



**CESPU**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **Autocompaixão e Imagem Corporal em Pacientes com Vitiligo**

**Cláudia Raquel dos Santos Silva**

**Dissertação conducente ao Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e  
Neuropsicologia**

**Gandra, abril de 2023**

**Cláudia Raquel dos Santos Silva**

**Dissertação** conducente ao **Grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia**

**Autocompaixão e Imagem Corporal em pacientes com Vitiligo**

Trabalho realizado sob a Orientação de  
**Professora Doutora Vera Margarida Seabra de Almeida e**  
**Coorientadora Professora Doutora Ana Isabel Pacheco Teixeira**

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, **Cláudia Raquel dos Santos Silva**, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste trabalho, confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer à minha família, mais próxima, por todo o apoio prestado no decorrer de todo este percurso. Agradecer também o carinho, dedicação, incentivo e compreensão demonstrada ao longo destes últimos anos.

Quero agradecer, em especial, à minha madrinha, que sempre me apoiou incondicionalmente e esteve sempre presente tanto nos bons como nos maus momentos! Ajudou-me sempre a ultrapassar cada obstáculo, ao longo do meu percurso.

Quero agradecer ao meu namorado, que também me apoiou incondicionalmente em todos os momentos deste percurso.

Quero agradecer a alguns colegas de turma, que sempre se demonstraram disponíveis para me ajudar no decorrer destes cinco anos de formação.

Por fim, também quero agradecer pela supervisão, orientação e disponibilidade da minha orientadora Professora Doutora Vera Almeida e coorientadora Professora Doutora Ana Teixeira.

**Muito obrigada!**

## Índice

<b>Capítulo I – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>1</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo II – Enquadramento Prático .....</b>	<b>7</b>
<b>Objetivo .....</b>	<b>7</b>
Participantes e Procedimentos .....	7
Caraterização da Amostra .....	7
Escala de Autocompaixão .....	10
Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal .....	11
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress .....	12
Índice de Qualidade do sono de Pittsburgh .....	13
Índice de Qualidade de Vida Dermatológica .....	13
<b>Análise Estatística .....</b>	<b>14</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>15</b>
Análise Descritiva .....	15
Correlações .....	16
Regressão Linear .....	18
<b>Discussão dos Resultados .....</b>	<b>22</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>26</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>27</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>40</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caraterísticas Sociodemográficas .....	8
Tabela 2 – Antecedentes de Saúde .....	9
Tabela 3 – Correlações mais significativas entres resultados dos instrumentos .....	17
Tabela 4 – Regressão Linear Múltipla (IQV-D) .....	19
Tabela 5 – Regressão Linear Múltipla (EADS) .....	21

## Índice de Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado .....	40
Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico .....	41
Anexo 3 – Questionário Clínico .....	42
Anexo 4 – Escala de Autocompaixão .....	44
Anexo 5 - Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal .....	47
Anexo 6 - Índice de Qualidade de Vida Dermatológica .....	49
Anexo 7 - Índice de Qualidade do Sono de <i>Pittsburgh</i> .....	51
Anexo 8 - Escala de Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> .....	53

## Lista de Siglas

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

DASS – *Depression Anxiety Stress Scale*

EA – Escala de Autocompaixão

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

IQS-PT – Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*

IQV-D – Índice de Qualidade de Vida Dermatológica

IUCS – Instituto Universitário de Ciências da Saúde

QFC - Questionário de Fusão Cognitiva

QFC-IC – Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal

REQUIMTE – Rede de Química e Tecnologia

SPSS – *Statistical Package Social Science*

TOXRUN – Unidade de Investigação em Toxicologia

UCIBIO – Unidade de Ciências Biomoleculares Aplicadas

UNIPRO – Unidade de Investigação em Patologia e Reabilitação Oral

## Autocompaixão e Imagem Corporal em pacientes com Vitiligo

Silva, C<sup>1</sup>, Teixeira, A<sup>2,3</sup>, Almeida, V<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Instituto Universitário de Ciências da Saúde-CESPU, Gandra, Portugal

<sup>2</sup>TOXRUN – Unidade de Investigação em Toxicologia, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, CRL, 4585-116 Gandra, Portugal

<sup>3</sup>UCIBIO, REQUIMTE, Laboratório de Tecnologia Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, 4050-313 Porto, Portugal

<sup>4</sup>UNIPRO – Unidade de Investigação em Patologia e Reabilitação Oral, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, 4585-116 Gandra, Portugal

### Resumo

**Introdução:** O vitiligo caracteriza-se como uma doença dermatológica crónica e idiopática, na qual, ocorre o aparecimento de manchas brancas em diversos locais do corpo humano. Provoca alterações na imagem corporal, que podem afetar o bem-estar psicológico e interferir na qualidade de vida da pessoa. É possível assumir que a autocompaixão é a capacidade necessária a ser desenvolvida, a fim de melhorar a saúde mental. A autocompaixão está relacionada com um maior bem-estar psicológico, o que resulta num menor sofrimento psicológico e numa maior experiência de emoções positivas.

**Objetivos:** Estudar o impacto psicossocial do vitiligo. Avaliar os níveis de autocompaixão e imagem corporal nestas pessoas.

**Método:** Neste estudo participaram 88 indivíduos com vitiligo, que responderam a um formulário on-line, composto por: questionário sociodemográfico; questionário clínico; Escala de Autocompaixão; Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal; Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e Índice de Qualidade de Vida Dermatológica. Foi realizada uma análise descritiva, analisado o coeficiente de *Pearson* assim como o alfa de *Cronbach*, correlações e Regressão Linear Múltipla.

**Resultados/Conclusão:** O vitiligo tem impacto psicossocial, aumentando, principalmente os níveis de ansiedade, depressão e *stress*, mas a autocompaixão demonstrou ser um recurso bastante promissor no confronto das emoções implicadas numa dermatose visível.

**Palavras-Chave:** Autocompaixão, Dermatoses, Imagem Corporal, Impacto Psicossocial e Vitiligo.

## **Abstract**

**Introduction:** Vitiligo is characterized as a chronic and idiopathic dermatological disease, in which white spots appear in various parts of the human body. It causes changes in body image, which can affect the psychological well-being and interfere with the patient's quality of life. It is possible to assume that self-compassion is the necessary skill to be developed in order to improve mental health. Self-compassion is related to greater psychological well-being, which results in less psychological suffering and a greater experience of positive emotions.

**Objectives:** To study psychosocial impact of vitiligo. Assess levels of self-compassion and body image in these patients.

**Method:** In this study, 88 individuals with vitiligo participated, who answered an online form, composed by: Sociodemographic Questionnaire; Clinical Questionnaire; Self-Compassion Scale; Cognitive Fusion Questionnaire – Body Image; Depression Anxiety Stress Scale; Pittsburgh Sleep Quality Index and Dermatology Life Quality Index. A descriptive analysis was performed, analyzing Pearson's coefficient as well as Cronbach's alpha, correlations and multiple linear regression.

**Results/Conclusion:** Vitiligo has a psychosocial impact, mainly increasing the levels of anxiety, depression and stress, but self-compassion has proven to be a very promising resource in confronting the emotions involved in a visible dermatosis.

**Keywords:** Self-Compassion, Dermatoses, Body Image, Psychosocial Impact and Vitiligo.



## Capítulo I – Enquadramento Teórico

### Introdução

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, o mais visível, e quando se transmite uma sensação de bem-estar e de atração (Rumsey, 2018 cit. in Gee et al., 2020). Por outro lado, sabe-se que as doenças de pele estão classificadas entre as dez doenças mais prevalentes em todo o mundo (Hay et al., 2014 cit. in Hudson et al., 2020) e podem ter um impacto significativo no bem-estar psicológico (Clarke et al., 2013; Rumsey et al., 2004 cit. in Hudson et al., 2020). Nesta dissertação será estudado o vitiligo, nomeadamente o impacto psicossocial associado à doença, em particular na imagem corporal e na autocompaixão em pacientes com esta dermatose.

O vitiligo é uma doença de etiologia não totalmente esclarecida (Futia, 2018 cit. in Albuquerque & Oliveira, 2021). Trata-se de uma patologia crónica, caracterizada pela despigmentação da pele e aparecimento de manchas brancas em diversos locais do corpo (Singh & Kaur, 2022), normalmente de forma simétrica (Van Geel et al., 2017 cit. in Xia et al., 2022). A alteração funcional dos melanócitos faz com que exista uma perda progressiva da capacidade de síntese de melanina, daí a despigmentação (Rodrigues et al., cit. in Xia et al., 2022). As áreas expostas ao sol, normalmente são as mais acometidas, assim como, as pessoas com pele escura. A região circundante aos olhos, junto às comissuras labiais, zonas genitais (Nunes et al., 2011 cit. in Ventura et al., 2021), mamilos, mãos e pés são as regiões mais frequentemente afetadas (Bedin et al., 2004). Embora o vitiligo seja uma patologia crónica, os sintomas físicos restringem-se normalmente à despigmentação cutânea. Aparentemente, o vitiligo é uma doença autoimune (Rezai et al., 2007 & Ezzedine et al., 2012 cit. in Eleftheriadou et al., 2022). Fatores ambientais, antecedentes familiares, o *stress* e a ansiedade parecem estar associados ao desenvolvimento da doença (Ongenaes et al., 2005 cit. in Eleftheriadou et al., 2022). Pode surgir em qualquer idade, em ambos os sexos, mas surge com mais frequência no adulto jovem, por volta dos 20 anos (Lerner et al., 1978; Nordlund et al., 1997 cit. in Bedin et al., 2004). Apesar de não ser uma doença contagiosa (Le Poole & Boissy, 1997 cit. in Singh & Kaur, 2022), existe muito preconceito relacionado com o vitiligo. Tratando-se o vitiligo de uma alteração cutânea visível, e portanto da imagem

corporal, está associada a *stress* psicológico, estigma social e consequentemente pode desencadear isolamento social (Ongenaes et al., 2005 cit. in Eleftheriadou et al., 2022). Este estigma, é particularmente experienciado por pessoas portadoras de dermatoses, com alterações cutâneas visíveis, (Bundy et al., 2013; Ginsburg et al., 1993 cit. in Sherman et al., 2019) e tem sido associado à depressão, ansiedade e baixa autoestima (Hong et al., 2008; Murray et al., 2005 cit. in Sherman et al., 2019). Mesmo existindo tratamento para repor a pigmentação e ser possível levar uma vida “normal”, a resposta individual é sempre única e os efeitos muito diversos.

Alterações do bem-estar psicológico podem despertar ou agravar dermatoses, através de vias psiconeuroimunológicas e reações comportamentais (Thompson, 2005, 2009; Yan, 2016 cit. in Hudson et al., 2020), assim como, dermatoses podem causar alterações do bem-estar psicológico, um ciclo patológico. A afeição da imagem corporal, devido a dermatoses, tem sido associada a problemas de insónias (Gupta et al., 2015 cit. in Sherman et al., 2019), ansiedade, depressão (Hinkley, 2015 cit. in Sherman et al., 2019), medo de apreciação negativa, ideação suicida (Gupta 2013 cit. in Sherman et al., 2019) e baixa autoestima (Kouris et al., 2017 cit. in Sherman et al., 2019). A resistência na procura de ajuda profissional para lidar com estas preocupações, relacionadas com a imagem corporal, está associada a sentimentos de constrangimento e vergonha constantes (Ahmed et al., 2018; Kouris et al., 2017 cit. in Sherman et al., 2019). Isto faz com que, a procura de um profissional de saúde seja cada vez menos frequente (Consedine et al., 2007 cit. in Sherman et al., 2019). O impacto psicológico do vitiligo, tem consequências comumente relatadas pelos doentes tais como: constrangimento, falta de confiança, ansiedade social, perda de autoestima, problemas com a imagem corporal, redução da qualidade de vida e estigma percebido (Changing et al., 2010; Swami et al., 2012; Jenkinson et al., 2015; Eiserman et al., 2001; Klein et al., 2006; Stock et al., 2015 cit. in Thornton et al., 2021). Também existe um risco aumentado de até 35% de morbilidade psiquiátrica, como depressão e ansiedade (Ongenaes et al., 2005 cit. in Eleftheriadou et al., 2022).

Sendo assim, intervenções psicossociais estão recomendadas na gestão da rotina do indivíduo com vitiligo (Taieb et al., 2013; Gawkrödger et al., 2010 cit. in Ahmed et al., 2018). É necessário e importante desenvolver intervenções psicológicas específicas para esta população. Um número limitado de intervenções psicológicas foi desenvolvido e

avaliado para pessoas com dermatoses com alterações visíveis (Mufti et al., 2013; Norman et al., 2015 cit. in Hudson et al., 2020). Assim, as intervenções psicológicas testadas especificamente com doenças de pele, incluem: terapia de grupo; meditação; terapia cognitivo-comportamental; *biofeedback* e relaxamento (Lavda et al., 2021 cit. in Hudson et al., 2020). Para além disto, as intervenções psicológicas de autoajuda, como a psicoeducação, são normalmente intervenções menos complexas e mais breves do que a psicoterapia contemporânea (Baguley et al., 2010 cit. in Hudson et al., 2020). Existem evidências emergentes de que a autoajuda é considerada como aceitável para pessoas com doenças que alterem a aparência, mostrando-se promissora na redução do *stress* e preocupações relacionadas com a aparência (Mufti et al., 2013 cit. in Hudson et al., 2020). No entanto, ainda existem poucos estudos sobre autoajuda projetada especificamente para pessoas com dermatoses (Thompson, 1024b cit. in Hudson et al., 2020). Assim, uma abordagem terapêutica em desenvolvimento, a fim, de lidar com as preocupações com a imagem corporal é a autocompaixão (Neff, 2003; Neff et al., 2018 cit. in Sherman et al., 2019). A autocompaixão surge como a prática de estar aberto para o próprio sofrimento, não o evitando, mas criando o desejo de o aliviar e de se curar com bondade (Neff, 2015; Stapleton et al., 2017 cit. In Whiston, 2019). Pessoas que adotam esta perspetiva perante o sofrimento, têm tendência a tratarem-se com compreensão, em vez de críticas (Neff, 2003; Neff et al., 2018 cit. in Sherman et al., 2019). Estudos em populações saudáveis de estudantes demonstram que uma maior autocompaixão está associada a um maior bem-estar psicológico, ou seja, menos sofrimento psicológico (MacBeth et al., 2012; Van Dam et al., 2011 cit. in Sherman et al., 2019) e mais emoções positivas (Neff et al., 2018 cit. in Sherman et al., 2019). Isto acontece devido à regulação da emoção, na qual, a autocompaixão permite ao indivíduo regular as emoções de forma íntegra ao enfrentar ameaças e fatores de *stress*, acabando por reduzir o seu impacto (Finlay-Jones et al., 2017 cit. in Sherman et al., 2019).

Apesar da autocompaixão e a autoestima coexistirem no indivíduo, ambas podem também funcionar separadamente. Segundo Neff (2015), a autoestima não é constante, ou seja, está predominantemente presente em “bons tempos” e ausente “quando as coisas não estão bem”. Foi verificado que a autocompaixão está negativamente associada ao perfeccionismo (Stapleton et al., 2017 cit. in Whiston 2019), o que significa que as pessoas podem ultrapassar o perfeccionismo praticando a

autocompaixão, pois, ter a coragem de ser imperfeito, ver-se a si mesmo e não igual aos outros, ajudará a todos se aceitarem como são. Assim, este conceito ajuda na luta contra a baixa autoestima. A autocompaixão é uma “ferramenta poderosa no combate” à imagem corporal negativa. Os autores Stapleton et al., 2017, afirmaram que, semelhante à autoestima, a autocompaixão pode ser considerada um fator significativo de fonte de autoestima positiva. Enquanto que a autoestima está dependente do sucesso de vários domínios, tais como, a aparência ou a aprovação social, a autocompaixão envolve tratar-se com bondade em tempos de adversidade. De acordo com o autor Neff (2015), a “autocompaixão envolve ser gentil e solidário consigo mesmo, tratando-se com o mesmo cuidado e atitude que usaria para um bom amigo. Significa reconhecer que a condição humana é imperfeita”. Este constructo não é apenas aceitarmos-nos a nós mesmos com intenção de desistir ou rendermo-nos a uma situação e ser benevolente, é ser capaz de olhar para si mesmo com compaixão e ser capaz de dizer a si que nenhum ser humano é perfeito, mas todos são dignos de aceitação (Neff, 2015 cit. in Whiston, 2019). Afirmando ainda que a “autocompaixão não envolve fazer julgamentos sobre a própria atratividade física em relação aos outros ou em relação a um determinado padrão, esta envolve abraçar as imperfeições percebidas como parte do ser humano” (Neff, 2015 cit. in Whiston, 2019). Quando os indivíduos forem capazes de praticar a autocompaixão, é sinal que estão no caminho certo para serem emocionalmente saudáveis. A autocompaixão é considerada uma das fontes mais poderosas de resiliência disponíveis para os seres humanos. Foi levantada a hipótese de que a autocompaixão pode ajudar as pessoas a protegerem-se da imagem corporal negativa. O autor Breines et al., (2014) afirmou que “ao encorajar a aceitação de imperfeições e reduzir a vergonha do corpo, a compaixão pode ser especialmente adequada para neutralizar as pressões sociais relacionadas com a aparência” (Whiston, 2019).

Tem sido vasta a literatura que enfatiza o papel da autocompaixão enquanto estratégia útil de regulação emocional, destacando o seu papel protetor na saúde mental, ou seja, a associação que tem com a diminuição de sintomas psicopatológicos e a qualidade de vida, tanto em amostras de doentes crónicos (Pinto-Gouveia et al., 2013; Sirois et al., 2016 cit. in Veiga et al., 2019) como em amostras da população em geral (Korner et al., 2015; Neff, 2003b cit. in Veiga et al., 2019). A autocompaixão pode ser

compreendida como a capacidade da pessoa ser compreensiva e calorosa relativamente a experiências e aspetos do eu, percecionados como indesejáveis ou negativos, os quais são percecionados como parte da experiência humana comum (Neff, 2003b cit. in Veiga et al., 2019). Esta estratégia de regulação emocional adaptativa não envolve evitar o insucesso, inadequações e falhas pessoais, nem implica o autocriticismo e julgamentos severos, mas sim, uma atitude de aceitação, bondade e compreensão, perante contextos de dor e sofrimento (Folkman et al., 2000; Neff, 2003<sup>a</sup> cit. in Veiga et al., 2019). Diversos estudos destacam que maiores níveis de autocompaixão associam-se a menores níveis de ansiedade, ruminação e sintomas depressivos (Costa et al., 2011; Korner et al., 2015; MacBeth et al. 2012; Neff, 2003a, 2003b, 2009 cit. in Veiga et al., 2019). Por outro lado, a literatura também demonstra que, menores níveis de autocompaixão constituem um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de sintomas psicopatológicos, nomeadamente de sintomatologia depressiva (Korner et al., 2015; Krieger et al., 2013 cit. in Veiga et al., 2019). Em estudos realizados a populações de doentes crónicos, é destacada a autocompaixão como tendo um papel fundamental na promoção do comportamento de saúde (Sirois et al., 2019; Sirois et al., 2016 cit. in Veiga et al., 2019). Para além do referido, a literatura também demonstra que as competências da autocompaixão podem ser um “antídoto” para o impacto negativo das experiências de vergonha no bem-estar psicológico dos indivíduos (Benda et al., 2018; Ferreira et al., 2013; Gilbert et al., 2006; Zang et al., 2018 cit. in Veiga et al., 2019), embora esta relação (entre autocompaixão e vergonha) esteja bem documentada para populações de doentes depressivos e população em geral, para amostras de doentes crónicos apresenta-se escassamente estudada. Em suma, a população com doença crónica, devido a uma maior tendência para a vivência de experiências de vergonha (Casati et al., 2000; Trindade et al., 2017b, 2018<sup>a</sup> cit. in Veiga et al., 2019) e a maior sintomatologia depressiva reportada (Pinto-Gouveia et al., 2013 cit. in Veiga et al., 2019), parece ser uma população em que os processos de autocompaixão poderão assumir um papel particularmente importante para a promoção de saúde mental.

Reiterando que o vitiligo é uma doença crónica, que afeta a imagem corporal, que causa alterações do bem-estar psicológico e que interfere com a qualidade de vida, parece mais que óbvio que a autocompaixão seja a capacidade a ser desenvolvida nestas

peçoas com vista a maior autoestima, a uma melhor integração na sociedade e a maior saúde mental. Porém, ainda são escassos os estudos sobre intervenções psicológicas para portadores de vitiligo. Compreender as necessidades que não são atendidas e os requisitos dos indivíduos com vitiligo é a chave para o desenvolvimento de intervenções (Craig et al., 2008 cit. in Ahmed et al., 2018). Desta forma, existe a necessidade de se realizar mais investigação neste campo de modo a conhecer melhor a doença e definir estratégias terapêuticas integradas que considerem as dimensões física e psicológica da doença.

## Capítulo II – Enquadramento Prático

### Objetivo

Este estudo tem como principal objetivo analisar o impacto psicossocial do vitiligo na autocompaixão, na imagem corporal, no bem-estar e na qualidade de vida destes doentes.

### Metodologia

#### *Participantes e Procedimentos*

Inicialmente, foi realizado o pedido à comissão de Ética do IUCS (Instituto Universitário de Ciências da Saúde) para a elaboração desta dissertação e recolha de dados.

Para a seleção da amostra, foram definidos apenas dois critérios de inclusão, os participantes teriam de ser maiores de idade (Idades iguais e/ou superiores a 18 anos) e teriam de possuir a dermatose em estudo (vitiligo).

A recolha de dados foi realizada através de meios digitais. Para isso, foi criado um formulário, constituído por: consentimento informado (com o objetivo de garantir a confidencialidade e o anonimato dos resultados recolhidos e explicando que a participação era livre, podendo desistir da mesma a qualquer momento); questionário sociodemográfico; questionário clínico e cinco escalas validadas para a população portuguesa, numa plataforma *on-line* para partilha de *link* na página de uma associação de indivíduos portadores de vitiligo, em Portugal. Terminado este processo (de recolha de dados), o tratamento dos mesmos foi feito com recurso ao programa estatístico *Statistical Package Social Science* (SPSS).

#### *Caraterização da Amostra*

A amostra é constituída por 88 participantes, 74 (84,1 %) sexo feminino e 14 do sexo masculino (15,9%), com uma média de idades igual a 40,30. Grande parte dos indivíduos está casado ou encontra-se numa união de facto (46,6%) e as habilitações

literárias mais comuns são a licenciatura (45,5%) e o 12º ano de escolaridade (28,4%). É possível ainda verificar que a maioria dos indivíduos encontra-se empregada (85,2%).

**Tabela 1**

*Caraterísticas Sociodemográficas*

<b>Caraterísticas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>			40,30	11,31
<b>Género</b>				
Feminino	74	75,5		
Masculino	14	14,3		
<b>Estado Civil</b>				
Casado/União de Facto	41	41,8		
Divorciado/ Separado	15	15,3		
Solteiro	32	32,7		
<b>Habilitações Literárias</b>				
1 a 4 anos	1	1,0		
5 a 6 anos	1	1,0		
7 a 9 anos	4	4,1		
10 a 12 anos	25	25,5		
Licenciatura	40	40,8		
Mestrado	13	13,3		
Doutoramento	1	1,0		
Bacharelato	3	3,1		
<b>Situação Profissional</b>				
Empregado	75	76,5		
Desempregado	5	5,1		
Reformado	2	2,0		
Estudante	6	6,1		

Relativamente às informações clínicas, apenas duas pessoas não apresentam zonas de pele ou pêlos com despigmentação e três não têm atingimento em áreas visíveis. Desta forma, a maioria considera a sua condição extensa, 63 indivíduos (71,6%) não possuem outros familiares com esta dermatose e apenas 25 (28,4) apresentam. A grande maioria (77,3%) não apresenta antecedentes de saúde relevantes, porém, os que foram mencionados encontram-se na tabela 2. O impacto do vitiligo na vida social foi maioritariamente considerado como “pouco” (37,5 %) e “moderado” (27,3%) e apenas 11 (12,5%) indivíduos têm acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. A generalidade respondeu que o vitiligo não condicionava as suas atividades de vida diárias (68,2%), não condicionou a opção profissional (94,3%) e que não afetou a relação com a família, amigos e/ou companheiro (72,7%).

**Tabela 2**

*Antecedentes de Saúde*

<i>Caraterísticas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ansiedade	3	3,0
Artrite Reumatoide	1	1,0
Asma	1	1,0
Colite Ulcerosa	1	1,0
Depressão	2	2,0
Diabetes	4	4,0
Escoliose	1	1,0
Hipertensão	2	2,0
Sinusite Crónica	1	1,0
Doença da Tireoide	3	3,0

## Descrição dos Instrumentos

Foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Autocompaixão (EA) (Anexo 44); Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal (QFC-IC) (Anexo 47); Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS) (Anexo 53); Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (IQS-PT) (Anexo 51) e Índice de Qualidade de Vida Dermatológica (IQV-D) (Anexo 49).

### *Escala de Autocompaixão*

A EA (Neff, 2016) é a medida de autorrelato mais utilizada para avaliar a autocompaixão (*Self-Compassion Scale*, Neff, 2003; tradução e adaptação de Castilho & Pinto-Gouveia, 2006). É constituída por 26 itens que têm como objetivo avaliar três dimensões básicas deste constructo: a Autobondade (capacidade para ser amável, bondoso, gentil e compreensível para consigo próprio, ao invés de ser excessivamente crítico e punitivo); a Condição Humana/Humanidade Comum (entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior) e o Mindfulness (consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos) (Castinho et al., 2015). Os 26 itens são divididos em seis subescalas: 5 itens de Autobondade (5, 12, 19, 23, 26); 5 itens de Autojulgamento (1, 8, 11, 16, 21); 4 itens de Condição Humana (3, 7, 10, 15); 4 itens de Isolamento (4, 13, 18, 25); 4 itens de *Mindfulness* (9, 14, 17, 22) e 4 itens de Sobre Identificação (2, 6, 20, 24) (Castilho et al., 2015; Castilho & Gouveia, 2011). Assim, cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1= Quase Nunca; 2= Raramente; 3= Algumas Vezes; 4= Muitas Vezes e 5= Quase Sempre) (Castilho et al., 2015). A cotação total é obtida a partir do somatório da pontuação de todos os itens, para isso, os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 25 e 25 devem de ser invertidos. Mas, esta escala, para além da pontuação total, também fornece resultados parciais, ou seja, também fornece a pontuação média de cada subescala. Assim, pontuações mais elevadas significam maior nível de autocompaixão (Castilho et al., 2015).

No estudo referente às características psicométricas (Neff, 2003<sup>a</sup>), os resultados obtidos indicaram elevada inter-correlação entre as seis dimensões teóricas. Apresenta também boa consistência interna ( $\alpha=0,92$ ). Outra característica verificada foi a validade

do constructo, assim, os dados obtidos sugerem uma boa validade, na medida em que esta não evidenciou uma correlação significativa com enviesamentos de deseabilidade social. Desta forma, este conjunto de dados demonstra que a EA possui boas qualidades psicométricas e de validade, demonstrando a sua utilidade na avaliação da autocompaixão (Castilho & Gouveia, 2011).

#### *Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal*

O instrumento QFC-IC (Gillanders et al., 2014) foi desenvolvido e adaptado a partir da QFC-28 (Gillanders et al., 2010; Ferreira et al., 2015), após a respetiva aprovação dos autores originais, para avaliar a fusão cognitiva (perceção de que os pensamentos são declarações literais e verdadeiros da realidade (Gillanders et al., 2014 cit. in Santos et al., 2017), especificamente associada a pensamentos relacionados à imagem corporal (Ferreira et al., 2015; Ferreira et al., 2014b; Lucena-Santos et al., 2017). Este instrumento de autorrelato é constituído por 10 itens, cotados numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (1= Nunca Verdadeiro; 2= Muito Raramente Verdadeiro; 3= Raramente Verdadeiro; 4= Às Vezes Verdadeiro; 5= Frequentemente Verdadeiro; 6= Quase Sempre Verdadeiro e 7= Sempre Verdadeiro) na qual, os indivíduos têm de classificar o quão verdadeira é cada uma das afirmações (Ferreira et al., 2015). O original QFC-28 apresentou boa consistência interna no estudo original e no estudo para a validação para a população portuguesa ( $\alpha=0,94$  na componente fusão;  $\alpha=0,77$  na componente de defusão e  $\alpha= 0,92$  na componente de defusão geral da escala) (Gillanders et al., 2010; Pinto-Gouveia et al., 2014). Assim, posteriormente, foram seleccionados apenas 10 itens para desenvolver uma medida mais curta, mais confiável, capaz de integrar esta variabilidade do constructo em questão, sendo assim, menos exaustiva para os participantes (Cudeck, 2011). A pontuação total é calculada através da soma dos itens e as pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de fusão cognitiva. Assim, os resultados indicam que a QFC-IC converteu-se numa medida de um fator de fusão cognitiva para a imagem corporal. O QFC-IC demonstrou uma confiabilidade interna muito boa, com um valor de  $\alpha=0,96$  (Barney et al., 2021).

## Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

A EADS é a versão portuguesa da DASS dos autores Lovibond & Lovibond (1995), adaptada por Pais Ribeiro et al., 2004<sup>a</sup>. Esta escala foi concebida com a finalidade de discriminar e medir (Watson et al., 1995) a totalidade dos sintomas de depressão, ansiedade e stress (Leal et al., 2009) em indivíduos com idades superiores a 17 anos (Pais-Ribeiro et al., 2004; Patias et al., 2016). Esta escala é constituída por 21 itens cotados numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0= Não se aplicou a mim; 1= Aplicou-se a mim algumas vezes; 2= Aplicou-se a mim muitas vezes e 3= Aplicou-se a mim a maior parte das vezes), a que correspondem os valores de 0 a 3. Cada item corresponde a uma afirmação, remetendo para sintomas emocionais negativos. Desta forma, é pedido aos participantes que avaliem a intensidade em que experienciaram cada sintoma, durante a última semana (Patias et al., 2016). Assim, a dimensão depressão engloba os seguintes 7 itens: disforia (item 13); desânimo (item 10); desvalorização da vida (item 21); auto-depreciação (item 17); falta de interesse ou envolvimento (item 16); anedonia (item 3) e inércia (item 5). A dimensão da ansiedade abrange os seguintes 7 itens: excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); efeitos músculo esqueléticos (item 7); ansiedade situacional (item 9) e experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20). Por último, a dimensão *stress* integra os seguintes 7 itens: dificuldades em relaxar (itens 1 e 12); excitação nervosa (item 8); facilidade em estar chateado/agitado (item 18); irritável/reações exageradas (itens 6 e 11) e impaciência (item 14) (Pais Ribeiro et al., 2004b; Leal et al., 2009). A escala proporciona 3 notas, uma para cada dimensão, que são determinadas através da soma dos resultados dos 7 itens. Assim, existe a pontuação mínima de 0 pontos e a máxima de 21 pontos, correspondendo as pontuações mais elevadas a estados afetivos mais negativos. A consciência interna da escala foi avaliada através do Alfa de *Cronbach* apresentando uns resultados de 0,85 na depressão, 0,74 na ansiedade e 0,81 no *stress* (Pais-Ribeiro et al., 2004; Patias et al., 2016).

### *Índice de Qualidade do sono de Pittsburgh*

O IQS-PT foi traduzido para o português (Del Rio et al., 2017) e é uma escala de autorrelato (Meiavia et al., 2013) que avalia a qualidade de sono, do último mês do sujeito. A escala tem o objetivo de diferenciar a qualidade do sono, mas não se destina a realizar diagnóstico de perturbação do sono, embora ajude a identificar as principais áreas que estão a ser afetadas (Gomes et al., 2018; Buysse et al., 1989; Mollayeva et al., 2016 cit. in Del Rio, 2017). Este questionário é constituído por 19 questões direcionadas para os participantes e 6 questões direcionadas para os companheiros de cama e/ou quarto dos participantes (itens 10, 10 a), 10 b), 10 c), 10 d) e 10 e)). Estas 6 questões apenas são realizadas para obter algumas informações clínicas, assim, as mesmas não são contabilizadas. As 19 questões estão categorizadas em 7 componentes: 1= qualidade subjetiva do sono (item 6); 2= latência do sono (itens 2 e 5a); 3= duração do sono (item 4); 4=eficiência habitual do sono (5a); 5= perturbações do sono (itens 5b e 5j); 6= uso de medicação para dormir (item 7) e 7= disfunção diurna (itens 8 e 9) (João et al., 2017 cit. in Gomes, et al., 2018), que variam de 0 a 3 (0= Nunca; 1= Menos de 1x/semana; 2= 1 ou 2x/semana e 3= 3x/semana ou mais). A soma destes componentes transforma-se na pontuação global e pode variar de 0 a 21 pontos. Desta forma, pontuações mais elevadas significam pior qualidade do sono e o Alfa de *Cronbach* referente aos 7 componentes da escala é de 0,75. (Buysse et al., 1989 cit. in Del Rio, 2017).

### *Índice de Qualidade de Vida Dermatológica*

O IQV-D foi desenvolvido por Finlay & Kham (1994). É um questionário simples e prático, específico para dermatoses (Finlay et al., 1994). Pode ser utilizado tanto para medir como para comparar a qualidade de vida entre diferentes dermatoses (Halioua et al., 2000 cit. in Martins, 2004). O IQV-D é composto por 10 questões, subdivididas em 6 categorias: sintomas e sentimentos (item 2); atividades diárias (item 3); lazer (itens 5 e 6); trabalho/escola (item 7); relações interpessoais (itens 8 e 9) e tratamento (itens 1, 4 e 10) (Taborda et al., 2010). Este questionário possui quatro opções de resposta, sendo elas: Nada; Um Pouco; Bastante e Muito, com pontuações correspondentes de 0, 1, 2 e

3. Existe também a possibilidade de escolher “Não Aplicável”, que é cotado como 0 (Finlay & Khan, 1994). Assim, o IQV-D é calculado pelo somatório da pontuação de cada questão, podendo a mesma variar do mínimo 0 até ao máximo 30 (sem impacto na qualidade de vida 0-1; impacto ligeiro 2-5; impacto moderado 6-10; impacto elevado 11-20 e impacto muito elevado 21-30) (Finlay, 1994; Unidade de Imunoalergologia Hospital Pedro Hispano Unidade Local de Saúde Matosinhos et al., 2019), ou seja, quanto maior for a pontuação obtida, maior é o comprometimento da qualidade de vida dermatológica (Finlay & KHAN, 1994), assim, este índice também possui um ponto de corte de 7/8 para homens e 8/9 para as mulheres e um Alfa de *Cronbach* de 0,9 (Taborda et al., 2010).

### *Análise Estatística*

O tratamento e a análise dos dados recolhidos foram realizadas com o programa estatístico SPSS, versão 29,0. Primeiramente, foi realizado uma análise descritiva através das respetivas médias e desvios padrão. Em seguida, analisou-se as correlações, através do coeficiente de correlação de *Pearson*, medindo a associação linear entre variáveis quantitativas, “A correlação indica que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso (Murteira, 1993 cit. in Pestana & Gageiro, 2014)”. O alfa de *Cronbach* também foi analisado, para verificar a consistência interna das escalas. Por fim, foram utilizados dois modelos, o Modelo de Regressão Linear Simples, que analisa a relação entre duas variáveis de natureza qualitativa (x e y) e o Modelo de Regressão Múltipla, que é uma técnica estatística, descritiva e inferencial, que permite a análise da relação entre uma variável dependente (y) e um conjunto de variáveis independentes (x’s) (Pestana & Gageiro, 2014).

## Resultados

### *Análise Descritiva*

Relativamente à Autocompaixão, o item 15 (“Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”) é o que apresenta uma média maior ( $M=3,33$  e  $DP=0,99$ ) comparativamente ao item 12 (“Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim próprio/a a ternura que necessito”) que tem uma média menor ( $M=2,65$  e  $DP=1,10$ ).

Na escala QFC-IC, o item com maior média ( $M=4,11$  e  $DP= 1,65$ ) é o item 1 (“Os meus pensamentos em relação à minha imagem corporal perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional”), já o item 6 (“Os meus pensamentos em relação à minha imagem corporal distraem-me do que estou a fazer nesse momento”) tem menor média ( $M=2,92$  e  $DP=1,67$ ).

No instrumento IQV-D, o item 10 (“Na última semana, até que ponto os tratamentos para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo”) obteve uma média mais elevada ( $M=3,95$  e  $DP=0,79$ ), comparativamente ao item 7 (“Na última semana, o seu problema de pele impediu-o(a) de trabalhar ou estudar”) que obteve menor média ( $M=2,06$  e  $DP= 0,35$ ).

No questionário IQS-PT, o item 2 (“Durante mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer, na maioria das vezes?”) demonstrou maior média ( $M=30,27$  e  $DP=30,31$ ) comparativamente ao item 10b (“Se tem um(a) companheiro/a de cama ou quarto pergunte-lhe se, no mês passado, você teve: b) Pausas longas na respiração durante o sono”) e 10d (“Se tem um(a) companheiro/a de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, você teve: d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono”) obtiveram médias menores ( $M=0,13$  e  $DP=0,34$ ).

Por último, na EADS, o item que apresentou maior média ( $M=1,44$  e  $DP= 1,35$ ) foi o item 13 (“Senti-me desanimado/a e melancólico/a”), já o que apresentou menor média ( $M=0,26$  e  $DP=0,54$ ) foi o item 4 (“Senti dificuldades em respirar.”).

### *Correlações*

Existe uma correlação linear positiva forte entre a Autobondade e o *Mindfulness* (coeficiente de correlação de *Pearson* estimado de 0,716; sig=0). À medida que se registam maiores valores de Autobondade, por parte dos indivíduos portadores de vitiligo, tendem a registar também maiores valores de *Mindfulness*. Ainda dentro deste instrumento, foi observado, para as subescalas Autojulgamento e Sobre Identificação um coeficiente de correlação de *Pearson* estimado de 0,843 (sig=0). Deste modo, existe uma correlação linear positiva forte entre estas duas subescalas. Assim, portadores de vitiligo que tendem a ter maiores valores de Autojulgamento também tendem a registar maiores valores de Sobre Identificação.

Analisando a escala total do EA, com a escala total do QFC-IC, o coeficiente de correlação de *Pearson* estimado é de -0,609 (sig=0). Existe assim, uma correlação linear moderada negativa entre a escala total destes dois instrumentos. Podemos concluir que, indivíduos portadores de vitiligo que apresentem níveis de autocompaixão elevados, apresentam menores níveis de fusão cognitiva.

Analisando a escala total da EA com a dimensão depressão do EADS, o coeficiente de correlação de *Pearson* estimado obtido foi de -0,664 (sig=0). Desta forma, existe uma correlação linear negativa moderada entre esta escala total e esta dimensão. Isto é indicador de que maiores níveis de Autocompaixão provocam menores níveis de Depressão.

Verificando a escala total do QFC-IC com o DLQI, o coeficiente de correlação de *Pearson* estimado obtido foi de -0,613 (sig=0). Desta forma, existe uma correlação linear moderada negativa entre a escala total destes dois instrumentos. Concluimos então que, menores níveis de fusão cognitiva conduzem, conseqüentemente, a menores níveis de qualidade de vida dermatológica.

Relativamente à escala EADS, existe um coeficiente de correlação de *Pearson* estimado de aproximadamente 0,744 (sig=0), entre a dimensão da Depressão e a dimensão da Ansiedade, o que significa que existe uma correlação linear forte entre estas duas dimensões. Ou seja, maiores níveis de depressão, indicam também maiores níveis de ansiedade.

Obteve-se, para a dimensão Depressão e *Stress*, inseridas no instrumento EADS, um coeficiente de correlação de *Pearson* estimado de 0,814 (sig=0). Isto significa que, existe uma correlação linear forte entre estas duas dimensões, ou seja, maiores níveis de depressão indicam também maiores níveis de *stress*. Existe também um coeficiente de correlação de *Pearson* estimado de 0,845 (sig=0), entre a dimensão da Ansiedade e do *Stress* e existe uma correlação linear positiva forte entre estas duas dimensões. Maiores níveis de Ansiedade indicam maiores níveis de *stress*.

**Tabela 3**

*Correlações mais significativas entre resultados dos instrumentos*

	QFC-IC	EADS Depressão	EADS <i>Stress</i>	EA Autojulgamento	EA Autobondade
EA Total	- 0,609**	-0,664**	-0,652**		
EA Sobre Identificação	-			0,843**	
EA Mindfulness		-			0,716**
EADS	- 0,613**		-		
EADS Ansiedade		0,744**	0,845**	-	
EADS Depressão			0,814**	.	-

\*\*p<.001

Avaliando agora a consistência interna do estudo, podemos concluir o seguinte: Na generalidade, apresentam-se alfas de *Cronbach* acima de 0,80, o que ilustra uma consistência interna muito boa ou boa dentro das escalas e das subescalas, em análise. Desta forma, quanto maior for a consistência, maior vai ser a robustez e a fiabilidade dos resultados. A subescala “Isolamento” inserida no instrumento EA apresenta o alfa de *Cronbach* associado inferior a 0,6, de acordo com padrões usuais. Considera-se assim que, a consistência interna nesta subescala é inadmissível. Existe ainda uma outra heterogeneidade nas respostas comparadas entre itens que avaliam este aspeto, é

plausível que indivíduos que apresentem uma avaliação mais elevada num certo item simultaneamente apresentem um valor mais baixo num outro item (o qual se esperava também que fosse de avaliação mais elevada).

### *Regressão Linear*

Numa primeira análise realizaram-se os modelos que constam na Tabela 4 com o total da escala IQV-D.

Como os valores de  $R^2 = 0,447$  e  $R'^2 = 0,434$  são classificados apenas como razoáveis, realizou-se o Modelo de Regressão Linear Múltiplo, para aumentar a consistência interna.

É de esperar que, um indivíduo que apresenta zonas de pele ou pêlos com despigmentação leve a um aumento de aproximadamente 1,04 na escala global de IQV-D. Ou seja, leva a um maior impacto na maneira que o indivíduo percebe o impacto que tem na sua qualidade de vida dermatológica, mantendo todas as outras variáveis explicativas constantes. O mesmo acontece com indivíduos que são condicionados ou foram condicionados pelo vitiligo nas suas atividades de vida diárias, existindo um aumento de 0,33 na escala global de IQV-D, ou seja, leva a um impacto maior na maneira que o indivíduo percebe o impacto que tem na sua qualidade de vida dermatológica.

O aumento de uma unidade na subescala de *Mindfulness* leva a uma diminuição esperada de -0,15 unidades no valor registado em IQV-D\_Total. Isto significa que, indivíduos com valores mais elevados de Mindfulness apresentam níveis de qualidade de vida dermatológica mais baixos (sem impacto na qualidade de vida). O mesmo se verifica para a escala QFC-IC\_Total, existindo uma diminuição de -0,18 unidades no valor registado em IQV-D\_Total. Isto significa que, valores mais elevados de fusão cognitiva apresentam níveis de qualidade de vida dermatológica mais baixos.

A inclusão de mais variáveis explicativas ( $\chi_3$  e  $\chi_4$ ) levaram a um aumento do coeficiente de determinação ajustado e é plausível que as duas variáveis adicionadas, levem a um modelo que melhor explica a IQV-D\_Total, em função das quatro variáveis independentes.

**Tabela 4**
*Regressão Linear Múltipla (IQV-D)*

Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> Ajustado	Erro Padrão da Estimativa	Mudança de <i>R</i> <sup>2</sup>	Mudança <i>F</i>	<i>df</i> 1	<i>df</i> 2
1	0,668 <sup>a</sup>	0,447	0,434	0,37028	0,447	34,305	2	85
2	0,795 <sup>b</sup>	0,632	0,615	0,30548	0,186	20,943	2	83

  

		<i>B</i>	Erro	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
1	(Constante)	1,300	0,297		4,379	0,000
	Atualmente apresenta zonas de pele ou pêlos com despigmentação?	1,136	0,266	0,346	4,267	0,000
	O Vitiligo condiciona/condicionou as suas atividades de vida diárias?	0,564	0,085	0,537	6,617	0,000
2	(Constante)	2,882	0,367		7,848	0,000
	Atualmente apresenta zonas de pele ou pêlos com despigmentação?	1,044	0,222	0,318	4,703	0,000
	O Vitiligo condiciona/condicionou as suas atividades de vida diárias?	0,331	0,082	0,315	4,062	0,000
	EA_Mindfulness	-0,153	0,048	-0,245	-3,161	0,002
	QFC-IC_Total	-0,180	0,028	-0,560	-6,466	0,000

Na segunda análise realizou-se estes dois modelos com a subescala *Stress* da EADS.

Como os valores de  $R^2 = 0,047$  e  $R'^2 = 0,036$  são classificados como muito baixos, realizou-se o Modelo de Regressão Linear Múltiplo, para aumentar a consistência interna.

É de esperar que, um indivíduo que apresentem vitiligo em áreas visíveis leve a um aumento de aproximadamente 0,560 na subescala de *Stress* da EADS. Ou seja, indivíduos com maior atingimento visível do vitiligo apresentam maiores níveis de *stress*.

O aumento de uma unidade na subescala de EA Sobre Identificação leva a uma diminuição esperada de -0,476 unidades no valor registado em EADS\_*Stress*. Isto significa que, indivíduos com valores mais elevados de Sobre Identificação apresentam níveis de *Stress* mais baixos. Também o aumento de uma unidade no item 5 do PSI-PT (“Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de: levantar-se para ir à casa de banho; ter dificuldades para respirar; tossir ou roncar alto; sentir muito frio; sentir muito calor; ter sonhos maus ou pesadelos e sentir dores”) leva a um aumento esperado de 0,302 unidades no valor registado de EADS\_*Stress*. Isto quer dizer que, conforme o aumento destes problemas em dormir aumenta também os níveis de *Stress*. O mesmo se verifica para o item 6 do IQS-PT (“Durante o mês passado como classificaria a qualidade do seu sono”), que leva a um aumento esperado de 0,203 unidades no valor de EADS\_*Stress*. Significa que, conforme o piorar da classificação do sono, os níveis de *Stress* aumentam.

A inclusão de mais variáveis explicativas ( $\chi_3$  e  $\chi_4$ ) levaram a um aumento do coeficiente de determinação ajustado e é plausível que as duas variáveis adicionadas, levem a um modelo que melhor explica a EADS\_*Stress*, em função das quatro variáveis independentes.

**Tabela 5**
*Regressão Linear Múltipla (EADS)*

Modelo	$R$	$R^2$	$R^2$ Ajustado	Erro Padrão da Estimativa	Mudança de $R^2$	Mudança $F$	$df1$	$df2$
1	0,217 <sup>a</sup>	0,047	0,036	0,71783	0,047	4,257	1	86
2	0,834 <sup>b</sup>	0,695	0,695	0,41351	0,680	58,722	3	83

		B	Erro	$\beta$	$t$	$p$
1	(Constante)	0,069	0,443		0,157	0,876
	Se sim, com atingimento em áreas visíveis?	0,870	0,422	0,217	2,063	0,042
2	(Constante)	1,268	0,339		3,742	0,000
	Se sim, com atingimento em áreas visíveis?	0,560	0,246	0,140	2,2777	0,025
	EA_Sobre Identificação	-0,476	0,053	-0,565	-8,943	0,000
	IQS-PT (Iten 5)	0,302	0,075	0,264	4,053	0,000
	IQS-PT (Iten 6)	0,203	0,046	0,289	4,399	0,000

## Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados do presente estudo tem por base o estado da arte no que se refere aos aspetos em análise da pessoa com vitiligo. É de referir que, apesar da amostra deste estudo ser maioritariamente de pessoas do sexo feminino, o vitiligo pode afetar, igualmente, ambos os sexos (Alikhan et al., 2011; Das et al., 1985 cit. in Bergqvist & Ezzedine, 2020). Pode ocorrer em qualquer idade, porém 95% dos casos surgem até aos 40 anos de idade, a média de idades dos participantes neste estudo é de 40,30; e pode ter comprometimento familiar, à semelhança dos achados neste estudo em que em 28,4% dos participantes tem o vitiligo como antecedente familiar (Azulay 2017 cit. in Aquino et al., 2022). A grande maioria dos portadores possuem manchas em partes do corpo que ficam mais expostas, proporcionando maior visibilidade ao olhar do outro (Silva et al., 2020 de Oliveira et al., 2022), os participantes deste estudo classificaram a sua condição como extensa. Mas, para além da despigmentação da pele, o vitiligo pode estar associado a outras comorbilidades (Aquino et al., 2022), tais como: doenças da tiroide, artrite reumatoide, diabetes *mellitus* (Alkhateeb et al., 2003; Ezzedine et al., 2012; Schallreuter et al., 2012; Birlea et al., 2008 cit. in Bergqvist & Ezzedine, 2020), como foi verificado neste estudo. A pele representa um papel significativo na interação social e as dermatoses (Bergqvist & Ezzedine, 2020) podem afetar negativamente a saúde mental (de Oliveira et al., 2022) dos seus portadores (Jesus et al 2021 cit. in Aquino et al., 2022). Desta forma, o impacto psicossocial do vitiligo é importante e tem vindo a receber cada vez mais reconhecimento (Picardo et al., 2008; Ezzedine et al., 2015; Elbuluk et al., 2017 cit. in Bergqvist & Ezzedine, 2020). O vitiligo não afeta apenas o estado físico do paciente, mas pode provocar impacto psicológico significativo (Ruiz, 2016 cit. in de Oliveira et al., 2022). Vários autores (AlGhamdi, 2010; Bú et al., 2017; Kent & Keohane, 2001; Choi et al., 2010; Datta et al., 2015 cit. in Ruiz & Dos Reis, 2018) têm vindo a concluir que as manchas em áreas expostas (por exemplo, face, mãos), podem provocar algum impacto social. Neste estudo, o impacto social foi classificado como “pouco” e “moderado”. Estudos têm vindo a revelar que, portadores de vitiligo têm predisposição para apresentar problemas psicológicos (Kostopoulou et al., 2009; Porter et al., 1979 cit. in Bergqvist & Ezzedine, 2020), nomeadamente depressão,

ansiedade (Lai et al., 2017; Wang et al., 2018 cit. in Bergqvist & Ezzedine, 2020) e *stress* (Rocha et al., 2020 cit. in de Oliveira et al., 2022).

Doenças crónicas da pele, como o vitiligo e a psoríase, têm o pior impacto na qualidade de vida. Além disso, os seus portadores têm um risco maior de desenvolver sintomas depressivos, ansiedade e doenças psiquiátricas (Aquino et al., 2022). Conforme Ning, et al. 2022 cit. in Aquino et al., 2022, aqueles que têm um tipo de doença despigmentar como o vitiligo, a perturbação psiquiátrica mais comum é a depressão. No estudo em análise, 11 indivíduos têm acompanhamento psicológico e ou psiquiátrico, o que corresponde a 12,5 %. Num estudo de (Taborda, Weber & Freitas 2005 cit. in Ruiz & Dos Reis, 2018), em que participaram 76 pacientes de ambos os sexos e com dermatoses distintas (ex. acne vulgar, vitiligo, psoríase, entre outras), os resultados mostraram que 25% dos participantes com vitiligo apresentaram indicadores de sofrimento psíquico. Deste resultado pode-se concluir que o impacto psicossocial diverge muito de pessoa para pessoa, é um processo individual. O vitiligo nesta amostra não condicionou alterações nas atividades de vida diária nem a opção profissional do indivíduo. Apesar de ter sido este o resultado encontrado, alguns resultados da literatura indicam que as doenças de pele podem afetar significativamente os relacionamentos, a comunicação e conduzirem a perdas, ansiedade, desemprego e baixa autoestima (Rocha et al., 2020 cit. in de Oliveira et al., 2022).

Tem sido ampla a literatura que evidencia a autocompaixão, enquanto estratégia útil na regulação emocional, na prevenção da saúde mental e qualidade de vida, associando-se assim, à diminuição dos sintomas psicopatológicos (Pinto-Gouveia et al., 2013; Sirois & Hirsch, 2019; Sirois & Rowse, 2016 cit. in Veiga et al., 2019). Esta estratégia adaptativa de regulação emocional consiste na adoção de uma atitude de aceitação, bondade e compreensão perante contextos de dor e sofrimento (Folkman & Moskowitz, 2000; Neff, 2003<sup>a</sup> cit. in Veiga et al., 2019). Sendo assim, vários são os estudos que afirmam que maiores níveis de autocompaixão relacionam-se com menores níveis de ansiedade, depressão e *stress* (Costa & Pinto-Gouveia, 2011; Korner et al., 2015; MacBeth & Gumley 2012; Neff 2003<sup>a</sup>, 2003<sup>b</sup>, 2009 cit. in Veiga et al., 2019). Esta estratégia de regulação emocional adaptativa não envolve o evitamento de insucessos, inadequações e falhas pessoais, nem implica autocriticismo e julgamentos severos; mas sim uma atitude de aceitação, bondade e compreensão perante contextos de dor e

sofrimento (Folkman & Moskowitz, 2000; Neff, 2003<sup>a</sup> cit. in Veiga et al., 2019). Maiores níveis de autocompaixão associam-se a menores níveis de ansiedade, ruminação e sintomas depressivos (Costa & Pinto-Gouveia, 2011; Körner et al., 2015; MacBeth & Gumley, 2012; Neff, 2003a, 2003b, 2009 cit. in Veiga et al., 2019). Por outro lado, a literatura parece demonstrar que menores níveis de autocompaixão constituem um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de sintomas psicopatológicos, nomeadamente de sintomatologia depressiva (Körner et al., 2015; Krieger et al., 2013 cit. in Veiga et al., 2019).

Alinhado com a literatura, neste estudo maiores níveis de autocompaixão estão relacionados com menores níveis de fusão cognitiva; maiores níveis de autocompaixão conduzem a menores níveis de depressão e maiores níveis de depressão levaram a maiores níveis de ansiedade. Maiores níveis de depressão contribuem para maiores níveis de *stress*. As manchas expostas em diversas partes do corpo como as mãos, rosto, pés e outros locais, fazem com que muitas pessoas se entreguem a sentimentos negativos, ficando deprimidas, tristes, ansiosas e até mesmo depressivas (de Oliveira et al., 2022). Os pacientes com vitiligo geralmente apresentam vários problemas psicológicos, como depressão, ansiedade e vergonha, que podem resultar em baixa autoestima e isolamento social (Kostopoulou et al., 2009; Porter et al., 1979 cit. in Bergqvist & Ezzedine). Uma meta-análise recente descobriu que uma série de resultados psicológicos são comuns em pessoas com vitiligo, incluindo depressão e ansiedade (Osinubi et al., 2018 cit. in Bergqvist & Ezzedine, 2020), e duas outras meta-análises confirmaram que a prevalência de depressão é alta em pacientes com vitiligo (Lai et al., 2017; Wang et al., 2018 cit. in Bergqvist & Ezzedine, 2020). Maiores níveis de ansiedade implicam maiores níveis de *stress*. O vitiligo é descrito como devastador na autoestima, causando depressão, ansiedade, *stress* emocional (Nogueira et al., 2009 cit. in de Oliveira et al., 2022).

Embora não ameace a integridade física do paciente, o vitiligo pode acarretar um profundo efeito psicológico no seu portador. Manchas posicionadas em áreas expostas da pele, como face e mãos, frequentemente causam mal-estar, podendo estar relacionado ao impacto social (AlGhamdi, 2010; Bú et al., 2017; Kent & Keohane, 2001; Choi et al., 2010; Datta et al., 2015 cit. in Ruiz & Dos Reis). 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 (Bashir et al., 2010; Ongena et al., 2005; Sarham et al., 2016 cit. in Ruiz & Dos Reis). Replicando estudos internacionais, os portadores de vitiligo apresentaram indicadores relativos a diferentes perturbações mentais; em particular, a presença significativa de depressão e de ansiedade (Ajose, et al., 2014; Balaban, et al., 2011; Chan, et al., 2011; Elbuluk et al., 2017 cit. in Ruiz & Dos Reis, 2018).

É de esperar que, um indivíduo que apresenta zonas de pele ou pêlos com despigmentação leve a um aumento de aproximadamente 1,044 na escala global de IQV-D. Ou seja, leva a um maior impacto na maneira que o indivíduo percebe o impacto que tem na sua qualidade de vida dermatológica. O mesmo acontece com indivíduos que são condicionados ou foram condicionados pelo vitiligo nas suas atividades de vida diárias, existindo um aumento de 0,331 na escala global de IQV-D, ou seja, leva a um impacto maior na maneira que o indivíduo percebe o impacto que tem na sua qualidade de vida dermatológica. Isto significa que, indivíduos com valores mais elevados de autocompaixão apresentam níveis de qualidade de vida dermatológica mais baixos (sem impacto na qualidade de vida).

Um indivíduo que apresente vitiligo em áreas visíveis leva a um aumento de aproximadamente 0,560 na subescala de *Stress* da EADS. Os acometidos pelo vitiligo podem desenvolver, em consequência desta patologia, alterações de personalidade, baixa autoestima e *stress* (Rocha et al., 2020 cit. in de Oliveira et al., 2022). Isto significa que, indivíduos com valores mais elevados de autocompaixão apresentam níveis de *stress* mais baixo.

Também o aumento de uma unidade no item 5 do PSI-PT ("Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de: levantar-se para ir à casa de banho; ter dificuldades para respirar; tossir ou roncar alto; sentir muito frio; sentir muito calor; ter sonhos maus ou pesadelos e sentir dores") leva a um aumento esperado de 0,302 unidades no valor registado de EADS\_ *Stress*. Isto quer dizer que, o aumento destes problemas em dormir aumenta também os níveis de *Stress*. O mesmo se verifica para o item 6 do IQS-PT ("Durante o mês passado como classificaria a qualidade do seu sono"), que leva a um aumento esperado de 0,203 unidades no valor de EADS\_ *Stress*. Significa que, conforme o piorar da classificação do sono, os níveis de *Stress* aumentam.

Portanto, os impactos psicossociais mais evidenciados na literatura, na vida dos indivíduos com vitiligo são: depressão, ansiedade, distúrbios do sono, comprometimento cognitivo, baixa autoestima, má qualidade de vida, vergonha, desconforto, *stress*, sofrimento, constrangimento, angústia e dificuldades interpessoais. (Aquino et al., 2022). As doenças dermatológicas podem interferir fortemente na autoimagem, na autoestima e no bem-estar do indivíduo. (Rodriguez-Cerdeira et al., 2011 cit. in Pereira, 2020). O impacto psicossocial na autocompaixão, na imagem corporal, no bem-estar e na qualidade de vida é bem notório na amostra em estudo, mas é sobretudo pessoal e individual, vivenciado de forma distinta de pessoa para pessoa.

## **Conclusão**

O presente estudo, através dos resultados encontrados, vem reforçar a real e inquestionável importância da promoção da saúde mental em indivíduos portadores de dermatoses, visíveis ao olhar do outro. Porém, ainda são escassos os estudos sobre intervenções psicológicas para portadores de vitiligo. Compreender as necessidades que não são atendidas e os requisitos dos indivíduos com vitiligo, é a chave para o desenvolvimento de intervenções. Desta forma, existe a necessidade de se realizar mais investigação neste campo de modo a conhecer melhor a doença e definir estratégias terapêuticas integradas que considerem as suas dimensões física e psicológica.

Considera-se, com a conclusão deste estudo, que o mesmo encontra algumas limitações que podem ter interferido com os resultados obtidos, tais como, a amostra ser pouco heterogênea (maioritariamente é composta por indivíduos do sexo feminino), todos os instrumentos são de autorrelato e o protocolo criado ter sido um pouco extenso. Porém, os dados obtidos neste estudo também irão ser importantes para despoletar novos estudos e desenvolver futuras intervenções psicológicas específicas para indivíduos portadores de vitiligo.

Cada vez mais é importante estabelecer uma relação forte entre a psicologia e a dermatologia, uma vez que está comprovado que a saúde mental é afetada pelas doenças dermatológicas.

## Referências Bibliográficas

- Abstracts from the 17th Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry. (2017). *Acta Dermato Venereologica*, 97(7), 871–894. <https://doi.org/10.2340/00015555-2711>
- Ahmed, A., Steed, L., Burden-Teh, E., Shah, R., Sanyal, S., Tour, S., ... Bewley, A. (2018). Identifying key components for a psychological intervention for people with vitiligo—a quantitative and qualitative study in the United Kingdom using web-based questionnaires of people with vitiligo and healthcare professionals. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 1–9. doi:10.1111/jdv.15168
- Ahmed, A., Steed, L., Burden-Teh, E., Shah, R., Sanyal, S., Tour, S., Dowey, S., Whitton, M., Batchelor, J. M., & Bewley, A. P. (2018). Identifying key components for a psychological intervention for people with vitiligo—A quantitative and qualitative study in the United Kingdom using web-based questionnaires of people with vitiligo and healthcare professionals. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(12), 2275–2283. <https://doi.org/10.1111/jdv.15168>
- AlGhamdi, K. M. (2010). Beliefs and perceptions of Arab vitiligo patients regarding their condition. *International Journal of Dermatology*, 49, 1141-1145. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04514.x>
- Aquino, J. da S., Ribeiro, P. K. C., Miranda, E. B., & Azevedo, S. A. de. (2022). Os Impactos Psicossociais na vida do indivíduo com Vitiligo. *Research, Society and Development*, 11(15), e290111537288. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37288>
- Baguley, C., Farrand, P., Hope, R., Leibowitz, J., Lovell, K., Lucock, M., ... Turpin, G. (2010). Good practice guidance on the use of self-help materials within IAPT services.
- Barney, J. L., Barrett, T. S., lensegrav-Benson, T., Quakenbush, B., & Twohig, M. P. (2021). Confirmatory factor analysis and measurement invariance of the Cognitive Fusion Questionnaire-Body Image in a clinical eating disorder sample. *Body Image*, 38, 262-269. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.04.012>

- Benda, J., Kadlečík, P., & Loskotová, M. (2018). Differences in self-compassion and shame in patients with anxiety disorders, patients with depressive disorders and healthy controls. *Československá psychologie*, 62(6), 529– 541. Retrieved from <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=cd1dc0cd-402b-4187-b6a0-ea1e77a0612e%40pdc-v-sessmgr05>
- Bergqvist, C., & Ezzedine, K. (2020). Vitiligo: A Review. *Dermatology*, 236(6), 571-592. <https://doi.org/10.1159/000506103>
- Breines, J., Toole, A., Tu, C., & Chen, S. (2014). Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self & Identity*, 13(4), 432-448. doi:10.1080/15298868.2013.838992
- Bú, E. A., Alexandre, M. E. S. Scardua, A., & Araújo, C. R. F. (2017). Vitiligo as a psychosocial disease: Apprehensions of patients imprinted by the white. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0925>
- Bundy, C., Pinder, B., Bucci, S., Reeves, D., Griffiths, C. E. M., & Tarrier, N. (2013). A novel, web- based, psychological intervention for people with psoriasis: The electronic Targeted Intervention for Psoriasis (eTIPs) study. *British Journal of Dermatology*, 169(2), 329–336. doi:10.1111/bjd. 12350
- Byusse D, Reynolds C III, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989; 28:193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).
- Casati, J., Toner, B. B., De Rooy, E. C., Drossman, D. A., & Maunder, R. G. (2000). Concerns of patients with inflammatory bowel disease: A review of emerging themes. *Digestive Diseases and Sciences*, 45(1), 26–31. <https://doi.org/10.1023/a:1005492806777>
- Castilho, P., Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa na Escala da Suto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 30.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J., (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 00(0), 1-15; DOI: 10.1002/jclp.

- Clarke, A., Thompson, A. R., Jenkinson, E., Rumsey, N., & Newell, R., (2013). CBT for appearance anxiety: Psychosocial interventions for anxiety due to visible difference. London, UK: Wiley
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655
- Consedine, N. S., Krivoshekova, Y. S., & Harris, C. R. (2007). Bodily embarrassment and judgment concern as separable factors in the measurement of medical embarrassment: Psychometric development and links to treatment-seeking outcomes. *British Journal of Health Psychology*, 12(3), 439–462. doi:10.1348/135910706X118747
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(4), 292–302. <https://doi.org/10.1002/cpp.718>
- Cudeck, R., (2001). Cronbach's alpha on two-item scales. In D. Iacobucci (Ed.), *Journal of Consumer Psychology's special issue on methodological and statistical concerns of the experimental behavioral researcher*, 10(1&2) (pp. 55-69). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Del Rio João, K. A., Becker, N. B., de Neves Jesus, S., & Isabel Santos Martins, R. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*, 247, 225–229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Eiserman W. Unique Outcomes and Positive Contributions Associated with Facial Difference: expanding Research and Practice. *Cleft Palate-Craniofacial J.* 2001;38(3):236–44. doi:10.1597/1545-1569\_2001\_038\_0236\_uoapca\_2.0.co\_2.
- Eleftheriadou V, Whitton ME, Gawkrödger DJ et al. Future research into the treatment of vitiligo: where should our priorities lie? Results of the vitiligo priority setting partnership. *Br J Dermatol.* 2011; 164(3):530-6.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>

- Ferreira, C., Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014b). Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 304-316. <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12047>.
- Ferreira, C., & Trindade, I. A. (2015). Body image-related cognitive fusion as a main mediational process between body-related experiences and women's quality of life. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 91-97. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0155-y>
- Ferreira, C., Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 304-316. <https://doi.org/10.1111/papt.12047>
- Finlay, A. Y., & Khan, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19(3), 210-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x>
- Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994; 19:210-6.
- Finlay-Jones, A., Kane, R., & Rees, C. (2017). Self-compassion online: A pilot study of an internet- based self-compassion cultivation program for psychology trainees. *Journal of Clinical Psychology*, 73(7), 797-816.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00073>
- Gawkrödger DJ et al. Vitligo: concise evidence-based guidelines on diagnosis and management. *Postgrad Med J*. 2010; 86: 466-471.
- Gee, C., Maskell, J., Newcombe, P., Kimble, R., & Williamson, H. (2020). Australian health professionals' perspectives of psychosocial adjustment to visible differences: A qualitative analysis of pediatric populations. *Body Image*, 33, 13-26. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.004>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach.

Clinical Psychology and Psychotherapy, 13(6), 353–379.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.507>

Gillanders, D., Bolderston, H., Dempster, M., Bond, F., Campbell, L., Kerr, S., Hermann, B. (2010). The Cognitive Fusion Questionnaire: Further developments in measuring cognitive fusion. Conference presented at the Association for Contextual Behavioral Science, World Congress VIII, Reno, NV.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Frank, W. B., Dempster, M., E. Flaxman, P., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*, 30(10), 894-901. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000047>

Ginsburg, I. H., & Link, B. G. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, 32(8), 587–591. doi:10.1111/j.1365-4362.1993.tb05031.x

Gomes, A. A., Marques, D. R., Meiavia, A. M., Cunha, F., & Clemente, V. (2018). Psychometric properties and accuracy of the European Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in clinical and non-clinical samples. *Sleep and Biological Rhythms*, 16(4), 413–422. <https://doi.org/10.1007/s41105-018-0171-9>

Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Knapp, K. (2015). Dissatisfaction with cutaneous body image is directly correlated with insomnia severity: A prospective study in a non-clinical sample. *Journal of Dermatological Treatment*, 26(2), 193–197. doi:10.3109/09546634.2014.883060

Halioua B, Beumont MG, Lunel F. Quality of life in dermatology. *Int J Dermatol*. 2000; 39:801-6.

Hay, R. J., Johns, N. E., Williams, H. C., Bolliger, I. W., Dellavalle, R. P., Margolis, D. J., ... Naghavi, M. (2014). The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the

- prevalence and impact of skin conditions. *Journal of Investigative Dermatology*, 134(6), 1527–1534. doi:10.1038/jid.2013.446
- Hinkley, S. B. (2015). *Not just “skin deep”: understanding cutaneous body image in community and clinical samples*. Dallas: The University of Texas.
- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 21(1), 54–59. doi:10.1111/j.1529-8019.2008.00170.x
- Hudson, M. P., Thompson, A. R., & Emerson, L.-M. (2020). Compassion-focused self-help for psychological distress associated with skin conditions: A randomized feasibility trial. *Psychology & Health*, 35(9), 1095–1114. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1707829>
- Isabel P. Leal, Rita Antunes, Telma Passos, J. Pais-Ribeiro, & João Maroco (2009). Estudo da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse para Crianças (EADS-C) – *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 10 (2), 277-284.
- Jenkinson E, Williamson H, Byron-Daniel J, Moss TP. Systematic Review: psychosocial Interventions for Children and Young People With Visible Differences Resulting From Appearance Altering Conditions, Injury, or Treatment Effects. *J Pediatr Psychol*. 2015;40(10):1017–33. doi:10.1093/jpepsy/jsv048.
- Jesus, L. H.D; Cayinatto, A. Choi, A. H. H.; Almeida, C. S.; Weber, M. B. (2021). Comparação da Qualidade de Vida entre Pacientes Pediátricos com Dermatite Atópica e com outras dermatoses no Sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*, 65.
- João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229.
- Kent, G., & Keohane, S. (2001). Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of negative evaluation and past experience. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 23-34. <http://dx.doi.org/10.1348/014466501163454>
- Klein T, Pope AW, Getahun E, Thompson J. Mothers’ reflections on raising a child with a craniofacial anomaly. *Cleft Palate- Craniofacial Journal*. 2006;43(5):590–97. doi:10.1597/05-117.
- Krasuska, M., Millings, A., Lavda, A. C., & Thompson, A. R. (2018). Compassion-focused self-help for skin conditions in individuals with insecure attachment: A pilot

- evaluation of acceptability and potential effectiveness. *British Journal of Dermatology*, 178(2), e122–e123. <https://doi.org/10.1111/bjd.15934>
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doering, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501–513. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
- Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). The role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population. *PLoS ONE*, 10(10), e0136598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136598>
- Kouris, A., Platsidaki, E., Kouskoulis, C., & Christodoulou, C. (2017). Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatriki*, 28(1), 54–59.
- Lavda, A. C., Webb, T. L., & Thompson, A. R. (2012). A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *British Journal of Dermatology*, 167(5), 970–979. doi:10.1111/j.1365-2133.2012.11183.x
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Lucena-Santos, P., Trindade, I. A., Oliveira, M., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire-Body Image: Psychometric Properties and Its Incremental Power in the Prediction of Binge Eating Severity. *The Journal of Psychology*, 151(4), 379-392. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1305322>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Martins, G. A., Arruda, L., & Mugnaini, A. S. B. (2004). Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79(5),521–535. <https://doi.org/10.1590/S0365-5962004000500002>

- Meiavia, A., Marques, D., & Gomes, A. A. (2013). Quality of sleep and quality of life in higher education students. *Sleep Medicine*, 14, e140. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.317>
- Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro CM, Colantonio A. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2016; 25:52– 73. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.009>.
- Muftin, Z., & Thompson, A. R. (2013). A systematic review of self-help for disfigurement: Effectiveness, usability and acceptability. *Body Image*, 10(4), 442–450. doi: 10.1016/j.bodyim. 2013.07.005
- Murray, C. D., & Rhodes, K. (2005). Nobody likes damaged goods: The experience of adult visible acne. *British Journal of Health Psychology*, 10(2), 183–202. doi:10.1348/135910705X26128
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: Na alternative conceptualization of a healthy attitude toward one self. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. (2015). The 5 myths of self-compassion: What keeps us from being kinder to ourselves? *Psychotherapy Networker*, 31-47.
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., ... Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*, 17(6), 627–645.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211–214. <https://doi.org/10.1159/000215071>
- Nogueira LSC, Zancanaro Pedro CQ, Azambuja RD. Vitiligo e emoções. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [online]. 2009,84(1) [Acessado 16 Novembro 2021] :41-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000100006>. Epub 23 Jun 2009. ISSN 1806-4841. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000100006>.
- Norman, A., & Moss, T. P. (2015). Psychosocial interventions for adults with visible differences: A systematic review. *PeerJ*, 3, e870. doi:10.7717/peerj.870
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DAS ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (EADS) DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND. 11.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pais Ribeiro, j., Honrado, A. & Leal, I (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pais Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Patias, N. D., Machado, W. D. L., Bandeira, D. R., & Dell’Aglia, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*, 21(3), 459–469. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302>
- Pereira, M. D. (2020). Stress, sintomas ansiogênicos, depressivos e insatisfação de imagem em portadores de rosácea: Uma reflexão teórica.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais- A Complementaridade do SPSS (5a ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. (livro SPSS)

- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., Grego Rio, S., & Pinto, A. (2014). The preliminar psychometric properties of the Portuguese version of the Cognitive Fusion Questionnaire. Manuscript submitted for publication.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 311–323. <https://doi.org/10.1002/cpp.1838>
- Rocha MO, Martins LM. Prejuízos psicossociais causados pelo vitiligo: A importância de um olhar para o corpo. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 05, 2020; 12(02):163-178. Dezembro de 2020. ISSN:2448-0959.
- Ruiz L|P. Autoestima e depressão em mulheres portadoras de vitiligo. São Carlos, 2016 (Dissertação). Disponível em: <https://repositorio.ufscar>.
- Ruiz, L. P., & Dos Reis, M. de J. D. (2018). Sofrimento à flor da pele: Depressão e autoestima em portadoras de vitiligo. *Interação em Psicologia*, 22(1). <https://doi.org/10.5380/psi.v22il.53548>
- Rumsey, N. (2018). Psychosocial adjustment to skin conditions resulting in visible difference (disfigurement): What do we know? Why don't we know more? How shall we move forward? *International Journal of Women's Dermatology*, 4(1), 2–7. doi: 10.1016/j.ijwd.2017.09.005
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1(1), 83–97. doi:10.1016/S1740-1445(03)00005-6
- Sherman, K. A., Roper, T., & Kilby, C. J. (2019). Enhancing self-compassion in individuals with visible skin conditions: Randomised pilot of the 'My Changed Body' self-compassion writing intervention. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 7(1), 62–77. <https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1587298>
- Silva LG et al., Análise da qualidade de vida de portadores de vitiligo no município de São Luís, Maranhão, Brasil. *Research, society and Development*, 9(7): e322974179,2020.
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), 46–54. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0945-9>

- Sirois, F. M., & Rowse, G. (2016). The role of self-compassion in chronic illness care. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23(11), 521–527. Retrieved from <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2018/05/Sirois2016.pdf>
- Stapleton, P., Crighton, G. J., Carter, B., & Pidgeon, A. (2017). Self-esteem and body image in females: The mediating role of self-compassion and appearance contingent self-worth. *Humanistic Psychologist*, 45(3), 238-257. doi:10.1037/hum0000059
- Stock NM, Rumsey N. Parenting a Child with a Cleft: the Father’s Perspective. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2015;52(1):31–43. doi:10.1597/13-035.
- Swami V. Physical attractiveness and personality. In: Cash TF. *Encyclopedia of body image and human appearance*. Elsevier: Oxford; 2012. p. 622–8.
- Taborda, M. L., Weber, M. B., Teixeira, K. A. M., Lisboa, A. P., & Welter, E. de Q. (2010). Avaliação da qualidade de vida e do sofrimento psíquico de pacientes com diferentes dermatoses em um centro de referência em dermatologia no sul do país. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 85(1), 52–56. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000100007>
- Taieb A, Alomar A, Böhm M et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. *Br J Dermatol*. 2013; 168(1):5-19.
- Thompson, A. R., (2005). Coping with chronic skin conditions: Factors important in explaining individual variation in adjustment. In C. Walker & L. Papadopoulos (Eds.), *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders* (pp. 57–71). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Thompson, A. (2009). Psychosocial impact of skin conditions. *Dermatological Nursing*, 8, 43–48.
- Thompson, A. R., (2014b). Self-help for management of distress associated with skin conditions. In A. Bewley, R. E. Taylor, J. S. Reichenberg, & M. Magid (Eds.), *Practical psychodermatology* (pp. 60–66). London, UK: Wiley.
- Thornton, M., Harcourt, D., Deave, T., Kiff, J., & Williamson, H. (2021). “Have We Done Enough?” A Cross-condition Exploration of the Experiences of Parents Caring for A Child with an Appearance-affecting Condition or Injury. *Developmental Neurorehabilitation*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/17518423.2021.1901150>

- Trindade, I. A., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Shame and emotion regulation in inflammatory bowel disease: Effects on psychosocial functioning. *Journal of Health Psychology*, 135910531771892. <https://doi.org/10.1177/1359105317718925>
- Trindade, I. A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018a). Chronic illness-related cognitive fusion explains the impact of body dissatisfaction and shame on depression symptoms in breast cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(6), 886–893. <https://doi.org/10.1002/cpp.2323>
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123–130. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.011
- Veiga, D., Trindade, I., & Ferreira, C. (2019). Efeitos da vergonha em sintomas depressivos em pessoas com e sem doença física crónica: Os papéis mediadores da autocompaixão e da ação comprometida. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5(2), 1–18. <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.2.153>
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Strauss, M., & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of Anxiety and Depression Symptom Scales, *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 3-14. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.3
- Whiston, Body Image, Self-Esteem, Acceptance, and the Courage to be Imperfect, 2019
- Yan, Q. (2016). *Psychoneuroimmunology: Systems biology approaches to mind body medicine*. Cham: Springer.
- Zhang, H., Carr, E. R., Garcia-Williams, A. G., Siegelman, A. E., Berke, D., Niles-Carnes, L. V., ... & Kaslow, N. J. (2018). Shame and depressive symptoms: Self-compassion and contingent self-worth as mediators? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 408–419. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9548-9>
- Zucchelli, F. A., Donnelly, O., Sharratt, N. D., Hooper, N., & Williamson, H. M. (2021). Patients' Experiences of an Acceptance and Commitment Therapy-Based Approach for Psychosocial Difficulties Relating to an Appearance-Affecting

Condition. The European Journal of Counselling Psychology.

<https://doi.org/10.46853/001c.22012>

Zucchelli, F., White, P., & Williamson, H. (2020). Experiential avoidance and cognitive fusion mediate the relationship between body evaluation and unhelpful body image coping strategies in individuals with visible differences. *Body Image*, 32, 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.002>

## Anexos

### Anexo 1

## Consentimento Informado

**Termo de aceitação de participação voluntária no estudo “Vitiligo – A Autocompaixão e a Imagem Corporal”.**

O presente estudo está a ser desenvolvido por investigadores da CESPU – Instituto Universitário de Ciências da Saúde e, tem como objetivo recolher informações acerca do impacto psicossocial do Vitiligo na Autocompaixão e na Imagem Corporal desta população, portadora de doença crónica, em áreas corporais visíveis. Sendo assim, a informação recolhida vai de encontro ao objetivo de estudo.

Garantimos a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Porém, os dados recolhidos poderão ser tratados estatisticamente e divulgados em publicações científicas.

A participação é livre, podendo desistir da mesma a qualquer momento.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento adicional, pode contactar-me através do e-mail [claudia.rss.1998@gmail.com](mailto:claudia.rss.1998@gmail.com).

Muito obrigada pela disponibilidade e participação.

---

Declaro que fui informado(a) acerca do objetivo do estudo em causa e que concordo em participar no mesmo.

- Sim

Anexo 2

## Questionário Sociodemográfico

Idade: \_\_\_\_\_

Género: Feminino ( )

Masculino ( )

Outro ( )

Estado Civil: Casado/ União de Facto ( )

Divorciado/ Separado ( )

Numa Relação ( )

Solteiro ( )

Viúvo ( )

Habilitações Literárias: Sem Escolarização ( )

1 a 4 anos ( )

5 a 6 anos ( )

7 a 9 anos ( )

10 a 12 anos ( )

Licenciatura ( )

Mestrado ( )

Doutoramento ( )

Bacharelato ( )

Situação Profissional: Empregado ( )

Desempregado ( )

Reformado ( )

Estudante ( )

Anexo 3

## Questionário Clínico

Atualmente apresenta zonas de pele ou pêlos com despigmentação?

Sim ( )

Não ( )

Se sim, com atingimento em áreas visíveis?

Sim ( )

Não ( )

Considera a sua condição (vitiligo) uma situação:

Ligeira ( )

Moderada ( )

Extensa ( )

Idade do 1º diagnóstico:

R: \_\_\_\_\_

Existem membros da família portadores de Vitiligo?

Sim ( )

Não ( )

Tem algum antecedente de saúde relevante?

Sim ( )

Não ( )

Se sim, qual?

R: \_\_\_\_\_

Qual o impacto do Vitiligo na sua vida social?

Nenhum ( )

Pouco ( )

Moderado ( )

Bastante ( )

Tem acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?

Sim ( )

Não ( )

Se sim, há quanto tempo?

R: \_\_\_\_\_

O Vitiligo condiciona/ condicionou as suas atividades de vida diárias?

Sim ( )

Não ( )

O Vitiligo condicionou a sua opção profissional?

Sim ( )

Não ( )

O Vitiligo afeta ou já afetou a sua relação com a família, amigos e/ou companheiro(a)?

Sim ( )

Não ( )

Anexo 4

## EA

(Neff, K.D., 2003)

(Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006)

---

**Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?**

**Instruções:** Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

---

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Desaprovo-me e fico julgadora acerca dos meus erros e inadequações					
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecada com tudo aquilo que está errado.					
3. Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa..					
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo.					
5. Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente.					
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.					
7. Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.					
8. Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).					
9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).					
10. Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.					
11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos da minha personalidade que não gosto.					
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim própria a ternura e afecto que necessito.					
13. Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.					
14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.					
15. Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.					
16. Quando vejo aspectos de mim próprio(a) que não gosto fico muito muito em baixo.					
17. Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).					
18. Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.					
19. Sou tolerante e afectuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.					
21. Posso ser bastante fria e dura comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					

22. Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.					
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações.					
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.					
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso.					
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.					

(Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2015)

**Instruções:**

Em baixo, encontrará uma lista de afirmações. Por favor, classifique o quanto é verdadeira para si cada afirmação, rodeando para esse efeito um dos números que se encontra em frente a cada frase. Responda, por favor, a cada frase, usando a seguinte escala.

**Nunca Verdadeiro/ Muito Raramente Verdadeiro/ Raramente Verdadeiro/ Às Vezes Verdadeiro/ Frequentemente Verdadeiro/ Quase Sempre Verdadeiro/ Sempre Verdadeiro**

---

1                      2                      3                      4                      5                      6      7

---

1. Os meus pensamentos em relação à minha imagem corporal perturbam-me ou causam-me sofrimento emocional.      1   2   3   4   5   6   7

2. Tenho tendência para me deixar enredar (“prender”) pelos meus pensamentos em relação ao meu corpo (ou imagem corporal).      1   2   3   4   5   6   7

3. Sinto-me perturbado/a quando tenho pensamentos negativos acerca do meu corpo (ou aparência física)      1   2   3   4   5   6   7

4. Foco-me muito nos meus pensamentos perturbadores em relação à minha imagem corporal.      1   2   3   4   5   6   7

5. Sinto muita dificuldade em “largar” os meus pensamentos em relação às minhas formas corporais, mesmo quando sei que seria mais vantajoso fazê-lo.      1   2   3   4   5   6   7

6. Os meus pensamentos em relação à minha imagem corporal distraem-me do que estou a fazer neste momento.      1   2   3   4   5   6   7

7. Fico tão enredado/a (“preso/a”) nos meus pensamentos acerca da minha aparência física, que me torno incapaz de fazer as coisas que mais quero fazer. 1 2 3 4 5 6 7

8. Analiso em excesso a minha aparência física ou a forma do meu corpo até ao ponto em que isso já não é útil para mim. 1 2 3 4 5 6 7

9. Vivo numa luta com os meus pensamentos acerca do meu corpo ou da minha aparência física. 1 2 3 4 5 6 7

10. Sempre que penso sobre o meu corpo (e formas corporais) de uma forma que me perturba é-me difícil concentrar em qualquer outra coisa. 1 2 3 4 5 6 7

## ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA – DERMATOLOGIA (IQV-D)

**Forma Experimental Portuguesa, Lisboa, 2004**

A preencher pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a):

<b>Instituição/Serviço:</b> _____  <b>Zona:</b> Norte <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> <b>Data:</b> ___ / ___ / ___ <span style="margin-left: 150px;">d</span> <span style="margin-left: 30px;">m</span> <span style="margin-left: 30px;">a</span>	<b>IQV-D</b> <b>RB</b> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> (Não preencher)
<b>Diagnóstico:</b> Principal _____ Duração da doença _____ Outros _____ Duração da doença _____	

A preencher pelo(a) utente:

<b>Idade:</b> ____ <b>Sexo:</b> ____ <b>Escolaridade:</b> ____ <b>Profissão:</b> _____ _____ <b>Estado civil:</b> Casado(a)/União de facto <input type="checkbox"/> Separado(a)/ Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/>
--

### QUESTIONÁRIO

A finalidade do QUESTIONÁRIO é avaliar quanto o seu problema de pele o(a) afectou DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque UMA resposta a cada uma das 10 perguntas.

Assim:

1.	Na última semana sentiu a pele <b>irritada e mais sensível, comichão</b> ou <b>sensação de picadas</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Na última semana sentiu-se <b>embaraçado(a)</b> ou <b>incomodado(a)</b> por causa do estado da sua pele?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Na última semana até que ponto o seu problema de pele prejudicou a sua vida normal ( <b>fazer compras, cuidar da casa, tratar das plantas, etc.</b> )?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>

4.	Na última semana a escolha da <b>roupa</b> que usou teve que ver com o estado da sua pele?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
5.	Na última semana até que ponto o seu problema de pele afectou o <b>convívio com outras pessoas</b> ou mesmo os seus <b>tempos livres</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
6.	Na última semana até que ponto o seu problema de pele o(a) impediu de praticar <b>desporto</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
7.	Na última semana o seu problema de pele impediu-o(a) de <b>trabalhar</b> ou <b>estudar</b> ?	Sim Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
	<i>Se a sua resposta foi <u>NÃO</u>, até que ponto a sua pele foi problema no <b>trabalho</b> ou na <b>escola</b>?</i>	Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Na última semana o estado da sua pele criou-lhe problemas no relacionamento com <b>colegas de trabalho</b> , <b>o/a seu/sua companheiro(a)</b> , alguns <b>amigos próximos</b> ou <b>familiares</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
9.	Na última semana até que ponto o seu problema de pele afectou a sua <b>vida sexual</b> ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
10.	Na última semana até que ponto os <b>tratamentos</b> para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>

**POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS, E COM UMA ÚNICA RESPOSTA A CADA UMA.**

**OBRIGADO.**

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, 1992.

Interdita a reprodução, ainda que parcial, do presente documento.

Versão portuguesa autorizada ([cpsicomt@fpce.ul.pt](mailto:cpsicomt@fpce.ul.pt))

Anexo 7

## Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

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

*As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.*

**1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?**

Horário de deitar: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min

**2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?**

Minutos demorou a adormecer: \_\_\_\_\_min

**3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes? Horário de acordar: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min**

**4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?** (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama). Horas de noite de sono: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

**5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:** a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Ter dificuldade para respirar:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Tossir ou ressonar alto:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

f) Sentir muito frio:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

g) Sentir muito calor:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**h) Ter sonhos maus ou pesadelos:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**i) Sentir dores:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**j) Outra razão, por favor, descreva:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?**

<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Má	<input type="checkbox"/> Muito Má
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

**7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**10) Vive com um(a) companheiro(a)?**

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, mas em outro quarto	<input type="checkbox"/> sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama	<input type="checkbox"/> sim, na mesma cama
------------------------------	---	--	---

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, **you teve:** a) Ronco alto:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Movimentos de pernas durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

\_\_\_\_\_

Anexo 8

**EADS-21** - Nome \_\_\_\_\_

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

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

*A classificação é a seguinte:*

- 0- não se aplicou nada a mim
- 1- aplicou-se a mim algumas vezes
- 2- aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3

19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO**