e os níveis de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada. No entanto,

pode-se verificar na tabela 8, a correlação entre a idade de início do vitiligo e ansiedade social foi significativa e positiva ( $r = 0.333, p \leq 0.05$ ), porém fraca, indicando que quanto mais tarde o início do vitiligo maior é o nível de ansiedade social, além disso a correlação entre idade de início vitiligo e depressão também é estatisticamente significativa e positiva ( $r = 0.504, p \leq 0.001$ ), revelando que quanto mais tarde se dá início do vitiligo maior o nível de depressão, como também há uma correlação estatisticamente significativa e positiva, apontando que quanto mais tarde o vitiligo se inicia maior o nível de ansiedade generalizada ( $r = 0.592, p \leq 0.001$ ).

Quanto à relação entre tempo de convivência com o vitiligo e ansiedade social, verificou-se uma correlação negativa, com significância estatística ( $r = -0.593, p \leq 0.001$ ); foi também observada uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre tempo de convivência com o vitiligo e níveis de sintomas de depressão ( $r = -0.368, p \leq 0.05$ ), assim como foi observada uma correlação com significância estatística e negativa, entre tempo de convivência com o vitiligo e ansiedade generalizada ( $r = -0.466, p \leq 0.001$ ). Verifica-se, portanto, que quanto maior o tempo de convivência com o vitiligo menos elevados os níveis de sintomas de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada.

No que se refere à relação entre avaliação subjetiva da gravidade do vitiligo e níveis de ansiedade social, observou-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa ( $r = 0.655, p \leq 0.001$ ); também foi encontrada uma correlação forte, estatisticamente significativa, e positiva entre avaliação subjetiva da gravidade do vitiligo e níveis de sintomas de depressão ( $r = 0.701, p \leq 0.001$ ), assim como verificou-se uma correlação com significância estatística, positiva entre avaliação subjetiva da gravidade do vitiligo e níveis de sintomas de ansiedade generalizada ( $r = 0.654, p \leq 0.001$ ). Observou-se, dessa forma, que quanto maior a autopercepção da gravidade do vitiligo, maiores são os níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão.

No que concerne à relação entre avaliação objetiva da gravidade do vitiligo, obtida pelo percentual de área afetada (BSA), e níveis de sintoma de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada, foi observada uma correlação positiva, e estatisticamente significativa, sendo ( $r = 0.692, p \leq 0.001$ ) para ansiedade social, ( $r = 0.422, p \leq 0.001$ ) para depressão e ( $r = 0.536, p \leq 0.001$ ) para ansiedade generalizada (tabela 8). Estes dados indicam que quanto maior a avaliação objetiva da gravidade

do vitiligo, maiores são os níveis de sintomas de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada.

Foi encontrada correlação positiva, e com significância estatística entre os níveis de ansiedade social (LSAS) e os níveis de depressão (HAM-D) e de ansiedade generalizada (HAM-A), sendo, respectivamente ( $r = 0.436$ ,  $p \leq 0.001$ ) e ( $r = 0.437$ ,  $p \leq 0.001$ ) apontando que quanto mais elevado o nível de sintomas de ansiedade social, maiores os níveis de depressão e de ansiedade generalizada. Bem como foi encontrada uma correlação muito forte, estatisticamente significativa e positiva entre os níveis de sintomas de depressão (HAM-D) e os níveis de ansiedade generalizada (HAM-A) ( $r = 0.851$ ,  $p \leq 0.001$ ), indicando que quanto maiores os níveis de sintomas de depressão, mais elevados os níveis de sintomas de ansiedade generalizada (tabela 8).

**Tabela 8.** Correlação de variáveis clínicas, ansiedade social, depressão e níveis de ansiedade generalizada em indivíduos com vitiligo (r de Pearson).

	<b>LSAS total</b>	<b>HAM-D</b>	<b>HAM-A</b>
<b>Idade</b>	,085	,109	,153
<b>Idade de início do vitiligo</b>	,333*	,504**	,592**
<b>Tempo de convivência com o vitiligo</b>	-,593**	-,368*	-,466**
<b>Avaliação subjetiva da gravidade</b>	,655**	,701**	,654**
<b>Percentual de área afetada (BSA)</b>	,692**	,422**	,536**
<b>LSAS total</b>		,436**	,437**
<b>HAM-D</b>			,851**

LSAS Escala de Ansiedade Social de Liebowitz; HAM-D Escala de Depressão de Hamilton; HAM-A Escala de Ansiedade de Hamilton.

\*\* $p \leq 0,01$

\* $p \leq 0,05$

Na tabela 9 estão sumarizados os dados das correlações entre idade, idade de início do vitiligo, avaliação subjetiva da gravidade do vitiligo, avaliação objetiva da gravidade do vitiligo, medida pelo percentual de área afetada (BSA) e o conjunto de estratégias de *coping*. Para tanto foi utilizado o método de correlação bivariada de Pearson ( $r$ ).

Não foram encontradas correlações fortes e/ou significativas entre a avaliação objetiva da gravidade do vitiligo, medida pelo percentual de área afetada (BSA) e nenhum dos construtos que envolvem o conjunto de estratégia de *coping*.

No que se refere à relação entre idade do portador de vitiligo foram encontradas correlações fracas, positivas, com os seguintes resultados: correlação entre idade e confronto, que se refere a confrontar a situação desagradável ( $r = 0.361, p \leq 0.001$ ), indicando que quanto maior a idade, maior a capacidade de confrontar a situação; correlação entre idade e afastamento ( $r = 0.299, p \leq 0.05$ ), apontando que quanto maior a idade, maior a capacidade de afastamento da situação desagradável; entre idade e auto controle ( $r = 0.279, p \leq 0.05$ ), o que mostra que quanto maior a idade, maior a capacidade de auto controle; entre idade e resolução de problemas ( $r = 0.285, p \leq 0.05$ ) (tabela 9).

No que toca a relação entre idade de início do vitiligo e o conjunto de estratégias de *coping*, observou-se, também, correlações fracas, positivas, e estatisticamente significativas, sendo: entre idade de início do vitiligo e confronto ( $r = 0.296, p \leq 0.05$ ), Entre idade de início do vitiligo e afastamento ( $r = 0.323, p \leq 0.05$ ), entre idade de início do vitiligo e autocontrole ( $r = 0.274, p \leq 0.05$ ), entre idade de início do vitiligo e suporte social (busca) ( $r = 0.305, p \leq 0.05$ ), entre idade de início do vitiligo e resolução de problemas ( $r = 0.356, p \leq 0.001$ ) e entre idade de início do vitiligo e reavaliação positiva ( $r = 0.399, p \leq 0.001$ ) (tabela 9).

No que concerne a relação da avaliação subjetiva de gravidade do vitiligo foram encontradas algumas correlações, do mesmo modo fracas, positivas e com significância estatística, que são: entre avaliação subjetiva e confronto ( $r = 0.308, p \leq 0.05$ ), entre avaliação subjetiva e afastamento ( $r = 0.331, p \leq 0.05$ ), entre avaliação subjetiva e auto controle ( $r = 0.298, p \leq 0.05$ ), entre avaliação subjetiva e resolução de problemas ( $r = 0.374, p \leq 0.001$ ) e entre avaliação subjetiva e reavaliação positiva ( $r = 0.342, p \leq 0.001$ ) (tabela 9).

**Tabela 9.** Correlação de variáveis clínicas com o conjunto de estratégias de coping.

	Confronto	Afastamento	Auto Controle	Suporte Social	Aceitação	Fuga e Esquiva	Resolução de Problemas	Reavaliação Positiva	Coping Total
<b>Idade</b>	,361**	,299*	,279*	-,045	,072	,219	,285*	,174	,322*
<b>Idade de início do vitiligo</b>	,296*	,323*	,274*	,305*	,118	,213	,356**	,399**	,414**
<b>Avaliação subjetiva da gravidade</b>	,308*	,331*	,298*	-,028	-,212	,225	,374**	,342**	,337**
<b>Percentual de área afetada (BSA)</b>	,208	,127	,184	-,066	-,124	,070	,200	,200	,176

\*\*p ≤ 0,01

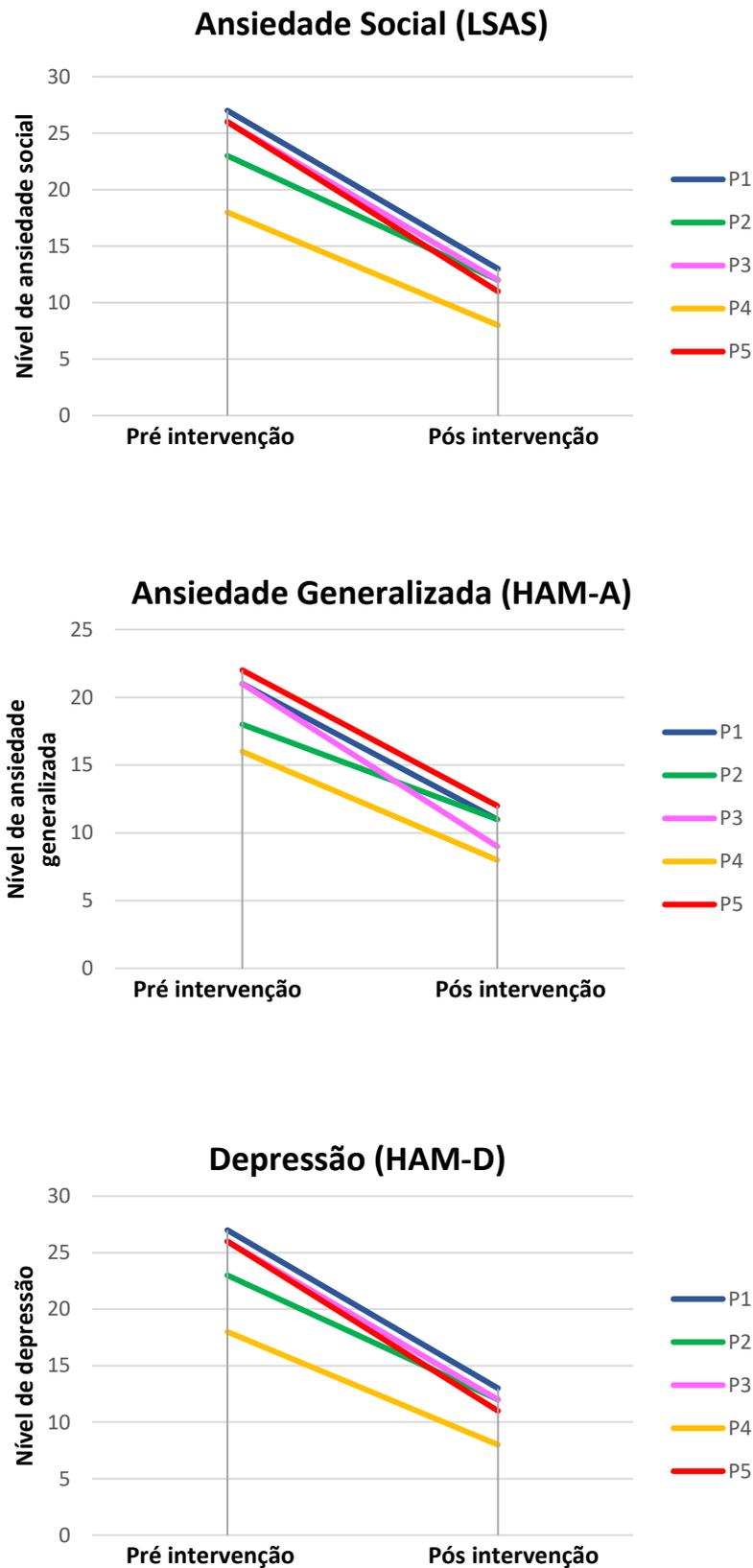
\*p ≤ 0,05

#### 4.5 Correlações entre níveis de ansiedade social, depressão e ansiedade generalizada antes e após a intervenção com a Terapia de Exposição à Realidade Virtual

Observa-se na figura 8 os escores obtidos nos instrumentos utilizados para avaliação dos níveis de sintomas de ansiedade social (LSAS Total), de sintomas de depressão (HAM-D) e de sintomas de ansiedade generalizada (HAM-A) em duas aplicações (pré e pós intervenção com a Terapia de Exposição à Realidade Virtual), aos cinco indivíduos (P1, P2, P3, P4 e P5).

Pode-se perceber, na figura 8, que no intervalo entre as aplicações (que ocorreram em 10 semanas) dos instrumentos LSAS, HAM-D e HAM-A, os escores têm diminuição para todos os cinco indivíduos. Em todos os indivíduos os escores tiveram uma redução entre o início da intervenção psicológica e o encerramento.

As reduções do escores dos instrumentos LSAS, HAM-D e HAM-A da aplicação pré intervenção para a aplicação pós intervenção foram de 60%, 48% e 52%, respectivamente, para P1, de 55%, 40% e 48%, respectivamente, para P2, de 37%, 58% e 54%, respectivamente para P3, de 49%, 50% e 56%, respectivamente, para P4 e de 55%, 43% e 58%, respectivamente, para P5.



**Figura 8.** Comparação entre os níveis de Ansiedade Social (LSAS total), de Depressão HAM-D) e Ansiedade Generalizada (HAM-A), antes e depois da intervenção psicológica com a Terapia de Exposição à Realidade Virtual, em duas aplicações a P1, P2, P3, P4 e P5. Aplicações realizadas antes do início da intervenção e ao término da intervenção.

Na tabela 10 encontram-se as informações relativas à comparação entre os níveis de ansiedade social (LSAS total), depressão (HAM-D) e ansiedade generalizada (HAM-A), no pré e pós intervenção psicológica com a Terapia de Exposição à Realidade Virtual (VRET).

De acordo com os valores encontrados, verificou-se que houve uma redução estatisticamente significativa para níveis de ansiedade social (LSAS total) ( $p \leq 0.01$ ), para os níveis de sintomas de depressão (HAM-D) ( $p \leq 0.01$ ), como também para os níveis de sintomas de ansiedade generalizada (HAM-A) ( $p \leq 0.01$ ). Os resultados indicam que a terapia de exposição à realidade virtual, utilizada com esses sujeitos, produziu um efeito significativo nos níveis dos construtos avaliados.

**Tabela 10.** Comparação das médias de Ansiedade Social (interação social e desempenho) e depressão e ansiedade antes e após a terapia de exposição à realidade virtual (n = 5)

Variável	Momento de mensuração				P-valor <sup>a</sup>
	Antes (n = 5)		Depois (n = 5)		
	Média	DP	Média	DP	
<b>LSAS</b>					
<b>Ansiedade Social Total</b>	52,20	3,03	25,40	3,36	<0,01
<b>HAM-D</b>					
<b>Depressão</b>	19,60	2,51	10,20	1,64	<0,01
<b>HAM-A</b>					
<b>Ansiedade</b>	24,00	3,67	11,20	1,92	<0,01

LSAS Escala de Ansiedade Social de Liebowitz; HAM-D Escala de Depressão de Hamilton; HAM-A Escala de Ansiedade de Hamilton.

<sup>a</sup>P-valor para um teste “t” para amostras pareadas

## **CAPÍTULO V**

---

### **DISCUSSÃO**

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar os níveis de ansiedade social, de ansiedade generalizada e de depressão em indivíduos com vitiligo, bem como verificar a utilização de estratégias de *coping* por esses indivíduos. Propôs-se, ainda, avaliar o efeito da intervenção psicológica, mediada pela Terapia de Exposição à Realidade Virtual, com os indivíduos que apresentaram escores de sintomas de ansiedade social nos níveis moderado e grave.

Neste sentido, a partir dos resultados das avaliações realizadas com 58 indivíduos com vitiligo neste estudo, identificou-se que estes indivíduos apresentam níveis elevados de ansiedade social, de ansiedade generalizada e de depressão, como também apresentam menos habilidades de utilização de estratégias de enfrentamento de situações adversas e embaraçosas.

Muitas doenças dermatológicas, como é o caso do vitiligo, podem causar impactos psicológicos negativos na vida das pessoas afetadas, além de seus sinais físicos. Apesar do grande número de estudos sobre morbidade psiquiátrica em indivíduos dermatológicos, foram encontrados quatro estudos que avaliaram os níveis de ansiedade social em indivíduos com vitiligo na literatura (KRUGER; SCHALLREUTER, 2015; SHAH et al., 2014; SALMAN et al., 2016).

O presente estudo observou que os níveis de ansiedade social, tanto em situações de interações sociais quanto relacionadas ao desempenho, foram significativamente maiores em indivíduos com vitiligo em comparação com a população em geral. Os escores de ansiedade social mais altos indicam que os indivíduos com vitiligo experimentam níveis mais elevados de ansiedade e medo de serem examinados por outras pessoas em situações sociais. Os indivíduos com TAS desenvolvem algumas estratégias comportamentais, incluindo evitar o contato visual e tentar não ser o centro das atenções, contra o perigo percebido em situações sociais (CLARK; BECK, 2012).

Indivíduos que apresentam condições dermatológicas que afetam a sua aparência, como é o caso do vitiligo, têm uma tendência elevada para o desenvolvimento da ansiedade social, entre outros transtornos psiquiátricos, além de maior probabilidade para apresentarem baixa autoestima e baixa autoconfiança, causando impacto negativo no desempenho diário (MONTGOMERY; WHITE; THOMPSON, 2017).

Considerando a magnitude dos níveis de sintomas de ansiedade social neste estudo, pode-se sugerir que os indivíduos com vitiligo têm uma vida social mais limitada. O estudo de Ramakrishna e Rajni (2015) realizado na Índia, com 53 indivíduos com vitiligo, sendo 22,6% da amostra composto por indivíduos homens e 77,4% mulheres, e os resultados apontaram que a ansiedade social é prevalente em 67,9% dos indivíduos com vitiligo.

Os resultados do presente estudo, com uma amostra de 58 indivíduos com vitiligo, sendo 77,6% mulheres e 22,4% homens, mostraram que 91,4% dos indivíduos com vitiligo apresentavam ansiedade social, sendo que 69% no nível leve e 22,4% no nível moderado de ansiedade social. Acredita-se que o percentual elevado de indivíduos com vitiligo que apresentam ansiedade social deste estudo está relacionado ao fato de se tratar de uma amostra que faz tratamento dermatológico na atenção terciária de atenção a saúde, por se tratar de casos mais graves.

Uma outra possibilidade é em relação a questões de estigma e preconceito que os indivíduos com vitiligo sofrem. Quando um portador de doença dermatológica sofre julgamentos discriminatórios, o ambiente social torna-se hostil, o olhar do outro sobre ela pode gerar incômodo, e ela se sente inadequada frente às referências que sua cultura apresenta como ideais. A contingência aversiva experimentada por esses indivíduos elicia respostas emocionais negativas e se caracteriza pela emissão de comportamentos de fuga e esquiva (CORREIA; GARCIA; BORLOTI, 2013).

Corroborando os resultados deste estudo, a pesquisa realizada por Krüger e Schallreuter (2015) na Alemanha, com 96 indivíduos com vitiligo de diversas nacionalidades, 36,5% homens e 63,5% mulheres, também apontou escores mais elevados de ansiedade social e comportamento de evitação (em situações como nadar, trocar a roupa em vestiários, apertar as mãos de outras pessoas) em indivíduos adultos com vitiligo em 66,7% dos sujeitos quando comparados aos sujeitos do grupo controle. A maioria dos indivíduos com vitiligo (63%) buscavam maneiras de esconder as máculas brancas do vitiligo em público, como roupas e camuflagem. Este estudo apontou, ainda, que 90,6% dos indivíduos da amostra, são questionados por estranhos sobre sua aparência, e 24,4% escutavam comentários desagradáveis devidos as máculas.

Em estudo realizado com 71 paciente indivíduos com vitiligo, conduzido no Reino Unido, também encontrou níveis mais altos de ansiedade social, de depressão e de preocupações excessivas relacionadas a sua aparência, em indivíduos com

vitiligo e relatou que a utilização da autoajuda cognitivo-comportamental proporcionou uma melhora clínica significativa na redução da ansiedade social (SHAH et al., 2014).

Outro estudo, desenvolvido por Salman e Cols. (2016), realizado com 37 indivíduos com vitiligo, 45,9% homens e 54,1% mulheres, e 37 indivíduos com acne, e dois grupos controles, um para cada doença dermatológica. Os indivíduos com vitiligo apresentaram níveis de ansiedade social mais elevados, estatisticamente significante ( $p \leq 0.001$ ), que os sujeitos do grupo controle. Este estudo mostra que os níveis de ansiedade nas relações sociais e nas situações relacionadas ao desempenho foram significativamente maiores no grupo de indivíduos com vitiligo e acne comparados com grupos de controle.

Os escores mais elevados de ansiedade social indicaram que os indivíduos com vitiligo e acne experimentam níveis mais elevados de ansiedade e medo de serem examinados por outras pessoas em situações sociais (SALMAN et al., 2016). Mais uma pesquisa que corrobora os dados apresentados neste estudo.

Por outro lado, um estudo realizado na Turquia, com 42 indivíduos diagnosticados com vitiligo não apontou qualquer diferença significativa dos níveis de ansiedade social em comparação com controles saudáveis. A maioria dos indivíduos com vitiligo apresentou sintomas de ansiedade social no nível leve. Esse resultado foi atribuído a um número inadequado de indivíduos com doença grave, 9,5% da amostra (BALABAN et al., 2011).

Acredita-se que o percentual elevado de indivíduos com vitiligo que apresentam algum nível de ansiedade social (91,4%) deste estudo se deve ao fato de que a amostra foi composta por indivíduos que apresentam a doença em um nível mais grave, razão esta que os habilitou ao atendimento nos ambulatórios de especialidade no nível terciária de atenção à saúde. Outro fator que pode ter contribuído é a ocorrência de um maior percentual de mulheres na amostra estudada, pois, em geral, são encontradas taxas mais altas de transtorno de ansiedade social em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino na população em geral, com razão de chances (RC) variando de 1,5 a 2,2 (APA, 2014).

Além disso, acredita-se que o estigma, a discriminação e o preconceito da doença relacionado a falta de entendimento da sociedade sobre o vitiligo promova o afastamento das pessoas dos indivíduos com vitiligo. Segundo Goffman (2008), um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social possui um traço que chama atenção e afasta as pessoas, impossibilitando a consideração para outros

atributos seus. Aponta, ainda, que as deformidades físicas estão entre os tipos de estigma que mais provoca o afastamento, nas quais os indivíduos com vitiligo estão incluídos.

No que se refere ao transtorno de ansiedade generalizada, no presente estudo, a prevalência de ansiedade generalizada, medida através da Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), foi observada em todos os indivíduos com vitiligo, com 17,2% com níveis leves de ansiedade, 53,5% com níveis moderados e 29,3% com níveis graves de ansiedade. Observou-se que os níveis de ansiedade apresentam correlação positiva, e estatisticamente significativa, com o percentual de área afetada pela doença.

Uma pesquisa realizada pela OMS (2017), identificou o Brasil como o país com maior prevalência de ansiedade geral no mundo, com 9,3% da população geral apresentando essa psicopatologia.

Um estudo conduzido no México, que avaliou 150 indivíduos com vitiligo através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), 31,3% homens e 68,7% mulheres, apontou que 90 (60%) destes apresentaram algum nível de ansiedade generalizada, sendo que 48 (53,3%) desses indivíduos apresentavam nível leve de sintomas de ansiedade generalizada, 27 (30%) apresentaram nível moderado e (15) 16,7% nível grave de sintomas de ansiedade generalizada (MORALES-SANCHEZ et al., 2017).

Outro estudo, realizado no Egito, com 100 indivíduos diagnosticados com vitiligo, que foram avaliados para ansiedade generalizada a partir da Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), identificou que os escores de ansiedade foram significativamente mais elevados nos indivíduos com vitiligo quando comparados aos controles. Apontou, ainda, que a pontuação média de ansiedade generalizada foi maior nos casos com curso progressivo da doença; indivíduos com vitiligo vulgaris; e indivíduos com lesões na face, pescoço e tronco (ABDELMAGUID, et al., 2020).

O estudo de Dabas e Cols. (2020), realizado na Índia com 95 indivíduos com diagnósticos de vitiligo, 86 com melasma e 91 com hiperpigmentação dérmica macular adquirida (ADMH), avaliados a partir do instrumento de Avaliação de Transtornos Mentais - Questionário de Saúde do Paciente na Atenção Primária (PRIME-MD PHQ), sub escala Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7), foi observada prevalência de transtorno de ansiedade em 13,8% dos indivíduos com vitiligo.

Outro estudo, conduzido no Irã com 100 indivíduos diagnosticados com vitiligo, 31% homens e 69% mulheres, avaliados para sintomas de ansiedade generalizada a

partir do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), mostrou que 68 (68%) dos indivíduos com vitiligo apresentam algum nível de sintomas de ansiedade generalizada, sendo que 27 (27%) dos indivíduos apresentam nível leve de sintomas de ansiedade generalizada, 25 (25%) apresentam nível moderado e 14 (14%) apresentam nível severo de ansiedade generalizada, além de apontar que as mulheres com vitiligo são mais ansiosas que os homens com vitiligo (HAMIDIZADEH et al., 2020).

De acordo com os resultados apresentados pelos estudos acima, em relação ao transtorno de ansiedade generalizada, verifica-se que os resultados da presente pesquisa são consistentes com os dos estudos citados. Porém apresentam uma prevalência de ansiedade generalizada bem mais elevada do que os estudos descritos, o que pode ser explicado pelo fato do Brasil ser o país com maior prevalência de ansiedade generalizada no mundo (WHO, 2017).

Acredita-se, também, que a prevalência mais elevada ocorreu devido às características da amostra estudada, tais como serem indivíduos de ambulatórios de atenção terciária à saúde devido a gravidade da doença, bem como ter um percentual mais elevado de mulheres do que homens, sabendo-se que indivíduos do sexo feminino têm duas vezes mais probabilidade do que os do masculino de experimentar transtorno de ansiedade generalizada (APA, 2014).

Estudos demonstraram um impacto negativo do vitiligo na saúde mental de seus portadores (ABDELMAGUID et al., 2020; KOTA et al., 2019; SAWANT et al., 2019). De acordo com Li e Cols. (2017), o transtorno depressivo maior é o transtorno psiquiátrico mais prevalente e é um dos principais contribuintes para a carga global da doença. Segundo a OMS (2017), o Brasil apresenta uma prevalência de depressão, na população geral, de aproximadamente 7,6%.

Os resultados do presente estudo, utilizando a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), apontam que a maioria dos indivíduos com vitiligo (96,6%), que fizeram parte desta pesquisa apresentaram algum nível de depressão, sendo 5,2% no nível leve, 44,9% no nível moderado, 39,6% no nível grave e 6,9% no nível muito grave e, apenas, 3,4% dos participantes não apresentam sintomas de depressão.

Em relação aos níveis de depressão em indivíduos com vitiligo, avaliados pelo Questionário de Autorrelato-24 (SRQ024) e Skindex, o estudo de Sarkar e Cols. (2018), conduzido na Índia, com 61 portadores da doença, a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum observada entre os indivíduos com vitiligo, estando presente em 62,29% destes indivíduos, seguido por constrangimento (55,73%), problema social

(54,09%), desconforto (40,98%), raiva (36,06%) e medo (24,59%). Além disso, apontaram que parece haver uma relação entre a duração do vitiligo e o nível de sintomas depressivos nesta população de indivíduos.

Um estudo realizado na Índia, com 70 indivíduos diagnosticados com vitiligo, 47,1% homens e 52,9% mulheres, avaliados a partir da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) apontou que 49 indivíduos (70%) apresentaram um ou mais de um transtorno psiquiátrico, enquanto 21 (30%) dos indivíduos não apresentaram. Entre os transtornos mais prevalentes tem-se 22 (31,4%) indivíduos com sintomas de transtorno depressivo, 8 (11,4%) indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada, 6 (8,6%) indivíduos com transtorno depressivo e transtorno de ansiedade generalizada associados (VIJAYALAKSHMI, 2018).

Outro estudo, realizado na Índia com 100 indivíduos diagnosticados com vitiligo, 56% homens e 44% mulheres. Os resultados demonstraram uma prevalência de sintomas de depressão em 52% do total dos indivíduos com vitiligo, com uma prevalência maior de 28 (63,64%) no sexo feminino em comparação com 24 (42,86%) no sexo masculino, o que foi estatisticamente significativo. Na avaliação da gravidade da depressão de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) em ambos os grupos, cerca de 23 (82%) das mulheres apresentaram níveis de depressão entre grave e muito grave em comparação com 14 (58%) homens (SAWANT et al., 2019).

O estudo de Rathi et al. (2020), também conduzido na Índia com 100 indivíduos com vitiligo, 44% homens e 56% mulheres. Destes, 25 (25%) indivíduos não apresentaram nenhum sinal de depressão, 45 (45%) indivíduos apresentaram depressão leve, 20 (20%) indivíduos apresentaram depressão moderada e 10 (10%) indivíduos apresentaram depressão grave, avaliados a partir da Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D). Chegando à conclusão de que o vitiligo é uma doença psicodermatológica secundária que, definitivamente, apresenta comorbidade psiquiátrica, principalmente a depressão, sendo relevante o acompanhamento psiquiátrico e psicológico para os portadores.

Outro estudo, realizado com uma amostra da população iraniana, composta por 100 indivíduos com vitiligo, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI), não encontrou diferença no nível de sintomas de depressão entre os indivíduos com vitiligo e os controles saudáveis, no entanto 47 (47%) dos indivíduos com vitiligo apresentaram algum nível de sintomas depressivos, sendo 19 (19%) com sintomas

leves, 16 (16%) com sintomas moderados e 12 (12%) com sintomas graves (HAMIDIZADEH et al., 2020).

Observa-se que os estudos citados, que buscaram avaliar sintomas de transtorno depressivo maior, em indivíduos com vitiligo, confirmam que esta parcela da população apresenta níveis de depressão mais elevados do que a população geral, bem como um elevado percentual de indivíduos com vitiligo apresenta algum nível de sintomas depressivos. Resultados, estes, que corroboram os resultados encontrados no presente estudo.

No entanto, os resultados da presente pesquisa mostram uma prevalência de depressão bem mais elevada do que os demais estudos citados. Isso, provavelmente, se deve ao fato de se tratar de uma amostra composta por mais mulheres que homens (77,6% e 22,4%, respectivamente), já que para a depressão pessoas do sexo feminino experimentam índices 1,5 a 3 vezes mais altos do que as do masculino (APA, 2014), bem como pelo fato de que são indivíduos com vitiligo atendidos em ambulatórios de alta complexidade, devido à gravidade da doença. Os estudos citados têm uma amostra mais equilibrada entre indivíduos homens e mulheres.

No que se refere à utilização das estratégias de *coping*, na qual foi utilizado o Inventário de Estratégias de *Coping*, os resultados deste estudo apontam que os indivíduos com vitiligo utilizam poucas estratégias de enfrentamento das situações estressoras, sendo as mais utilizadas a Fuga e Esquiva (fugir ou se esquivar das pessoas em geral) que é utilizada quase sempre, o Auto Controle (analisar mentalmente o que fazer e dizer) que é utilizada grande parte das vezes e o Confronto (recusei recuar e batalhei pelo que eu queria) que é utilizada algumas vezes. As demais estratégias de *coping* não são utilizadas pelos indivíduos que compõem a amostra deste estudo.

Um estudo realizado na Alemanha com 96 indivíduos com diagnóstico de vitiligo, utilizando o Questionário de Ajuste para Doenças Crônicas da Pele (ACS), que nas sub escalas avalia evitação - medo e evitação de situações em que reações negativas à doença de pele são esperados e também sentimento de perda de atratividade, desamparo - descreve sentimento de perda de controle em relação ao curso da doença, incluindo preocupações hipocondríacas, e humor ansioso-depressivo - indica sintomas de um transtorno de ajustamento, identificou que os indivíduos com vitiligo apresentaram pouca capacidade de enfrentar a doença (KRÜGER; SCHALLREUTER, 2015).

Um estudo realizado na Índia, com 100 indivíduos com diagnóstico de vitiligo, 56% homens e 44% mulheres, utilizando o Questionário de Ajuste para Doenças Crônicas da Pele (ACS), que buscou avaliar a diferença de estratégias de enfrentamento entre homens e mulheres, apontou que as mulheres obtiveram uma pontuação significativamente mais elevada do que os homens, indicando maior dificuldade de enfrentamento, de acordo com o ACS, incluindo maior evitação de situações públicas, humor ansioso-depressivo mais elevado e sentimento de desamparo mais elevado, promovendo maior impacto na qualidade de vida das mulheres com vitiligo (SAWANT, et al., 2016).

Como pode-se verificar, são poucos os estudos que avaliaram estratégias de *coping* em indivíduos com vitiligo. No entanto, observa-se que os resultados encontrados no presente estudo são corroborados pelos resultados das pesquisas descritas acima.

No que se refere às correlações, foram encontradas correlações fortes entre avaliação subjetiva da gravidade do vitiligo e ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão, indicando que quanto mais grave o indivíduo avalia o seu estado, maiores os níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão. Também foram encontradas correlações fortes entre percentual de área afetada e os três transtornos psiquiátricos, apontando que quanto maior é a área afetada pelo vitiligo maiores os níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão.

O estudo de Salman et al. (2016), diferente do presente estudo, não apontou correlação entre avaliação subjetiva e avaliação objetiva e ansiedade social. Sugere-se que isto ocorreu devido as diferenças de percentuais de gênero entre os dois estudos, uma vez que o presente estudo tem um percentual de mulheres mais elevado do que o estudo citado (77,6% e 54,1%, respectivamente).

Em relação à utilização da Terapia de Exposição à Realidade Virtual para indivíduos que apresentam elevados níveis de ansiedade social, como foi encontrado em uma parcela da amostra deste estudo, verificou-se que os indivíduos com vitiligo, que foram submetidos a este procedimento de intervenção psicológica, obtiveram uma redução significativa ( $p \leq 0.01$ ) nos níveis de sintomas de ansiedade social, como também, em consequência, nos níveis de sintomas de depressão e de ansiedade generalizada.

Um estudo, realizado no Canadá, com 59 indivíduos diagnosticados com transtorno de ansiedade social, utilizando a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz

(LSAS), que visava comparar a terapia de exposição à realidade virtual com a terapia de exposição gradual *in vivo*, apontou que o tratamento a partir da terapia de exposição à realidade virtual foi mais eficaz para a redução dos níveis de ansiedade social quando comparados com a terapia de exposição gradual *in vivo*, além de ser mais prático para o terapeuta. Como também, mostrou que no acompanhamento do pós-tratamento a terapia de exposição à realidade virtual foi mais eficaz que o tradicional tratamento com a terapia de exposição *in vivo* (BOUCHARD, et al., 2017).

Outro estudo, conduzido na Holanda, com 26 indivíduos com diagnóstico de transtorno de ansiedade social, utilizando a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) para avaliação dos níveis de ansiedade social, que objetivou comparar a eficácia da terapia de exposição à realidade virtual (VRET) com a terapia de exposição *in vivo*, observou uma significativa redução nos níveis de ansiedade social em ambos os grupos entre o pré e o pós tratamento, concluindo que a VRET, compreendendo diversas situações virtuais e a interação verbal, é potencialmente eficaz para indivíduos com transtorno de ansiedade social (KAMPMANN, et al., 2016).

O único estudo, encontrado na literatura, realizado no Brasil, foi um estudo de dois casos (P1 e P2), ambos do sexo masculino, com 20 e 27 anos de idade, avaliados com transtorno de ansiedade social a partir do Inventário de Fobia Social (SPIN). O procedimento de intervenção foi composto por uma sessão inicial; cinco sessões de linha de base; oito sessões de intervenção com exposição à RV; uma sessão de encerramento foi verificado expressiva mudança ao longo do procedimento, obtendo-se uma diminuição de 68% e 62% no escore do SPIN, entre a primeira aplicação (escore 62 para P1 e 35 para P2) e a última aplicação (escore 20 para P1 e 12 para P2) (PERENDRÉ; HAYDU, 2018).

Outro estudo, realizado na Holanda, com 15 indivíduos com diagnóstico de transtorno de ansiedade social avaliados a partir da Escala de Ansiedade de Interação Social (SIAS), cujo objetivo foi testar a eficácia da terapia de exposição à realidade virtual (VRET), apontou que a ansiedade de interação social foi significativamente reduzida no pós-tratamento, sendo mantida no acompanhamento. Com também, as pontuações de depressão foram significativamente mais baixas no acompanhamento em comparação com a linha de base (GERAETS, et al., 2019).

Os resultados das pesquisas acima citadas são compatíveis com os encontrados na presente pesquisa, confirmando que a terapia de exposição à realidade virtual é eficaz para a redução dos níveis de sintomas do transtorno de

ansiedade social, como também se mostrou eficaz para a redução dos níveis de sintomas de depressão e ansiedade generalizada, mesmo estes não serem o propósito do *software* utilizado.

Este é o primeiro estudo, descrito na literatura, que utiliza a terapia de exposição à realidade virtual para indivíduos com vitiligo, com o objetivo de redução dos níveis de ansiedade social, sendo, dessa forma, inovador para essa população.

O presente trabalho possui algumas limitações e uma das mais importantes foi a não existência de um grupo controle para comparação com o grupo experimental, o que teria possibilitado avaliar os resultados obtidos no grupo experimental. Uma outra limitação é o número reduzido de participantes na intervenção realizada a partir da terapia de exposição à realidade virtual.

Novos estudos utilizando o recurso da realidade virtual, para indivíduos com vitiligo são necessários para melhor assegurar os resultados expostos. Como perspectivas futuras, visualiza-se a realização de um ensaio clínico comparando-se a intervenção com VRET, a intervenção com terapia de exposição *in vivo* e a lista de espera, para indivíduos com vitiligo.

A tecnologia de realidade virtual está em amplo desenvolvimento e vem se mostrando como uma eficaz alternativa às técnicas já utilizadas, como a exposição gradual *in vivo*. Assim, a realidade virtual passa a ser considerada uma nova e promissora ferramenta para ser utilizada em intervenções psicológicas, podendo ser utilizada como recurso para o tratamento do impacto psicológico causado pelo vitiligo em seus portadores.

Os programas de intervenção que utilizam a realidade virtual como recurso terapêutico, permitem o controle de algumas contingências de interação entre o usuário e o *avatar* (personagem simulado), úteis em programas de intervenção para tratamento de transtorno de ansiedade social, possibilitando maior adesão ao tratamento e minimizando uma resposta de esquiva da própria condição terapêutica, uma vez que torna a exposição menos aversiva.

## **CAPÍTULO VI**

---

### **CONCLUSÃO**

## 6. CONCLUSÃO

- Nos indivíduos com vitiligo que compuseram a amostra estudada, foi encontrado níveis elevados de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão, com alta prevalência, como também os resultados apontaram que estes indivíduos possuem poucas habilidades de enfrentamento de situações adversas.
- Os resultados apontaram que a VRET foi eficaz na redução dos níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão nos indivíduos com vitiligo que participaram da intervenção psicológica.
- Foram encontradas correlações positivas entre avaliação subjetiva da gravidade do vitiligo e ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão. Quanto maior a autoavaliação da gravidade da doença, maiores os níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão.
- Foram encontradas correlações positivas entre percentual de área afetada pelo vitiligo e ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão. Quanto maior o percentual de área afetada, maiores os níveis de ansiedade social, ansiedade generalizada e depressão.
- Não foram encontradas correlações significativas entre avaliação subjetiva da gravidade do vitiligo, percentual de área afetada pelo vitiligo e idade de início do vitiligo e estratégias de *coping*.

## REFERÊNCIAS

- ABDELMAGUID, E. M.; KHALIFA, H.; SALAH, M. M.; SAYED, D. S. Assessment of depression and anxiety in relation to quality of life in patients with vitiligo. **Egyptian Journal of Dermatology and Venereology**. 2020, 40:99–105. Available from: <http://www.ejdv.eg.net/text.asp?2020/40/2/99/286291>
- AJOSE, F.O.; PARKER, R.A.; MERRALL, E.L.; ADEWUYA, A.O.; ZACHARIAH, M.P. Quantification and comparison of psychiatric distress in African patients with albinism and vitiligo: a 5-year prospective study. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. 2014 Jul;28(7):925-32. doi: 10.1111/jdv.12216.
- AMER, A.A.; GAO, X.H. Quality of life in patients with vitiligo: an analysis of the dermatology life quality index outcome over the past two decades. **Inter Journal of Dermatology**. 2016 Jan;55(6):608-614. doi.org/10.1111/ijd.13198
- ANDERSON, P.L.; PRICE, M.; EDWARDS, S.M.; OBASAJU, M.A.; et al. Virtual Reality Exposure Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 2013, Vol. 81, No. 5, 751–760. doi: 10.1037/a0033559
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- ASHER, M.; ASNAANI, A.; ADERKA, I.M. Gender differences in social anxiety disorder: A review. **Clin Psychol Rev**. 2017 Aug;56:1-12. doi: 10.1016/j.cpr.2017.05.004.
- AZAMBUJA, R.D. O vitiligo pode ser curado? In: CASTRO, C.C.S.; AZAMBUJA, R.D. **Vitiligo: manual para indivíduos e familiares**. Brasília: Apoio Farmacotécnica, 2013.
- AZAMBUJA, R. D. **Psicodermatologia: pele mente e emoções**. Rio de Janeiro: Editora Ac Farmacêutica, 2015.
- BALABAN, Ö.D.; ATAGÜN, M. İ.; ÖZGÜYİN, H. D.; ÖZSAN, H. H. Psychiatric morbidity in patients with vitiligo. **Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi** 2011; 24:306-313. doi: 10.5350/DAJPN2011240406
- BANDEIRA, Roberto Albuquerque. **Dor pós-operatória em idosos submetidos à prostatectomia transvesical: correlação com a ansiedade no pré-operatório**. 2010.83 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010.
- BARLOW, D. H.; BECK, A. T.; YOUNG, J. E.; BRIAN, D. D.; et al. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos**. 5ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BECK, A. T.; CLARK, D.A. **Vencendo a Ansiedade e a Preocupação com a Terapia Cognitivo-Comportamental: Tratamentos que Funcionam: Manual do Terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2014. E-book.

BIDAKI, R.; MAJIDI, N.; MOGHADAM-AHMADI, A.; BAKHSHI, H.; SADR-MOHAMMADI, R.; et al. Vitiligo and social acceptance. **Clin Cosmet Investig Dermatol**. 2018 Jul 17. 11:383-386. doi: 10.2147/CCID.S151114.

BONOTIS, K.; PANTELIS, K.; KARAOULANIS, S.; KATSIMAGLIS, C.; PAPALIAGA, M.; ZAFIRIOU, E.; TSOGAS, P. Investigation of factors associated with health-related quality of life and psychological distress in vitiligo. **Journal of the German Society of Dermatology**, 2016. 14(1), 45-49. <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.12729>

BOUCHARD, S.; DUMOULIN, S.; ROBILLARD, G.; GUITARD, T.; KLINGER, É.; FORGET, H.; LORANGER, C.; ROUCAUT, F.X. Virtual reality compared with *in vivo* exposure in the treatment of social anxiety disorder: a three-arm randomised controlled trial. **Br J Psychiatry**. 2017 Apr. 210(4):276-283. doi: 10.1192/bjp.bp.116.184234.

BÚ, E. A.; ALEXANDRE, M. E. S.; SCARDUA, A.; ARAÚJO, C. R. F. Vitiligo as a psychosocial disease: Apprehensions of patients imprinted by the white. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 2017. 22. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0925>.

CABALLO, V.; SALAZAR, I.; ARIAS, V.B.; HOFMANN, S.G. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale in a large crosscultural Spanish and Portuguese speaking sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria** In press(2) DOI: 10.1590/1516-4446-2018-0006

CARPENTER, J.K.; ANDREWS, L.A.; WITCRAFT, S.M.; POWERS, M.B.; SMITS, J.A.J.; HOFMANN, S.G. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. **Depress Anxiety**. 2018 Jun. 35(6):502-514. doi: 10.1002/da.22728.

CATUCCI BOZA, J. **Qualidade de Vida em Indivíduos Adultos e Pediátricos com Vitiligo**: estudo Baseado em Questionários de Qualidade de Vida Genéricos e Específicos. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

CHEN, C-Y.; WANG, W-M.; CHUNG, C-H.; TSAO, C-H.; CHIEN, W-C.; HUNG, C-T. Increased risk of psychiatric disorders in adult patients with vitiligo: A nationwide, population-based cohort study in Taiwan. **Journal of Dermatology** 2020. \_\_: 1–6. doi: 10.1111/1346-8138.15290

CLARK, D.A.; BECK, A.T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática**. Porto Alegre, Artmed, 2012. 640 p

CLEMMENSEN, L.; BOUCHARD, S.; RASMUSSEN, J.; HOLMBERG, T.T.; NIELSEN, J.H.; JEPSEN, J.R.M.; LICHTENSTEIN, M.B. Study Protocol: Exposure In Virtual Reality For Social Anxiety Disorder - a randomized controlled superiority trial comparing cognitive behavioral therapy with virtual reality based exposure to cognitive behavioral therapy with *in vivo* exposure. **BMC Psychiatry**. 2020 Jan 30. 20(1):32. doi: 10.1186/s12888-020-2453-4.

CORREIA, K. M. L.; BORLOTI, E. Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. **Acta comport.** [online]. 2013. vol.21, n.2, pp. 227-240. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-81452013000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452013000200006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0188-8145.

COSTA, C. O.; BRANCO, J. C.; VIEIRA, I. S.; SOUZA, L. D. M.; SILVA, R. A. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2019. 68(2), 92-100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>

CRASKE, M. G.; STEIN, M. B. Anxiety. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online June 24, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)

DABAS, G.; VINAY, K.; PARSAD, D.; KUMAR, A.; KUMARAN, M.S. Psychological disturbances in patients with pigmentary disorders: a cross-sectional study. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. 2020 Feb. 34(2):392-399. doi: 10.1111/jdv.15987.

DATTA, P.; PANDA, A.; BANERJEE, M. The pattern of appearance schema in patients with dermatological disorder. **International Journal of Indian Psychology**, 2015. 2(2), 73-83. doi: 10.25215/0202.011

DEHDASHTIAN, A.; STRINGER, T.P.; WARREN, A.J.; UM, E.W.; AMIRLAK, B.; SHAHABI, L. Anatomy and Physiology of the Skin. In: Riker A. (eds) Melanoma. **Springer**, 2018. Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-78310-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-78310-9_2).

DHABHAR, F.S. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. **Immunol Res**. 2014. 58(2-3):193-210. doi:10.1007/s12026-014-8517-0.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 55-66, ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>.

ELBULUK, N.; EZZEDINE, K. Quality of Life, Burden of Disease, Co-morbidities, and Systemic Effects in Vitiligo Patients. **Dermatol Clin**. 2017 Apr. 35(2):117-128. doi: 10.1016/j.det.2016.11.002.

EMMELKAMP, P. M. G.; MEYERBROKER, K.; MORINA, N. Virtual Reality Therapy in Social Anxiety Disorder. **Current Psychiatry Reports**, 2020. 22:32. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01156-1>

EZZEDINE, K.; ELEFTHERIADOU, V.; WHITTON, M.; VAN GEEL, N. Vitiligo. **Lancet**. 2015 Jul 4. 386(9988):74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60763-7.

FIALHO, Arivelto Bustamante. Realidade Virtual e aumentada: tecnologias para aplicações profissionais. São Paulo: Érica, 2018. E-book.

FONSECA, V. Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 33, n. 102, p. 365-384, 2016. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-84862016000300014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000300014&lng=pt&nrm=iso)>.

FORNI, L.S.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S.; OSÓRIOS, F.L. Psychometric validations study of Liebowitz Social Anxiety Scale: self-reported version for brazilian portuguese. **PloS One**, 2013. 8(7): e70235.

FREEMAN, D.; REEVE, S.; ROBINSON, A.; EHLERS, A.; CLARK, D.; SPANLANG, B.; SLATER, M. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. **Psychol Med**. 2017 Oct. 47(14):2393-2400. doi: 10.1017/S003329171700040X.

FRIEDRICH, M. J. Depression Is the Leading Cause of Disability Around theWorld. **JAMA** April 18, 2017. Volume 317, Number 15. <http://jama.jamanetwork.com/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/jama/936178/> by a University of Newcastle User on 04/18/2017

GAINO, L. V.; SOUZA, J.; CIRINEU, C. T.; TULIMOSKY, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo\*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>.

GALLEGOS, S. S. O. **Distress, uso da imaginação e coping de professores da rede de ensino pública do município de São Paulo**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2019.

GEBARA, C. M. **Exposição à realidade virtual no tratamento da fobia social**: um estudo aberto. Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

GERAETS, C.N.W.; VELING, W.; WITLOX, M.; STARING, A.B.P.; MATTHIJSEN, S.J.M.A.; CATH, D. Virtual reality-based cognitive behavioural therapy for patients with generalized social anxiety disorder: a pilot study. **Behav Cogn Psychother**. 2019 Nov. 47(6):745-750. doi: 10.1017/S1352465819000225.

GOFFMAN, E. Organizador. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

GRIMES, P. E.; MILLER, M. M. Vitiligo: Patient stories, self-esteem, and the psychological burden of disease. **International Journal of Women's Dermatology** 2018. 4. 32–37 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.11.005>

HAMIDIZADEH, N.; RANJBAR, S.; GHANIZADEH, A.; PARVIZI, M.M.; JAFARI, P.; HANDJANI, F. Evaluating prevalence of depression, anxiety and hopelessness in patients with Vitiligo on an Iranian population. **Health Qual Life Outcomes**. 2020 Feb 3. 18(1):20. doi: 10.1186/s12955-020-1278-7.

HAMILTON. M. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatr**. 1960. 23(56):56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56.

HARRIS, J. E. **Vitiligo: Medical and Surgical Management**, First Edition. Edited by Somesh Gupta, Mats J. Olsson, Davinder Parsad, Henry W. Lim, Nanja van Geel, and Amit G. Pandya. © 2018. John Wiley & Sons Ltd.

HASSAN, I.; BHAT, Y.J.; MAJID, S.; SAJAD, P.; RASOOL, F.; MALIK, R.A.; UL HAQ, I. Association of Vitamin D Receptor Gene Polymorphisms and Serum 25-Hydroxy Vitamin D Levels in Vitiligo - A Case-control Study. **Indian Dermatol Online J.** 2019. 10(2):131-138. doi: 10.4103/idoj.IDOJ\_97\_18.

HAYDU, V. B.; FORNAZARI, S. A.; BORLOTI, E.; HAYDU, N. B. Facetas da Exposição In Vivo e por Realidade Virtual na Intervenção Psicológica no Medo de Dirigir. **Psico**, 2014. 45(2), 136-146. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.2.11442>

HEARN, C.S.; DONOVAN, C.L.; SPENCE, S.H.; MARCH, S.; HOLMES, M.C. What's the Worry with Social Anxiety? Comparing Cognitive Processes in Children with Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. **Child Psychiatry Hum Dev.** 2017. 48(5):786-795. doi:10.1007/s10578-016-0703-y

HENNING, S. W.; JAISHANKAR, D.; BARSE, L. W.; DELLACECCA, E. R.; LANCKI, N.; et al. The relationship between stress and vitiligo: Evaluating perceived stress and electronic medical record data. **PLoS One**; 15(1): e0227909, 2020. doi: 10.1371/journal.pone.0227909

HOFMANN, S.; OTTO, M. **Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder**. New York: Routledge, 2018. <https://doi.org/10.4324/9781315617039>

HUNGER, C.; HILZINGER, R.; KOCH, T.; MANDER, J.; SANDER, A.; BENTS, H.; SCHWEITZER, J. Comparing systemic therapy and cognitive behavioral therapy for social anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled pilot trial. **Trials**. 2016 Mar 31. 17:171. doi: 10.1186/s13063-016-1252-1.

JAHAN, P.; TIPPISETTY, S.; KOMARAVALLI, P. FOXP3 is a promising and potential candidate gene in generalised vitiligo susceptibility. **Front Genet.** 2015. 6: 249. Published online 2015 Jul 22. doi: 10.3389/fgene.2015.00249.

JESUS, P.; SANTOS, I.; BRANDÃO, E.S. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. *Aquichan*, 2015. 15(1):75-89. doi: 10.5294/aqui.2015.15.1.8.

KAMPMANN, I.L.; EMMELKAMP, P.M.; MORINA, N. Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. **J Anxiety Disord.** 2016 Aug. 42:71-84. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.06.007

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. A. et al. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Mcgraw Hill; 2011. p. 289-310.

KASHDAN, T.B.; GOODMAN, F.; MACHEL, K.; NEZLEK, J.; KLEIMAN, I.; MONFORT, S.S.; CIARROCHI, J. A Contextual Approach to Experiential Avoidance and Social Anxiety: Evidence From an Experimental Interaction and Daily Interactions of People

With Social Anxiety Disorder. **Emotion**. 2014. Vol. 14, No. 4, 769–781 doi: 10.1037/a0035935

KHATTRI, S.; BIST, J.S.; ARUN, A.; MEHTA, A.K. Clinical correlates of vitiligo with depression and anxiety: a comparative study in patients and their caregivers. **Int J Adv Res**. 2015. 3:200–5. (ISSN 2320 5407). www.journalijar.com

KOTA, R.S.; VORA, R.V.; VARMA, J. R.; KOTA, S. K.; PATEL, T. M.; GANJIWALE, J. Study on Assessment of Quality of Life and Depression in Patients of Vitiligo. **Indian Dermatol Online J**. 2019 Mar-Apr. 10(2):153-157. doi: 10.4103/idoj.IDOJ\_14\_18.

KOVACS, D.; BASTONINI, E.; OTTAVIANI, M.; COTA, C.; MIGLIANO, E.; DELL'ANNA, M.L.; PICARDO, M. Vitiligo Skin: Exploring the Dermal Compartment, **The Journal of Investigative Dermatology**. 2017. doi: 10.1016/j.jid.2017.06.033.

KRUGER, C.; SCHALLREUTER, K.U. Stigmatisation, avoidance behaviour and difficulties in coping are common among adult patients with vitiligo. **Acta Derm Venereol**. 2015 May;95(5):553-8. doi:10.2340/00015555-1981.

LAURENTINO, S. G. **Tomada de decisão em indivíduos deprimidos**: estudo eletrofisiológico. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco, 2015.

LEE, H.; LEE, M.H.; LEE, D.Y.; KANG, H.Y.; KIM, K.H.; CHOI, G.S.; SHIN, J.; LEE, H.J.; KIM, D.H.; KIM, T.H.; LEE, A.Y.; et al. Prevalence of vitiligo and associated comorbidities in Korea. **Yonsei Med J**, vol. 56, p. 719-25, 2015. doi: 10.3349/ymj.2015.56.3.719

LEITE, G. Q. C. **Psicodermatologia**: Autoestima e Autoimagem na Relação entre Doenças de Pele, Ansiedade e Depressão. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Sergipe, 2019.

LIEBOWITZ, M.R. **Social phobia**. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173, 1987. doi: 10.1159/000414022.

LI, H.; LUO, X.; KE, X.; et al. Major depressive disorder and suicide risk among adult outpatients at several general hospitals in a Chinese Han population. **PLoS ONE** 2017 Oct 10. 12(10):e0186143. doi: 10.1371/journal.pone.0186143.

LUPI, O. **Doutor, eu tenho vitiligo**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2013.

MACHADO-DE-SOUSA, J.P.; OSÓRIO, F. DE L.; JACKOWSKI, A.P.; BRESSAN, R.A; CHAGAS, M.H.; TORRO-ALVES, N.; DE PAULA, A.L.; CRIPPA, J.A.; HALLAK, J.E. Increased amygdalar and hippocampal volumes in young adults with social anxiety. **PLoS One**, 2014. 9(2):1-5 http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0088523

MAKSUD, I. Estigma e discriminação: desafios da pesquisa e das políticas públicas na área da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2014. 24(1), 311- 321. https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100017

MAYO-WILSON, E.; DIAS, S.; MAVRANEZOULI, I.; KEW, K.; CLARK, D. M.; ADES, A. E.; PILLING, S. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, 2014. v. 1, n. 5, p. 368-376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)

MELO, M. S. B.; ROCHA, N. F. L.; MAGALÃES, S. S.; SOUSA, L. L. Influência de fatores emocionais nas doenças crônicas de pele: O estresse como gatilho para o desenvolvimento, reincidência ou agravamento da psoríase. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** 2019. V.13, N. 46, p. 584-608. doi: 10.14295/idonline.v13i46.1914

MOHAMMED, G.F.; GOMAA, A.H.; AL-DHUBAIBI, M.S. Highlights in pathogenesis of vitiligo. **World J Clin Cases**. 2015 Mar 16. 3(3):221-30. doi: 10.12998/wjcc.v3.i3.221.

MONTGOMERY, K.; WHITE, C.; THOMPSON, A. A mixed methods survey of social anxiety, anxiety, depression and wig use in alopecia. **BMJ Open**. 2017 May 4. 7(4):e015468. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015468.

MORALES-SÁNCHEZ, M.A.; VARGAS-SALINAS, M.; PERALTA-PEDRERO, M.L.; OLGUÍN-GARCÍA, M.G.; JURADO-SANTA CRUZ, F. Impact of Vitiligo on Quality of Life. **Actas Dermosifiliogr**. 2017 Sep. 108(7):637-642. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2017.03.007.

MORENO, R. A.; CARNEIRO, A. M. Escala de Depressão de Hamilton. In: GORESTEIN, C.; WANG, Y.P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MULLER, J. L.; TRENTINI, C. M.; ZANINI, A. M.; LOPES, F. M. Transtorno de Ansiedade Social: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**, 2015. 8(1):67-78. doi: 10.4013/ctc.2015.81.07

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). **SOCIAL ANXIETY DISORDER: More Than Just Shyness**. Disponível em: [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov). 2016.

NISHIKAWA, Y.; LAPOSA, J.M.; REGEV, R.; RECTOR, N.A. Social Anxiety and Fear of Causing Discomfort to Others: Diagnostic Specificity, Symptom Correlates and CBT Treatment Outcome. **Behav Cogn Psychother**. 2017 Jul. 45(4):382-400. doi: 10.1017/S135246581700008X.

NORDAHL, H.; WELLS, A. Testing the metacognitive model against the benchmark CBT model of social anxiety disorder: Is it time to move beyond cognition? **PLoSOne**, 2017.12(5): e0177109. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177109>

NUNES, D. H.; ESSER, L. M. H. Perfil epidemiológico dos indivíduos com vitiligo e sua associação com doenças da tireoide. **An. bras. dermatol**, 2011. 86(2):241-248. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000200006>.

NUTT, C.; BALLENGER, J. **Transtornos de Ansiedade: Transtorno de pânico e Transtorno de Ansiedade Social**. Rio de Janeiro: Editora MedLine, 2010.

OING, T.; PRESCOTT, J. Implementations of Virtual Reality for Anxiety-Related Disorders: Systematic Review. **JMIR Serious Games**. 2018 Nov 7. 6(4):e10965. doi: 10.2196/10965.

OISO, N.; SUZUKI, T.; FUKAI, K.; KATAYAMA, I.; KAWADA, A. Nonsegmental Vitiligo and Autoimmune Mechanism. **Dermatol Res Pract**. 2011. 2011:518090. doi:10.1155/2011/518090

PALMA, P. C.; NEUFELD, C. B. **Avaliação da efetividade de um modelo da terapia cognitivo-comportamental em grupos para transtorno de ansiedade social: ensaio clínico**. 2017. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-05092017-163256/> >

PERANDRÉ, Y. H. T; HAYDU, V. B. Um Programa de Intervenção para Transtorno de Ansiedade Social com o Uso da Realidade Virtual. **Trends Psychol.**, 2018. Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 851-866. doi: 10.9788/TP2018.2-12Pt.

PERES, K. R. L. **Transtorno de Ansiedade Social: psiquiatria e psicanálise**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2018.

PICARDO, M.; DELL'ANNA, M. L.; EZZEDINE, K.; HAMZAVI, I.; HARRIS, J. E.; PARSAD, D.; TAIEB, A. Vitiligo. **Nat Rev Dis Primers**. 2015 Jun 4. 1:15011. doi: 10.1038/nrdp.2015.11.

PINHEIRO, P. Vitiligo: causas, sintomas e tratamentos. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/dermatologia/vitiligo>. 2019.

PINTO, N. A. J.; CAVESTRO, J.; FERREIRA, W. Prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em estudantes de medicina. **Rev. Interdisciplinar ciências médicas**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 36-43, 2018. Disponível em: [www.revista.fcmmg.br > index.php > ricm > article > download](http://www.revista.fcmmg.br/index.php/ricm/article/download)

RAMAKRISHNA, P.; DHANANKULA, S.; RAJNI, T. Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Vitiligo Patients. **Indian Journal of Psychological Medicine**, 30 Jun 2014. 36(3):302-303 doi:<https://doi.org/10.4103/0253-7176.150869>.

RAMDAN, I.M. Reliability and Validity Test of the Indonesian Version of the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) to Measure Work-related Stress in Nursing. **Jurnal Ners** Vol. 14, No. 1, April 2018. <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v13i1.10673>.

RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um Diálogo com a Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RATHI, S.R.; BADAD, A.S.; HOGADE, A.S. A study on prevalence of depression in patients of vitiligo in tertiary care centre in South India. **Int J Res Dermatol**. 2020 Jan. 6 (1):80-83 DOI: <http://dx.doi.org/10.18203>.

RODRIGUES, M.; EZZEDINE, K.; HAMZAVI, I.; PANDYA, A.G.; HARRIS, J.E. Vitiligo Working Group. New discoveries in the pathogenesis and classification of vitiligo. **J Am Acad Dermatol**. 2017 Jul. 77(1):1-13. doi:10.1016/j.jaad.2016.10.048.

RONCONE, K.; WILSON, B. B.; BUTLER, D. F.; CHAN, E. F.; LEBWOHL, M. G.; et al. Vitiligo: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. **Medscape**. 2019. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/1068962-overview>.

RUIZ, L. P.; REIS, M. J. D. Sofrimento à flora da pele: depressão e autoestima em portadores de vitiligo. *Inter em Psicologia*, 2018. 22(1). doi: 10.5380/psi.v22i1.53548.

SACRAMENTO, A. R. **A. Percepção da Intervenção Psicológica Grupal por Mulheres com Vitiligo**. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017.

SALMAN, A.; KURT, E.; TOPCUOGLU, V.; DEMIRCAY, Z. Social Anxiety and Quality of Life in Vitiligo and Acne Patients with Facial Involvement: A Cross-Sectional Controlled Study. **Am J Clin Dermatol**. 2016 Jun. 17(3):305-11. doi: 10.1007/s40257-016-0172-x.

SANGMA, L.N.; NATH, J.; BHAGABATI, D. Quality of life and psychological morbidity in vitiligo patients: a study in a teaching hospital from north-East India. **Indian J Dermatol**. 2015 Mar-Apr. 60(2):142-6. doi: 10.4103/0019-5154.152508.

SANTOS, R. S.; BRAGANÇA, G. M. G.; SANTOS FILHO, C. A. M. Avaliação da qualidade de vida e frequência de ansiedade e depressão em indivíduos com hanseníase. **Braz. J. Hea. Rev.**, 2020. Curitiba, v. 3, n. 2, p.2932-2943. doi:10.34119/bjhrv3n2-134

SARKAR, S.; SARKAR, T.; SARKAR, A.; DAS, S. Vitiligo and Psychiatric Morbidity: A Profile from a Vitiligo Clinic of a Rural-based Tertiary Care Center of Eastern India. **Ind J Dermatol**. 2018. 63(4):281–4. doi:10.4103/ijd.IJD\_142\_18.

SAVOIA, M. G.; AMADERA, R. D. Utilização da versão brasileira do inventário de estratégias de coping em pesquisas da área da saúde. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 117-138, jan. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092016000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100007&lng=pt&nrm=iso)>.

SAWANT, N.S.; VANJARI, N.A.; KHOPKAR, U. "Gender Differences in Depression, Coping, Stigma, and Quality of Life in Patients of Vitiligo", **Dermatology Research and Practice**, vol. 2019. ArticleID 6879412, 10 pages, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6879412>.

SCHMID-OTT, G.; KÜNSEBECK, H.W.; JECHT, E.; SHIMSHONI, R.; LAZAROFF, I.; SCHALLMAYER, S.; CALLIESS, I.T.; MALEWSKI, P.; LAMPRECHT, F.; GÖTZ, A. Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. 2007 Apr. 21(4):456-61. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01897.x.

SHAH, R.; HUNT, J.; WEBB, T.L.; THOMPSON, A.R. Starting to develop self-help for social anxiety associated with vitiligo: using clinical significance to measure the

potential effectiveness of enhanced psychological self-help. **Br J Dermatol**. 2014 Aug. 171(2):332-7. doi: 10.1111/bjd.12990.

SILVERBERG, J.I.; SILVERBERG, N.B. Vitiligo disease triggers: psychological stressors preceding the onset of disease. **Cutis**. 2015 May. 95(5):255-62. PMID: 26057504.

SOUTO, M. F. O. **Vitiligo**. Consultoria Legislativa. Estudo Técnico, 2019. Disponível em: [bd.camara.leg.br › handle › bdcamara › vitiligo\\_souto](http://bd.camara.leg.br/handle/bdcamara/vitiligo_souto)

SPENCE, S.H.; RAPEE, R.M. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. **Behav Res Ther**. 2016 Nov. 86:50-67. doi:10.1016/j.brat.2016.06.007.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; OLIVEIRA, M. M.; LOPES, C.; MENEZES, P. R.; KINOSHITA, R. T. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2015. 18(Supl. 2), 170-180. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>

STOQUE, F. M. V.; SCOTTON, I. L.; LISBOA, C. S. M.; NEUFELD, C. B. Tecnologias da informação e comunicação e formação do psicólogo clínico. **Rev. bras.ter. cogn.** [online]. 2016. vol.12, n.2 pp. 83-90. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160015>.

STRÖHLE, A.; GENSICHEN, J.; DOMSCHKE, K. The diagnosis and treatment of anxiety disorders. **Dtsch Arztebl Int** 2018. 115: 611–20. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0611

SZABO, I.; BRANDAO, E. R. “Mata de tristeza!”: representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface (Botucatu)**, 2016. v.20, n.59, p. 953-965 <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0596>.

TARDIF, N.; THERRIEN, C.É.; BOUCHARD, S. Re-Examining Psychological Mechanisms Underlying Virtual Reality-Based Exposure for Spider Phobia. **Cyberpsychol Behav Soc Netw**. 2019 Jan. 22(1):39-45. doi: 10.1089/cyber.2017.0711.

TARLÉ, R.G.; NASCIMENTO, L.M.; MIRA, M.T.; CASTRO, C.C. VITILIGO - parte 1. **An Bras Dermatol**. Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. 461-470, June 2014. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142573>.

TERRA, M. B.; OSÓRIO, F. L. Escala de Ansiedade Social (LSAS). In: GORESTEIN, C.; WANG, Y.P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

TINOCO, M. I. R. B.; CALIGIORNE, R. B. Avaliação do bem-estar subjetivo de indivíduos com doença dermatológica crônica em Itaperuna-RJ. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, 2019. v. 9, n.3, p. 08-15. doi: <https://doi.org/10.18378/rebes.v9i3.6398>.

TORI, R.; HOUNSELL, M. S. (org.). **Introdução a Realidade Virtual e Aumentada**. Porto Alegre: Editora SBC, 2018.

VAN GEEL, N.; LOMMERTS, J.; BEKKENK, M.; WOLKERSTORFER, A.; PRINSEN, C.A.C.; ELEFTHERIADOU, V.; TAÏEB, A.; PICARDO, M.; EZZEDINE, K.; SPEECKAERT, R. Development and Validation of the Vitiligo Extent Score (VES): an International Collaborative Initiative. **J Invest Dermatol**. 2016 May. 136(5):978-984. doi: 10.1016/j.jid.2015.12.040.

VASCONCELOS, A. G.; NASCIMENTO, E. Teoria Motivacional do Coping: um modelo hierárquico e desenvolvimental. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 15, n. spe, p. 77-87, ago. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712016000300009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712016000300009&lng=pt&nrm=iso)

VERNWAL, D.; SHARMA, D. K.; SUSHIL, C. S. A Study of Pattern of Psychiatric Morbidity and Quality of Life in Patients With Vitiligo. *Paripex - Indian Journal of Research*, 2016. v.5, i.6. 54-56. Disponível em: [https://www.worldwidejournals.com/paripex/recent\\_issues\\_pdf/2016/June/June\\_2016\\_\\_1467285534\\_\\_19.pdf](https://www.worldwidejournals.com/paripex/recent_issues_pdf/2016/June/June_2016__1467285534__19.pdf).

VIJAYALAKSHMI, M. **A Study On Impact Of Vitiligo On Psychiatric Manifestations**. MD Degree. The Tamilnadu Dr. M. G. R. Medical University, India, 2018.

VINODINI, R. **Clinical Evaluation of Parangipattai Chooranam (Internal) and Annabedhi Chenduram (External) for Venpulli (Vitiligo) in Children**. Dissertation Degree. The Tamilnadu Dr. M. G. R. Medical University, India, 2019.

VIRTUAL REALITY SOCIETY. **2016: The Year of VR?** Disponível em: <https://www.vrs.org.uk/2016-the-year-of-vr/> 2016

VIZANI, R. O.; MAIA, F. S. M.; VASCONCELOS, T. P.; PIMENTAL, S. L. G.; NAKAOKA, V. Y.; KASHIWABARA, T. G. B. O Vitiligo: Uma Doença Orgânica E Psíquica. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** 2014. V.6, n.3, pp.47-52. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501\\_181051.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501_181051.pdf).

WHITTON, M.E.; ASHCROFT, D.M.; GONZÁLEZ, U. Therapeutic interventions for vitiligo. **J Am Acad Dermatol**. 2008 Oct. 59(4):713-7. doi: 10.1016/j.jaad.2008.06.023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders, global health estimates** [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 15]. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf)

WOLPE, J. (1978). **Prática da terapia comportamental** 2ª. ed., W. G. Clark Jr., Trad.). São Paulo, SP: Brasiliense. (Original publicado em 1973)

WRIGHT, J. H.; BASCO, M.; THASE, M.; BROWN, J. K. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental**: um guia ilustrado. 2ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ZACARIN, M. R. J.; BORLOTI, E.; SANTOS, A.; PERANDRÉ, Y. H. T.; MELO, C. M.; HAYDU, V. B. Senso de presença: Proposta de uma definição analítico-comportamental. **Acta Comportamentalia**. 2017. 25(2), 249-263. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2017-32952-007>

ZUARDI, A. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. **Medicina (Ribeirao Preto)**, [S. l.], v. 50, n. supl.1, p. 51-55, 2017. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p51-55.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A. TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”*

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo “Ansiedade social, sintomatologia depressiva e ansiosa e estratégias de  *coping*  em indivíduos com vitiligo.”, que será realizada no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – HUPAA e no Serviço de Assistência Especializada – SAE da UNCISAL. Recebi da Sra. Vanina Papini Góes Teixeira, CPF 383.028.964-20, psicóloga CRP 15/3572, funcionária da UNCISAL, matrícula 3351-0, responsável por sua execução, que está sendo orientada pelo Professor Doutor Adriano Antunes de Souza Araújo, CPF 831.349.484-00, membro do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, com início previsto para setembro de 2017 e término em março de 2019, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Este estudo se destina a identificar os índices de ansiedade social, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e estratégias de  *coping*  em indivíduos com vitiligo; caracterizar o perfil sociodemográfico dos indivíduos com vitiligo; saber se quanto mais manchas na pele mais ansiedade o paciente tem e saber se quem tem o vitiligo há mais tempo já está mais acostumado; considerando que a importância deste estudo é conhecer como os indivíduos com vitiligo enfrentam a sua condição de pele para propor melhores intervenções melhorando a vida destes indivíduos; que os resultados que se desejam alcançar são encontrar os indivíduos que sofrem devido a sua condição de pele e propor uma assistência; tendo início planejado para começar em setembro de 2017 e terminar em março de 2019.

O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira respondendo a um questionário sobre o vitiligo, e caso não queira responder à alguma pergunta não haverá problema, e algumas escalas sobre ansiedade social, depressão, ansiedade e formas de enfrentamento. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são sentimentos de tristeza e mobilização emocional, e serão minimizados da seguinte forma com assistência psicológica prestada pela própria pesquisadora, bem como cansaço durante o momento de aplicação dos instrumentos, que será minimizado com um intervalo de 30 minutos para descanso, e ainda quebra do sigilo, que será minimizado com a garantia de confidencialidade e não identificação através do nome do paciente.

Os benefícios previstos com a sua participação são conseguir identificar se você sofre devido às manchas de vitiligo para ofertar um auxílio psicológico em grupo que diminuem esse sofrimento, conseguidos através de “da aplicação das escalas de ansiedade social, depressão e ansiedade na coleta de dados e, com isso será ofertado um grupo de auxílio para enfrentamento destas situações de uma maneira menos sofrida; para isso o (a) Senhor (a) poderá contar com a assistência da pesquisadora principal, Vanina Papini Góes Teixeira, psicóloga CRP 15/3572, que prestará o apoio psicológico em grupos em seu consultório particular, situado na Av. Des. Valente de Lima, 176, sala 5, Mangabeiras, Maceió-AL.

Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “**Ansiedade Social, Sintomatologia Depressiva e Ansiosa e Estratégias de Coping em Indivíduos com Vitiligo**”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos

riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, \_\_\_\_\_ DOU O MEU  
 CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço do(a) participante voluntário(a):**

Residência: (rua).....Bloco: .....  
 Nº: ....., complemento: .....Bairro: .....  
 Cidade: .....CEP:.....Telefone: .....  
 Ponto de referência: .....

**Contato de urgência (participante): Sr(a): .....**

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco: .....  
 Nº: ....., complemento: .....Bairro: .....  
 Cidade: .....CEP:.....Telefone: .....  
 Ponto de referência: .....

**Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:**

**Vanina Papini Góes Teixeira**

**E-mail:** vanina.papini@ig.com.br

**End.:** Av. Dr. Antônio Gomes de Barros, 79, Apt. 501, Jatiúca, Maceió-AL, CEP 57.036-000.

**Fone:** (82) 99925-4114

**Instituição:** Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL

**ATENÇÃO:** Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: [cep\\_uncisal@hotmail.com](mailto:cep_uncisal@hotmail.com) Horário de funcionamento: diariamente no horário de 08:00 às 14:00 horas.

Maceió, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura ou impressão datiloscópica  
 do(a) voluntário(a) ou responsável legal**  
 (rubricar as demais folhas)

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsável pelo Estudo**  
 (rubricar as demais folhas)

## APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

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

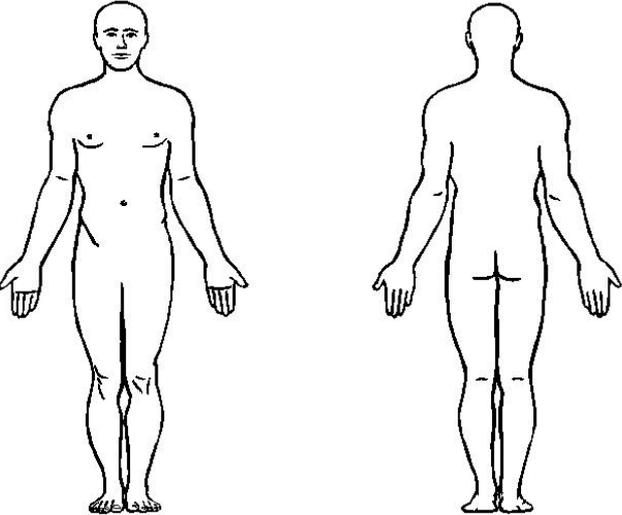
Questionário No.: \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA VITILIGO

#### SEÇÃO 1

<b>1. Código:</b>	
<b>2. Idade:</b>	<b>3. Sexo:</b> ( ) Masculino ( ) Feminino
<b>4. Estado Civil:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo	
<b>5. Renda Familiar (em salários mínimos):</b>	
<b>6. Profissão:</b>	<b>7. Anos de escolaridade:</b>
<b>8. Raça:</b> ( ) Negra ( ) Parda(morena) ( ) Branca ( ) Indígena	

#### SEÇÃO 2

<b>9. Com qual idade começaram a surgir as lesões de vitiligo?</b> ( ) Antes dos 10 anos de idade ( ) dos 10 aos 20 anos ( ) dos 20 aos 40 ( ) depois dos 40 anos
<b>10. Em qual local do corpo surgiu a primeira lesão?</b>
<b>11. Possui antecedentes familiares com vitiligo?</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Quem?</b>
<b>12. Estava passando por algum período de estresse quando surgiu a primeira lesão?</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Qual?</b>
<b>13. Percebe alterações na(s) lesão(ões) em períodos de estresse?</b> ( ) Sim ( ) Não <b>Se sim, qual tipo de alteração?</b>
<b>14. Como são as lesões?</b> ( ) segmentares ( ) não – segmentares
<b>15. Marcação das lesões de vitiligo:</b>  
<b>16. Tem sensibilidade e/ou dor na(s) região(ões) afetada(s)?</b> ( ) Sim ( ) Não
<b>17. Quantos dermatologistas você já consultou por causa do vitiligo?</b> ( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Mais de dois
<b>18. Realizou Biópsia da(s) lesão(ões)?</b> ( ) Sim ( ) Não

<b>19. Realizou análise sanguínea em busca de doenças autoimunes, como Lúpus e Doença de Addison?</b> ( ) Sim ( ) Não Quais outros exames realizou?
<b>20. Atualmente, quantas consultas dermatológicas você faz durante um ano?</b> ( ) Nenhuma ( ) Uma ( ) Duas ( ) Mais de duas

## SEÇÃO 3

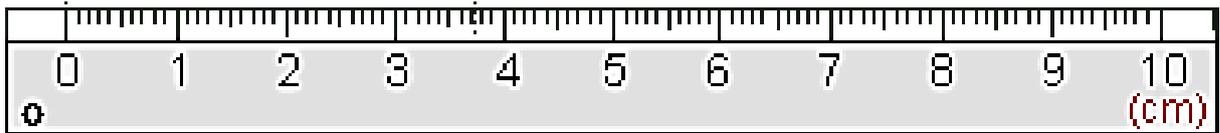
<b>21. Quais os medicamentos que já utilizou para o tratamento?</b>
<b>22. Já utilizou alguma outra terapia, como técnicas a laser, cirúrgicas ou transplante de melanócitos?</b> ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual (is)?
<b>23. Já fez acompanhamento psicológico devido ao vitiligo?</b> ( ) Sim ( ) Não
<b>24. Percebeu melhora após o início do acompanhamento psicológico?</b> ( ) Sim ( ) Não Qual?
<b>25. Qual medicamento que faz uso atualmente?</b>
<b>26. Como você se sente em relação ao medicamento atual que você está usando?</b> ( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito Por que?
<b>27. Caso tenha usado remédios caseiros, plantas ou chás, homeopatia, acupuntura ou outras terapias alternativas para o vitiligo, escreva o(s) nome(s):</b>
<b>28. Foram indicados por médicos?</b> ( ) Sim ( ) Não
<b>29. Acredita que ajudaram ou pioraram o Vitiligo?</b> ( ) Melhorou ( ) Piorou ( ) Igual

## SEÇÃO 4

<b>30. Em relação a outras patologias, possui?</b>	
Pressão alta (hipertensão arterial) ( ) Sim ( ) Não	Nomes dos medicamentos:
Derrame (AVC)? ( ) Sim ( ) Não	
Diabetes? ( ) Sim ( ) Não	Nomes dos medicamentos:
Colesterol alto ou triglicérides? ( ) Sim ( ) Não	Nomes dos medicamentos:
Depressão? ( ) Sim ( ) Não	Nomes dos medicamentos:
Obesidade ou está acima do peso? ( ) Sim ( ) Não	Nomes dos medicamentos:
Anemia Perniciosa? ( ) Sim ( ) Não	Nomes dos medicamentos:
Doenças da tireoide? ( ) Sim ( ) Não	Nomes dos medicamentos:
Outra(s) patologia (s):	
<b>31. Faz proteção das áreas afetadas?</b> ( ) Sim ( ) Não Se sim, como faz?	
<b>32. Você observa piora das lesões após exposição ao sol?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>33. Depois de quanto tempo do aparecimento da (s) lesão (ões), você se adaptou a elas, sem que interferissem no seu dia-a-dia?</b>	

**APÊNDICE C. AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA GRAVIDADE DAS LESÕES**

Não desejo  
responder ( )

**Avaliação subjetiva da gravidade das lesões da pele no Vitiligo**

**ANEXOS**

Não desejo  
responder ( )

## ANEXO 1. ESCALA DE ANSIEDADE SOCIAL DE LIEBOWITZ

### Instruções

- 1) Este instrumento avalia o papel que a ansiedade social desempenha em sua vida em várias situações;
- 2) Leia cada situação cuidadosamente e responda duas questões sobre a mesma;
- 3) A primeira questão pergunta o quanto você SENTE MEDO OU ANSIEDADE na situação;
- 4) A segunda questão pergunta com que frequência você EVITA a situação;
- 5) Caso você encontre uma situação na qual você normalmente não se depara (p.ex. tentar namorar alguém, sendo casado), solicitamos que você imagine 'o que faria caso você se encontrasse nesta situação; e então avalie o quanto você temeria essa situação hipotética e com que frequência você tenderia a evita-la. Por favor, baseie a sua avaliação na maneira que as situações afetaram você na ÚLTIMA SEMANA.

SITUAÇÃO	Sente Medo ou Ansiedade: 0 Nenhum(a) 1 Pouco(a) 2 Moderado(a) 3 Profundo	Evita: 0 Nenhum(a) 1 Pouco(a) 2 Moderado(a) 3 Profundo
	<b>SENTE MEDO OU ANSIEDADE</b>	<b>EVITA</b>
1. Telefonar em público (D)		
2. Participar de grupos pequenos (D)		
3. Comer em lugares públicos (D)		
4. Beber com outras pessoas em lugares públicos (D)		
5. Falar com autoridades (S)		
6. Representar, falar ou agir diante de um grupo grande de pessoas (D)		
7. Ir a uma festa (S)		
8. Trabalhar com alguém o observando (D)		
9. Escrever com alguém o observando (D)		
10. Chamar alguém que você não conhece bem (S)		
11. Falar com alguém que você não conhece bem (S)		
12. Encontrar-se com desconhecidos (S)		
13. Ir a banheiro público (D)		
14. Entrar em uma sala quando outras pessoas já estão sentadas (D)		
15. Ser o centro das atenções (S)		
16. Falar em reunião (D)		
17. Submeter-se a algum tipo de exame (D)		
18. Expressar desacordo ou desaprovação em relação a outras pessoas que você conhece bem (S)		
19. Encarar pessoas que você não conhece bem (S)		
20. Fazer um discurso (D)		
21. Tentar namorar alguém (D)		
22. Devolver mercadoria em uma loja (S)		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir à pressão de um vendedor (S)		

Pontuação total: \_\_\_\_ Sub-escala de ansiedade de desempenho: \_\_\_\_ Sub-escala de ansiedade social: \_\_\_\_

**ANEXO 3.****ESCALA DE HAMILTON AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO (HAM-D)**

Não desejo responder ( )
-----------------------------

Em cada item, escolha o escore que melhor caracteriza o paciente na última semana, marcando no local apropriado.

<b>1. Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade):</b>	
0	Ausente
1	Sentimentos relatados somente se perguntados
2	Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras
3	Comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência de choro
4	O paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação
<b>2. Sentimentos de culpa</b>	
0	Ausentes
1	Auto recriminação; sente que decepcionou os outros
2	Ideias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações
3	A doença atual é um castigo. Delírio de culpa
4	Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras
<b>3. Suicídio</b>	
0	Ausente
1	Acha que não vale a pena viver
2	Deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si
3	Ideias ou atitudes suicidas
4	Tentativas de suicídio
<b>4. Insônia Inicial</b>	
0	Sem dificuldades para iniciar o sono
1	Queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora
2	Queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites
<b>5. Insônia Intermediária</b>	
0	Sem dificuldade
1	Queixa de agitação e perturbação durante a noite
2	Acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)
<b>6. Insônia Tardia</b>	
0	Sem dificuldade
1	Acorda durante a madrugada mas volta a dormir
2	Não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite
<b>7. Trabalho e Atividades</b>	
0	Sem dificuldades
1	Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza relacionada às atividades; trabalho ou passatempos
2	Perda de interesse por atividades (passatempos, trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades).
3	Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente passa menos de 3h em atividades externas (passatempos ou trabalho hospitalar)
4	Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio
<b>8. Retardo (lentidão do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora)</b>	
0	Pensamentos e falas normais
1	Lentidão discreta durante a entrevista
2	Lentidão óbvia durante a entrevista
3	Entrevista difícil

4	Estupor completo
<b>9. Agitação</b>	
0	Nenhuma
1	Inquietação
2	Mexe as mãos, cabelos, etc.
3	Movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista
4	Retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios
<b>10. Ansiedade psíquica</b>	
0	Sem dificuldade
1	Tensão e irritabilidade subjetivas
2	Preocupa-se com trivialidades
3	Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
4	Paciente expressa medo sem ser perguntado
<b>11. Ansiedade – somática</b> (concomitante fisiológicos da ansiedade, como: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações, palpitação, cefaleias, hiperventilação, suspiros, ter de urinar frequentemente, sudorese)	
0	Ausente
1	Duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados
2	Leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes
3	Moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse e prejudicam o funcionamento normal
4	Grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente
<b>12. Sintomas gastrintestinais – somáticos</b>	
0	Nenhum
1	Perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência
2	Dificuldade para comer se não insistirem
<b>13. Sintomas somáticos gerais</b>	
0	Nenhum
1	Peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou músculos; perda de energia e fadiga
2	Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido
<b>14. Sintomas Genitais (perda de libido, distúrbios menstruais)</b>	
0	Ausentes
1	Leves ou infrequentes: perda da libido, desempenho sexual prejudicado
2	Óbvio e graves: perda completa do interesse sexual
<b>15. Hipocondria</b>	
0	Ausente
1	Auto-observação aumentada (em relação ao corpo)
2	Preocupação com a saúde
3	Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
4	Delírios hipocondríacos
<b>16. Perda de peso (desde o início da doença ou da última avaliação)</b>	
0	Sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença
1	Perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo
2	Perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais
<b>17. Crítica (consequência da doença)</b>	
0	Reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento
1	Reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso, etc.
2	Nega estar doente
<b>TOTAL</b>	

**ANEXO 2.**

Não desejo responder ( )
--------------------------

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON**

Protocolo Nº. \_\_\_\_\_ Iniciais do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instruções:** Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita.

GRAUS: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4

Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constricção no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		<b>ESCORE TOTAL:</b>	

**ANEXO 4.****INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE FOLKMAN E LAZARUS**

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação **ALGUÉM SE AFASTA OU NÃO QUER TOCAR EM MIM**, de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei esta estratégia

1. usei um pouco

2. usei bastante

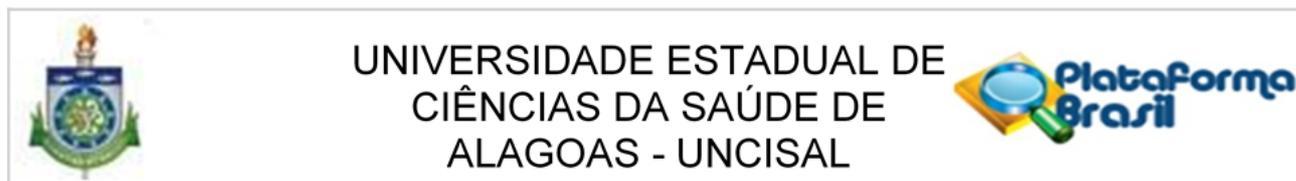
3. usei em grande quantidade

Não desejo responder ( )
-----------------------------

1.	Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2.	Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3.	Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4.	Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5.	Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6.	Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7.	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	0	1	2	3
8.	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9.	Me critiquei, me repreendi.	0	1	2	3
10.	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11.	Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12.	Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2	3
13.	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14.	Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos.	0	1	2	3
15.	Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16.	Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17.	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18.	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19.	Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2	3
20.	Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21.	Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2	3
22.	Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23.	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24.	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25.	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26.	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27.	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28.	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29.	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30.	Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31.	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32.	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33.	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3

34.	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35.	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36.	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37.	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38.	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39.	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40.	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41.	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42.	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43.	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44.	Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45.	Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46.	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47.	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48.	Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
49.	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50.	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51.	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52.	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53.	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54.	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55.	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56.	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57.	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58.	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59.	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60.	Rezei.	0	1	2	3
61.	Me preparei para o pior.	0	1	2	3
62.	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63.	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64.	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65.	Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores".	0	1	2	3
66.	Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3
TOTAL					

## ANEXO 5. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANSIEDADE SOCIAL, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ANSIOSA E ESTRATÉGIAS DE COPING EM INDIVÍDUOS COM VITILIGO

**Pesquisador:** Vanina Papini Góes Teixeira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66105416.6.0000.5011

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.220.275

**Situação:** Aprovado

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação

**obrigatória:** sem pendências.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de

**Inadequações:** sem pendências.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório substanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 15 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:**  
**GRACILIANO RAMOS ALENCAR DO NASCIMENTO**  
 (Coordenador)

**ANEXO 6. Subjective Units of Distress Scale – SUDS**