



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

MYRELA OLIVEIRA MACHADO

**ESCORIAÇÃO NEURÓTICA: PREVALÊNCIA,
CORRELAÇÕES E ASSOCIAÇÕES COM QUALIDADE DE
VIDA EM UMA GRANDE AMOSTRA.**

FORTALEZA

2017

MYRELA OLIVEIRA MACHADO

**ESCORIAÇÃO NEURÓTICA: PREVALÊNCIA,
CORRELAÇÕES E ASSOCIAÇÕES COM QUALIDADE DE
VIDA EM UMA GRANDE AMOSTRA.**

Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal do Ceará, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas para a obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. André Férrer Carvalho.

FORTALEZA – CE

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M132e Machado, Myrela Oliveira.
ESCORIAÇÃO NEURÓTICA: PREVALÊNCIA, CORRELAÇÕES E ASSOCIAÇÕES COM QUALIDADE DE VIDA EM UMA GRANDE AMOSTRA. / Myrela Oliveira Machado. – 2017.
65 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Fortaleza, 2017.

Orientação: Prof. Dr. André Férrer Carvalho.

Coorientação: Prof. Dr. Cristiano André Köhler.

1. TRANSTORNO COMPULSIVO DE PERSONALIDADE. 2. QUALIDADE DE VIDA. I. Título.

CDD 615.1

MYRELA OLIVEIRA MACHADO
ESCORIAÇÃO NEURÓTICA: PREVALÊNCIA, CORRELAÇÕES E
ASSOCIAÇÕES COM QUALIDADE DE VIDA EM UMA GRANDE
AMOSTRA.

Tese de Doutorado apresentada à Universidade
Federal do Ceará, como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas para a obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. André Férrer Carvalho
Coorientador: Dr. Cristiano André Köhler

Aprovada em ____ / ____ / ____

Prof. Dr. André Férrer Carvalho (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Cristiano André Köhler (Coorientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria do Livramento Leitão Vilar
Centro Universitário Unichristus (Unichristus)

Profa. Dra. Liana Rosa Elias
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Carlos Clayton Torres Aguiar
Universidade de Fortaleza (Unifor)

Prof. Dr. Gilberto Sousa Alves
Universidade Federal do Ceará (UFC)

FORTALEZA – CE
2017

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”

Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

A Deus, Aquele que nos dá inspiração e força nos períodos de desafios.

À Banca da defesa da tese de doutorado, Dra. Maria do Livramento Leitão Vilar, Dra. Liana Rosa Elias, Dr. Carlos Clayton T. Aguiar, e Dr. Gilberto Sousa Alves, pela disponibilidade e por compartilhar orientações nesse período de rico aprendizado.

Ao Professor André Férrer Carvalho, pelo apoio, pelos ensinamentos e pelo exemplo de dedicação à pesquisa.

Ao Dr. Cristiano Köhler, pelo exemplo de grande pesquisador e pela fundamental contribuição que deu a esta tese.

Ao NATI e Prof. Dr. Eurico, da Universidade de Fortaleza, pela construção da plataforma virtual. Ao Ronaldo pela administração do site e pelo apoio durante todo o projeto.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFC, pela dedicação e perseverança, mesmo em meio às dificuldades.

Às funcionárias da Pós-Graduação em Ciências Médicas Ivone Fontenele e Rita Almeida, pela presteza e cordialidade no tratar com os alunos, pelo reforço e tranquilidade nos momentos de correria de uma pós-graduação.

A meu pai, Dr. Heine Machado, homem de grande visão, exemplo de trabalho, ética, competência e honestidade, pelos ensinamentos que norteiam a minha vida. Agradeço também o intenso amor dedicado à minha amada filha, Maria Clara, nos períodos de minha ausência.

À minha mãe, Dra. Olga Vale, exemplo de dedicação aos filhos, de mãe e de profissional competente, de uma mulher que dedicou a vida a cuidar dos pacientes mais sofridos do estado do Ceará. Agradeço também ao carinho e amor dedicado a Maria Clara nos momentos que precisei me ausentar. Ao meu irmão, Dr. Yuri Machado, pelo o eterno apoio e carinho.

Aos meus sogros, Dra. Angela Férrer e Dr. Luís Alberto, pelo apoio prestado a mim nesse período de sacrifícios e pelo afeto dedicado à minha filha Maria Clara nos momentos intensos do doutorado. Às minhas cunhadas, Dra. Mariana Férrer Carvalho e Dr. Clarissa Férrer Carvalho, pela amizade e pelo amor dedicado à Maria Clara.

À minha amada filha, Maria Clara, minha fonte de inspiração e de motivação.

Aos meus amigos do Colégio Batista, da Faculdade e de Residência, que sempre estão ao meu lado nos períodos de alegrias e de privações.

RESUMO

Evidências indicam que escoriação neurótica é condição prevalente associada com comorbidades importantes, além de disfunção psicossocial. Entretanto, poucos estudos avaliaram a prevalência e suas correlações na população de países de baixa renda. O impacto da qualidade de vida, independente da comorbidade, permanece também pouco estudado. Métodos: Os dados foram obtidos a partir de uma plataforma virtual de pesquisa anônima. Participantes disponibilizaram dados sociodemográficos, além de completarem o Instrumento de Rastreamento para Escoriação Neurótica (IREN), Instrumento de Avaliação de Sintomas de Mania e de Hipomania (IASMH-32), Instrumento de Avaliação de Sintomas Depressivos (IASD-9), Instrumento de Avaliação de Dependência à Nicotina (IADN), Instrumento de Avaliação de Dependência ao Alcool (IADA), Instrumento de Avaliação de Trauma Precoce (IATP), Instrumento de Avaliação das Dimensões Psicopatológicas (IADP) e o questionário abreviado de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (EQVOMS-abrev). Associações foram ajustadas para potenciais fatores de confusão através de modelos multivariados. Resultados: 7639 participantes participaram do estudo (71,3% mulheres; idade: $27,2 \pm 7,9$ anos). A prevalência de escoriação neurótica foi 3,4% (95% IC: 3,0 – 3,8%), com predominância do sexo feminino ($P < 0,001$). Escoriação neurótica foi associada com rastreamento positivo para episódio depressivo maior, dependência de nicotina, dependência de álcool, assim como ideação suicida. Além do mais, a escoriação neurótica foi associada com exposição precoce a adversidades. Qualidade de vida física e psicológica foram significativamente comprometidas nos participantes com escoriação neurótica em relação aos participantes sem o transtorno, mesmo após ajustar estatisticamente para outras comorbidades. Limitações: Foi empregada uma amostra de conveniência virtual. O desenho transversal não possibilita inferências causais. Conclusões: Nessa ampla amostra, a escoriação neurótica foi uma condição prevalente, associada com depressão, dependência de nicotina, dependência alcoólica. Além disso, a escoriação neurótica foi independentemente associada com comprometimento físico e psicológico da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Escoriação Neurótica, Dermatotilexomania, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Qualidade de Vida, Epidemiologia.

ABSTRACT

Evidence indicates that skin picking disorder (SPD) is a prevalent condition associated with substantial comorbidity and psychosocial dysfunction. However, few studies have assessed the prevalence and correlates of SPD in general population samples from low and middle-income countries. In addition, the impact of SPD on quality of life (QoL) dimensions, independent of comorbidity, remains unclear. **METHODS:** Data were obtained from a Brazilian anonymous web-based research platform. Participants provided sociodemographic data and completed the modified Skin picking-Stanford questionnaire, IASMH-32, IASD-9, Fagerström Test for Nicotine Dependence, IADA, Symptom Checklist-90-Revised inventory (IADP), early trauma inventory self-report-short form and World Health Organization Quality of Life Instrument-Abbreviated version (WHOQOLBref). Associations were adjusted to potential confounders through multivariable models. **RESULTS:** 7639 participants took part in this survey (71.3% females; age: 27.2 ± 7.9 years). The prevalence of SPD was 3.4% (95% CI: 3.0-3.8%), with a female preponderance ($P < 0.001$). In addition, SPD was associated with screening positive for a major depressive episode, nicotine dependence, alcohol dependence, as well as suicidal ideation. In addition, SPD was significantly associated with exposure to early life adversity. Physical and psychological QoL was significantly more impaired in participants with SPD compared to those without SPD even after adjustment for comorbidity. **LIMITATIONS:** A convenience web-based sample was employed. Cross-sectional design precludes causal inferences. **CONCLUSIONS:** In this large sample, SPD was a prevalent condition associated with co-occurring depression, nicotine dependence and alcohol dependence. In addition, SPD was independently associated with impaired physical and psychological QoL. Public health efforts towards the early recognition and treatment of SPD are warranted.

Keywords: skin picking disorder; excoriation disorder; obsessive-compulsive related disorders; quality of life; epidemiology; psychiatry.

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

DSM	Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais
DP	Desvio Padrão
EN	Escoriação Neurótica
EQVOMS-abrev	Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão abreviada
IADA	Instrumento de Avaliação de Dependência ao Álcool
IATP	Instrumento de Avaliação de Trauma Precoce
IASD-9	Instrumento de Avaliação de Sintomas Depressivos
IADP	Instrumento de Avaliação das Dimensões Psicopatológicas
IADN	Instrumento de Avaliação de Dependência à Nicotina
IASMH-32	Instrumento de Avaliação de Sintomas de Mania e Hipomania
IC	Intervalo de Confiança
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IREN	Instrumento de rastreio para Escoriação Neurótica
TCI	Transtorno de Controle de Impulso
TCRFC	Transtorno do Comportamento Repetitivo Focado no Corpo
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TOCDR	Transtorno Obsessivo Compulsivo e Doenças Relacionadas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 ESCORIAÇÃO NEURÓTICA	12
1.2 RASTREIO DA EN	14
1.3 EN E VARIÁVEIS PSICOPATOLÓGICAS	14
1.4 EN E QUALIDADE DE VIDA	15
1.5 EN E TRAUMAS	15
1.6 PESQUISA EM PLATAFORMA VIRTUAL	15
1.7 JUSTIFICATIVA.....	16
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL	17
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	17
3 MATERIAIS E MÉTODOS	18
3.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA	18
3.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDAS	19
3.2.1 Instrumento de rastreio para EN (IREN).....	19
3.2.2 Instrumento de Avaliação de Sintomas de Mania e Hipomania (IASMH-32).....	19
3.2.3 Instrumento de Avaliação de Sintomas Depressivos e Ideação Suicida(IASD-9) ...	20
3.2.4 Instrumento de Avaliação de Dependência à Nicotina (IADN)	20
3.2.5 Instrumento de Avaliação de Dependência ao Álcool (IADA).....	20
3.2.6 Instrumento de Avaliação de Trauma Precoce (IATP)	21
3.2.7 Instrumento de Avaliação das Dimensões Psicopatológicas (IADP).....	21
3.2.8 Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (EQVOMS-abrev)	21
3.3 VALIDAÇÃO DO IREN	21
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	22
4 RESULTADOS	24
4.1 VALIDAÇÃO DO IREN	24
4.2 CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOPATOLÓGICAS	24
4.3 CORRELAÇÕES CLÍNICAS DE EN	27
4.2 O IMPACTO DA EN NOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA.	29

5 DISCUSSÃO	30
5.1 CORRELAÇÕES CLÍNICAS DA EN	30
5.2 ASSOCIAÇÕES DA EN COM QUALIDADE DE VIDA.	32
5.3 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	32
6 CONCLUSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
APÊNDICE A	40
APÊNDICE B	42
ANEXO A	44
ANEXO B	46
ANEXO C	48
ANEXO D	51
ANEXO E	52
ANEXO F	53
ANEXO G	55
ANEXO H	57
ANEXO I	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 ESCORIAÇÃO NEURÓTICA

Escoriação neurótica (EN), também conhecida como dermatotilexomania, é definida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-5) como uma condição que leva o paciente a apresentar um ato repetitivo de traumatizar a pele, causando lesão cutânea. Os critérios diagnósticos de acordo com o DSM-5 são: A. Trauma cutâneo recorrente resultando em lesões cutâneas; B. Tentativas repetidas de diminuir ou de parar o ato; C. Ocasional estresse clínico significativo ou prejuízo funcional; D. Não atribuída a uso de substâncias (p.ex. Cocaína) ou outra condição médica (p.ex. escabiose); E. Não é explicada por sintomas de outro transtorno mental (p.ex. Transtornos Psicóticos). Geralmente o indivíduo tem dificuldades de parar ou de diminuir o ato, além de sofrer de estresse clínico ou de prejuízo funcional.

Apesar da EN apresentar uma longa história na literatura médica, esse transtorno não está explicitamente listado na seção de transtornos mentais da Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10) ou no DSM-IV. A EN foi apenas reconhecida no DSM-5 (GRANT; STEIN, 2014) e foi formalmente considerada como um transtorno com similaridades próximas ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) pelo DSM-5, e atualmente encontra-se abordada no capítulo de Transtorno Obsessivo Compulsivo e Doenças Relacionadas (TOCDR). (GRANT et al., 2012; VAN AMERINGEN M1, 2014). A partir do DSM-5, a EN foi reconhecida como condição psiquiátrica, estando juntamente com a tricotilomania, no subgrupo *Transtorno do Comportamento Repetitivo Focado no Corpo* (TCRFC). Embora os TCRFC tenham sido incluídos no TOCDR, eles guardam diversas diferenças, como raramente serem precedidos de fenômenos cognitivos, como pensamentos intrusivos, obsessões ou preocupações, porém, podem ser precedidos por experiências sensoriais (GRANT; STEIN, 2014). As semelhanças entre esses dois grupos incluem fenomenologia compartilhada, padrões de agregação familiar e mecanismos etiológicos (GRANT et al., 2012), por exemplo, sabe-se que os TCRFC são caracterizados por necessidade urgente de realizar o ato, com posterior alívio do sintoma de ansiedade, e neurobiologicamente tanto TCRFC como TOC são condições associadas ao circuito fronto-estriatal (CHAMBERLAIN et al., 2008). A inclusão da EN no DSM-5 reflete um maior conhecimento da prevalência dessa condição, assim como a sua alta

morbidade e mortalidade (GRANT et al., 2012). Entretanto, ainda existem muitas lacunas na literatura que necessitam ser estudadas.

Além de algumas características clínicas mútuas entre EN e TOC, alguns estudos apontam que EN apresenta características de impulsividade (GRANT; MANCEBO; et al., 2006). É importante assinalar as diferenças conceituais entre impulsividade e compulsividade: a impulsividade é caracterizada por uma sensação hedônica durante a realização do ato, entretanto, os pacientes com compulsividade apresentam um limite com aversão quando há lesão (GRANT; MANCEBO; et al., 2006; MOREYRA P, 2004). Em estudo prospectivo realizado por Grant e colaboradores, foi sugerido que impulsividade é relativamente incomum em pacientes com TOC, entretanto, foi observado que se encontra presente na EN (GRANT; MANCEBO; et al., 2006). Essa característica distingue a EN dos demais TOCDR.

A EN apresenta taxas de prevalência que têm variado de forma importante entre os diversos estudos. Em um estudo transversal realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em que entrevistas por telefone foram realizadas com os participantes, a prevalência de EN é 1,4% (KEUTHEN et al., 2010.). Entretanto, em outro estudo americano, 5,4% dos adultos relataram escoriação cutânea importante associada com estresse e, dessa forma, preenchendo o critério para EN (HAYES; STORCH; BERLANGA, 2009). Em recente estudo realizado em Israel com 2745 participantes (LEIBOVICI et al., 2015), foi observada uma prevalência de 5.4%, ou seja, taxa semelhante a observada por *Hayes et al*, entretanto, diferente da taxa observada por *Keuthen et al.*. Essa diferença pode ser explicada pelos distintos métodos de coleta de dados, visto que tanto no estudo israelita, quanto no realizado por *Hayes et al.*, a entrevista foi realizada pessoalmente, enquanto *Keuthen et al.* realizaram a entrevista por telefone. Por outro lado, os estudos epidemiológicos em países de baixa renda são escassos (CALIKUSU et al., 2012; PROCHWICZ; KALUZNA-WIELOBOB; KLOSOWSKA, 2016; SIDDIQUI et al., 2012). Não há até o momento, estudos epidemiológicos de EN realizados em grande amostra em população brasileira.

Embora a EN tenha sido associada com altas taxas de ansiedade, transtornos do humor, abuso de substâncias, e outros TOCDR (FLESSNER; WOODS, 2006; GRANT; LEPPINK; et al., 2016; GRANT et al., 2012; LOCHNER et al., 2002), assim como uma redução na qualidade de vida (GRANT; MENARD; PHILLIPS, 2006; GRANT;

REDDEN; et al., 2016), o impacto da EN nas dimensões da qualidade de vida independente de comorbidades permanece desconhecido. Além do mais, em situações clínicas mais graves, a EN pode resultar em complicações importantes e, até mesmo, ameaçadoras à vida, como septicemia (GRANT et al., 2012). Outras complicações graves, como o suicídio, ainda não foram completamente elucidadas. Finalmente, um estudo de comunidade prévio evidenciou associação significativa entre EN e exposição a abuso sexual na infância (FAVARO; FERRARA; SANTONASTASO, 2007). Um pequeno estudo clínico recente também evidenciou que EN está associada ao maior número de eventos traumáticos na infância quando comparado ao grupo controle (OZTEN et al., 2015). Entretanto, a especificidade dos achados necessita de futuras investigações.

1.2 RASTREIO DA EN

Keuthen e colaboradores desenvolveram um questionário com 13 questões do tipo sim/não/não sei. Uma resposta numérica foi solicitada em 3 questões em que avaliaram gravidade do caso. O critério para se estabelecer rastreio positivo para EN foi: traumatizar a pele provocando lesão cutânea notável; o ato de traumatizar a pele não pode ser em decorrência de outra condição médica ou por ouvir vozes, estresse relacionado ao trauma cutâneo, ausência ou interferência em atividades no trabalho ou na escola (Keuthen *et al.*, 2010.).

1.3 EN E VARIÁVEIS PSICOPATOLÓGICAS

Variáveis psicopatológicas são atualmente avaliadas através da lista de verificação de sintomas, instrumento validado para português brasileiro (LALONI, 2001), que avalia 9 dimensões psicopatológicas: somatização, obsessividade-compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo. Embora EN encontre-se atualmente no capítulo de TOCDR no DSM-5, a EN apresenta diversas semelhanças e diferenças com os TOC, dessa forma, características psicopatológicas ainda precisam ser estudadas e aprofundadas para caracterizar melhor os TCRFC. A literatura encontra-se escassa quando se pesquisa variáveis psicopatológicas e EN, e dessa forma, surgem diversas hipóteses, como, se a EN apresentaria no SCL-90 dimensão de obsessão-compulsão ou hostilidade, características compatíveis em pacientes com TOC (VAN AMERINGEN M1, 2014).

1.4 EN E QUALIDADE DE VIDA

Estudos prévios sugerem possível impacto da EN na qualidade de vida, por exemplo, em estudo transversal realizado por Grant e colaboradores, foi evidenciado impacto em qualidade de vida e de disfunção psicossocial, entretanto, há algumas limitações: não há um número expressivo de pacientes com EN (n=125), além de não se puder fazer inferência causal, pois se trata de estudo seccional.(GRANT; REDDEN; et al., 2016).

1.5 EN E TRAUMAS

Estudos têm evidenciado que histórias prévias de trauma se encontram relacionadas com EN. Em estudo caso-controle realizado na Turquia (OZTEN et al., 2015), 67 pacientes ambulatoriais, dos quais 23 apresentavam tricotilomania e 44 apresentavam EN, e 37 controles, foi observado correlação significativa com trauma. Nesse estudo, foi adotado uma lista de 16 eventos traumáticos, porém, não houve correlação significativa entre o tipo de evento traumático e de EN. Em estudo de coorte prévio realizado com 934 mulheres entre 18 e 25 anos, foi evidenciada correlação significativa entre comportamento de autolesão e exposição a abuso sexual na infância (FAVARO et al., 2007). Novos estudos são necessários para confirmar a especificidade dos achados, dessa forma, foi optado no presente projeto investigar traumas precoces e possíveis correlações com EN.

1.6 PESQUISA EM PLATAFORMA VIRTUAL

O uso de plataforma digital para coletas de dados para pesquisa tem sido adotado de forma cada vez mais frequente. Atualmente, existem alguns sistemas digitais adotados que otimizam o trabalho e promovem uma coleta de dados eficientes, como o *Research Electronic Data Capture* (DUNN et al., 2016) e o site britânico *Psychological research online* (KRAUT et al., 2004). O uso de plataforma virtual já é uma realidade em países desenvolvidos, entretanto, em países em desenvolvimento, trata-se de uma ferramenta ainda pouco explorada, adotada em poucas pesquisas. No Brasil, já ocorreram algumas iniciativas, embora ainda incomuns, de realizar pesquisas adotando a *internet* como ferramenta, como exemplo há o estudo realizado por Lara e colaboradores que avaliou

correlações entre temperamento e psicopatologia (LARA et al., 2012).

O presente estudo faz parte de um projeto guarda-chuva, em que várias condições médicas são investigadas através de uma plataforma virtual. Esse *site*, situado no endereço eletrônico www.temperamentoesaudemental.org, abriga diversos questionários validados que abordam questões sobre transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, qualidade de vida, dependência a nicotina, dependência ao álcool, ciúme patológico, adição a comida, escoriação neurótica, tricotilomania, dimensões psicopatológicas, disforia pré-menstrual, além de informações sociodemográficas.

1.7 JUSTIFICATIVA

A EN é uma condição cuja prevalência tem sido estudada em diversos países desenvolvidos (HAYES et al., 2009; KEUTHEN et al., 2010.; LEIBOVICI et al., 2015), entretanto estudos em grandes amostras em países em desenvolvimento são escassos. Não há até o momento, estudos que avaliam correlações clínicas e sociodemográficas em participantes com EN na população brasileira. É escasso também, em países de baixa renda, estudos que avaliem o impacto independente na qualidade de vida desses pacientes.

É importante também que as variáveis psicopatológicas nos pacientes com EN sejam elucidadas de forma mais ampla, visto que se trata de uma condição ainda pouco investigada. Apenas a partir do DSM-5, a EN foi reconhecida como condição psiquiátrica, e atualmente encontra-se no capítulo de TOCDR, apesar de alguns estudos apontarem características distintas dos pacientes com TOC, como a impulsividade. Em estudo realizado por Grant e colaboradores, foram avaliadas taxas de transtornos de controle de impulso (TCI) em 293 indivíduos com diagnóstico de TOC pelos critérios de DSM-IV: apenas 16,4% dos pacientes com TOC apresentaram em algum momento da vida TCI, e apenas 11,6% apresentaram TCI atual, sendo que a maioria dos pacientes com o diagnóstico relataram escoriação neurótica ou onicofagia (GRANT; MANCEBO; et al., 2006). Esse estudo conclui que TCI é relativamente incomum em pacientes com TOC, entretanto, a notável exceção ocorreu com pacientes com EN. A EN é uma condição que ainda precisa de melhor elucidação psicopatológica, visto que não se trata de condição estudada de forma abrangente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

1. Determinar o impacto independente da EN nas dimensões de qualidade de vida e nas variáveis psicopatológicas.
2. Validar o *Skin Picking Stanford Questionnaire* (Um instrumento de rastreio de EN originalmente em inglês americano).

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Determinar a prevalência de EN em uma amostra brasileira de larga escala;
2. Avaliar correlações clínicas e sociodemográfica de participantes com EN;
3. Avaliar existência de correlação entre trauma precoce e EN;
4. Avaliar se há correlação entre participantes com EN e rastreio positivo para depressão;
5. Avaliar se há correlação entre participantes com EN e rastreio positivo para ideação suicida;
6. Avaliar se há correlação entre participantes com EN e rastreio positivo para transtorno bipolar;
7. Avaliar se há correlação entre participantes com EN e rastreio positivo para dependência à nicotina;
8. Avaliar se há correlação entre participantes com EN e rastreio positivo para dependência ao álcool;
9. Avaliar variáveis psicopatológicas em participantes com EN;

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Participantes consecutivos (N=9.603) foram recrutados através de uma plataforma virtual (Portal Temperamento e Saúde Mental, www.temperamentoesaudemental.org) (LIMA et al., 2017). Esse *site* foi desenvolvido em uma parceria entre a Universidade Federal do Ceará e a Universidade de Fortaleza (Núcleo de Aplicação de Tecnologia da Informação – NATI, sob a coordenação do Prof. José Eurico de Vasconcelos) para a coleta de dados. Para acessar a plataforma, o participante deveria informar se é maior de 18 anos a partir de uma mensagem *pop-up* na página inicial, em consonância como estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90). Os menores de idade, ao tentarem acessar o portal, seriam redirecionados a uma página institucional, e não teriam acesso aos questionários. Esta página virtual apresenta plataforma de coleta de dados confidencial e criptografada. O comitê de ética e pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) aprovou a coleta de dados *online* sob o número de protocolo 1.058.252. Para participar da pesquisa, era necessário ter mais de 18 anos e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido digital (APÊNDICE A). A divulgação do *site* foi realizada em diversos meios de comunicação como: plataforma virtual e mídias sociais da Associação Médica Brasileira, mídias sociais da Associação Brasileira de Psiquiatria, plataforma virtual da Universidade de Fortaleza, plataforma virtual da Universidade Federal do Ceará, rádio universitária. Essas divulgações foram gentilmente realizadas sem custos financeiros para presente projeto de pesquisa. Uma parte da divulgação necessitou ser financiada, por exemplo, foi contratada uma empresa de marketing digital, LEME, para elaboração de peças publicitárias e manejo da divulgação das mídias sociais, como *facebook* e *instagram*. A plataforma temperamento e saúde mental também foi divulgada nas plataformas virtuais do Diário do Nordeste e do O Povo. A divulgação do *site* foi financiada com os recursos do CNPq, obtidos através do Edital Universal 2014 CNPq 447414/2014-3.

Diversas questões foram empregadas ao longo do protocolo para avaliar a validade dos dados. Participantes que tiveram respostas válidas a essas questões foram incluídos no estudo. Na amostra inicial, 9.585 participantes responderam completamente o estudo, entretanto, após verificar a validade dos dados, 7.639 participantes

permaneceram elegíveis e foram incluídos nas análises (taxa de resposta: 79,7%). A validação do participante ocorreu através de 3 perguntas de múltipla escolha, avaliando sinceridade, atenção, e se as respostas estavam recebendo influência de outra pessoa. A pontuação para cada pergunta realizada para a validação apresentava pontuação de 0 a 4, sendo 0 a pontuação mínima e 4 a máxima. Caso o participante respondesse 0 ou 1, os seus dados eram automaticamente excluídos do estudo. Outro meio adotado para validar o participante foi através de diversas perguntas com conteúdo semântico semelhante dispostas ao longo dos questionários. Inconsistências entre respostas a essas perguntas semelhantes também resultavam na invalidação do participante. Não houve significância estatística entre participantes que não foram incluídos na amostra final em relação àqueles que não passaram na avaliação de qualidade dos dados. Esse estudo *online* coletou dados sociodemográficos (idade, sexo, educação, etnia, estado civil, religião, ocupação, renda). Nessa plataforma digital, estavam disponíveis diversos instrumentos psicológicos e psiquiátricos validados, que serão descritos nos próximos subitens.

3.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

3.2.1 Instrumento de rastreio para EN (IREN)

O *Skin Picking Stanford Questionnaire* (ANEXO A) é um instrumento de rastreio que apresenta 13 questões que avaliam a fenomenologia da EN adotando o formato de resposta sim/não/não sei (KEUTHEN et al., 2010.; MONZANI et al., 2012). Não há um instrumento validado para o português brasileiro para escoriação neurótica, dessa forma, foi necessário validar o instrumento desenvolvido por Keuthen e colaboradores do inglês para o português. No subitem 3.3, a seguir, a validação do questionário em questão será contemplada de forma mais abrangente.

3.2.2 Instrumento de Avaliação de Sintomas de Mania e Hipomania (IASMH-32)

O *Hypomania Checklist* consiste em 32 duas questões de respostas sim/não que investiga amplamente sintomas de mania/hipomania (ANGST; E, 2005). Trata-se de instrumento acurado para rastreio de transtorno do espectro bipolar (CARVALHO et al., 2015). Participantes foram solicitados para focar nos períodos de exacerbação do humor, e, dessa forma, relatar se as manifestações hipomaniacas se encontravam presentes

durante esse período. Adicionalmente, o IASMH-32 inclui 8 itens que avaliam a severidade e o impacto funcional durante os episódios, e consequências positivas e negativas em diferentes áreas do funcionamento. Foi adotado a versão em português brasileiro do IASMH-32 (ANEXO C), validada por Soares e colaboradores com boa validade e confiabilidade, sendo o ponto de corte de 19 para escalas em amostras não clínicas (SOARES et al., 2010). Para um rastreio positivo de transtorno do espectro bipolar, era necessário também comprometimento em pelo menos uma área de funcionamento em decorrência dos sintomas de hipomania.

3.2.3 Instrumento de Avaliação de Sintomas Depressivos e Ideação Suicida(IASD-9)

Os sintomas depressivos foram avaliados através da versão validada para o português brasileiro do *Patient Health Questionnaire* (SANTOS; MATIJASEVICH, 2013). Esse questionário (ANEXO D) é um instrumento de autopreenchimento que adota 9 sintomas do DSM-IV como critério de rastreio de episódios de depressão maior (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001). Adicionalmente, o IASD foi adotado para rastreio de ideação suicida (CHOI; LEE, 2017).

3.2.4 Instrumento de Avaliação de Dependência à Nicotina (IADN)

Foi utilizado a versão validada para o português do *Fangerström Test for Nicotine Dependence* (ANEXO E) para rastreio da dependência de nicotina (DE MENESES-GAYA et al., 2009). Em resumo, o IADN é um questionário de autopreenchimento de seis itens com escores entre 0 a 10 (HEATHERTON et al., 1991). Um escore de corte de 4 foi considerado um indicativo de dependência a nicotina no estudo em questão (DE MENESES-GAYA et al., 2009).

3.2.5 Instrumento de Avaliação de Dependência ao Álcool (IADA)

Foi utilizado a versão validada para o português brasileiro do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (ANEXO F) para rastreio de presença de transtorno de abuso ao álcool (Lima et al., 2005). Trata-se de um instrumento de autopreenchimento de 10 itens desenvolvido pela Organização das Nações Unidas para rastrear a presença de alcoolismo (Saunders et al., 1993). Um escore maior ou igual a 8 foi considerado indicativo de presença de transtorno de abuso do álcool (Saunders et al., 1993).

3.2.6 Instrumento de Avaliação de Trauma Precoce (IATP)

Foi utilizado a versão validada para o português brasileiro do *Early Trauma Inventory Self Report Short Form* (ANEXO G) para avaliar a exposição precoce a trauma (OSORIO et al., 2013). Trata-se de um instrumento com 27 itens agrupados em 4 dimensões (trauma geral, abuso físico, abuso emocional, e abuso sexual)(BREMNER; BOLUS; MAYER, 2007).

3.2.7 Instrumento de Avaliação das Dimensões Psicopatológicas (IADP)

Foi utilizado a versão validade para o português brasileiro do *Symptom Checklist – 90 Revised Inventory* (ANEXO H) para avaliar as dimensões psicopatológicas (CARISSIMI, 2011; DEROGATIS; MELISARATOS, 1983). Em resumo, trata-se de um instrumento com 90 itens que avalia diversas dimensões psicopatológicas: somatização, obsessivo compulsivo, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicopatia.

3.2.8 Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (EQVOMS-abrev)

Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão abreviada (ANEXO I) foi adotada nesse estudo, sendo este instrumento a versão validada para o português da *World Health Organization Quality of Life Instrument-Abbreviated version* para avaliar qualidade de vida do presente estudo. Esse instrumento apresenta 25 questões que avaliam a qualidade de vida em 4 dimensões: física, psicológica, social e ambiental (Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group, 1998).

3.3 VALIDAÇÃO DO IREN

A versão do IREN de 13 itens foi traduzida para o português brasileiro, e após retraduzida para o inglês. A retradução para o inglês foi realizada por um professor de inglês contratado que não teve acesso ao questionário inglês original. Três autores bilíngues (MOM, CAK e AFC) compararam a versão original com a nova versão em inglês do IREN, e modificações para garantir a semântica equivalente foram realizadas.

Essa versão do IREN em português brasileiro foi testada em uma amostra piloto

de 5 pacientes do ambulatório de psiquiatria do HUWC, que relataram dificuldades de entender alguns itens do instrumento, dessa forma, alterações após esse teste foram realizadas. Os autores decidiram retirar a questão em que se solicitava ao participante para nomear a condição médica responsável pelo trauma cutâneo. Essa questão não é essencial para a definição de EN de acordo com o DSM-5 (ASSOCIATION, 2013). Os pacientes dessa amostra piloto tiveram dificuldade de entender essa pergunta. Entretanto, foi mantida a questão que pergunta se o participante traumatiza a pele em decorrência de inflamação ou do prurido resultantes de alguma condição médica, visto que essa questão se encontra como critério de exclusão no DSM-5.

Seis especialistas no campo de TOCDR forneceram avaliações qualitativas da validade do IREN. Cada item do questionário foi avaliado em relação a gramática, texto, adequação, assim como acurácia, clareza e relevância. Foi calculado Índice de Validade do Conteúdo (IVC) como descrito em estudos prévios (CAMARA et al., 2017; LAWSHE, 1975). Os especialistas avaliaram cada item em relação a clareza, simplicidade, e relevância em uma escala de 1 a 4 (ANEXO B). O IVC de cada item era calculado da seguinte maneira, contava-se o número de notas 3 ou 4 por item, e dividia esse resultado pelo número total de especialistas consultados. O IVC do questionário foi resultado da média aritmética de todos os itens. Após o cálculo do IVC, foi publicado o questionário na plataforma virtual para possibilitar uma obtenção mais expressiva de participantes, e dessa forma calcular o coeficiente alfa de Cronbach. A versão final do IREN modificado pode ser encontrada no APÊNDICE B.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as análises estatísticas foram realizadas no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0 para o Windows. Variáveis contínuas são apresentadas como médias \pm desvio padrão (DP). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar se as variáveis psicopatológicas apresentavam distribuição normal. Variáveis sociodemográficas e psicopatológicas são comparadas entre participantes com EN e àqueles sem essa condição médica. Variáveis contínuas distribuídas normalmente foram comparadas utilizando o teste t de Student. Variáveis categóricas foram comparadas usando o teste Chi-quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste Exato de Fisher.

As associações de EN (variável dependente) e o rastreamento positivo para depressão, transtorno bipolar, abuso de álcool ou tabaco, trauma, ideação suicida, e os domínios psicopatológicos do SCL-90 R foram avaliados usando modelo de regressão logística multivariado. Para associação de EN e dimensões psicopatológicas, os escores de cada domínio do SCL-90 R foram considerados variáveis contínuas independentes do modelo. Para associações de EN e trauma, o escore de cada domínio individual de IATP foram considerados como variáveis contínuas independentes. Todas as outras variáveis independentes são dicotômicas. Todos os modelos multivariados são ajustados de acordo com idade, sexo, ocupação, uso prévio de drogas psicotrópicas, educação e etnia. Modelos multivariados foram avaliados de acordo com a presença de ideação suicida assim como a exposição a trauma precoce foram adicionalmente controlados para a presença de depressão, transtorno do espectro bipolar, dependência de nicotina, e dependência de álcool.

A associação da presença de EN e cada domínio do EQVOMS-abrev (variável dependente) foram analisadas através de análises separadas de covariância (ANCOVA). Cada domínio foi ajustado para idade, sexo, ocupação, história familiar de transtorno mental, uso prévio de drogas psicotrópicas, educação, etnia, estado civil, renda, presença de rastreamento positivo para episódio de depressão maior, transtorno do espectro bipolar, rastreamento positivo para ideação suicida, dependência de nicotina e de álcool. Significância estatística foi estabelecida com nível de alfa de 0,05.

4 RESULTADOS

4.1 VALIDAÇÃO DO IREN

O IVC geral da versão IREN em português brasileiro foi de 0,94 (o intervalo do IVC dos itens foi de 0,67-1,00). Após publicação dessa versão na plataforma virtual, uma amostra de 7639 participantes preencheu o IREN e então foi calculada o Coeficiente alfa de Cronbach, em que se apresentou uma confiabilidade interna consistente (Coeficiente alfa de Cronbach = 0,73; 95% IC: 0,72-0,74). A versão final do IREN modificado pode ser encontrada no APÊNDICE B.

4.2 CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOPATOLÓGICAS

Características sociodemográficas da amostra foram apresentadas na tabela 1. A amostra apresentou média de idade de $27,2 \pm 7,9$ anos, com predominância feminina (71,3%) e a maior parte da amostra era composta por participantes com pelo menos nível educacional secundário. A prevalência da EN foi de 3,4% (95% IC: 3,0 – 3,8%). A prevalência de EN foi significativamente maior no sexo feminino, porém não houve associação significativa com relação a faixa etária. Além do mais, participantes com EN foram significativamente diferentes daqueles sem EN em relação a profissão e etnia. Finalmente, participantes com EN são mais propensos de terem usado drogas psicotrópicas (Tabela 1).

Tabela 1 – Característica Sociodemográficas e Psicopatológicas dos participantes.

Variáveis	Total (N = 7.639)	EN (N =259)	SEM EN (N = 7380)	Valor de P
Idade, anos (média ± DP)	27,2 ± 7,9	27,8 ± 8,4	27,1 ± 7,8	0,214 ^c
Faixas Etárias				
18-21 anos	1.817 (23,8)	64 (24,7)	1.753 (23,8)	0,110
22-25 anos	1.984 (26,0)	61 (23,6)	1.923 (26,1)	
25-30 anos	1.769 (23,2)	49 (18,9)	1.720 (23,3)	
≥30 anos	2.069 (27,1)	85 (32,8)	1.984 (26,9)	
Gênero				
Feminino	5.446 (71,3)	213 (82,2)*	5.233 (70,9)**	< 0,001 ^a
Masculino	2.193 (28,7)	74,4 (17,8)**	2.147 (29,1)*	
Ocupação				
Empregado	2.768 (36,2)	88 (34,0)	2.680 (36,3)	0,035 ^b

continua

continuação

Tabela 1 – Característica Sociodemográficas e Psicopatológicas dos participantes.

Variáveis	Total (N = 7.639)	EN (N =259)	SEM EN (N = 7380)	Valor de P
Desempregado	2.672 (35)	78 (30,1)	2.594 (35,1)	
Dona de Casa	368 (4,8)	14 (5,4)	354 (4,8)	
Aposentado	36 (0,5)	4 (1,5) *	32 (0,4) **	
Autônomo	757 (9,9)	29 (11,2)	728 (9,9)	
Outros	1.038 (13,6)	46 (17,8)	992 (13,4)	
História Familiar de Transtorno Mental				
Sim	3.335 (43,7)	125 (48,3)	3.210 (43,5%)	0,243 ^a
Não	4.046 (53,0)	128 (49,4)	3.918 (53,1)	
Não Sabe/Adoção	258 (3,4)	6 (2,3)	252 (3,4)	
Uso prévio de medicações psicotrópicas (N, %)				
Sim, não atualmente	1.177 (15,4)	63 (24,3) *	1.114 (15,1) **	< 0,001 ^a
Sim, atualmente	808 (10,6)	58 (22,4) *	750 (10,2) **	
Não	5.654 (74,0)	138 (53,3) **	5.516 (74,7) *	
Nível Educacional (N, %)				
Menos do que o ensino primário	86 (1,1)	5 (1,9)	81 (1,1)	0,285 ^b
Ensino Primário	483 (6,3)	21 (8,1)	462 (6,3)	
Ensino Secundário	4.721 (61,8)	152 (58,7)	4.569 (61,9)	
Ensino Superior	2.349 (30,8)	81 (31,3)	2.268 (30,7)	
Etnia (N, %)				
Caucasiano	3.459 (45,3)	132 (51,0)	3.327 (45,1)	0,035 ^b
Afro-americano	773 (10,1)	32 (12,4)	741 (10,0)	
Pardo	2.958 (38,7)	82 (31,7) **	2.876 (39,0) *	
Asiático	87 (1,1)	0	87 (1,2)	
Outro	294 (3,8)	13 (5,0)	349 (4,7)	
Estado Civil (N, %)				
Solteiro	4.849 (63,5)	156 (60,2)	4.693 (63,6)	0,072 ^a
Casado	1.021 (13,4)	32 (12,4)	989 (13,4)	
União Estável	787 (10,3)	35 (13,5)	752 (10,2)	
Divorciado/Viúvo	481 (6,3)	24 (9,3)	457 (6,2)	
Outro	501 (6,6)	12 (4,6)	489 (6,6)	
Religião (N, %)				
Católica	2.305 (30,2)	71 (27,4)	2.234 (30,3)	0,119 ^a
Protestante	1.864 (24,2)	57 (22,0)	1.807 (24,5)	
Espirita	619 (8,1)	32 (12,4)	587 (8,0)	
Agnóstico	1.203 (15,7)	42 (16,2)	1.161 (15,7)	
Outro	1.648 (21,8)	57 (22,0)	1.591 (21,6)	

continua

conclusão

Tabela 1 – Característica Sociodemográficas e Psicopatológicas dos participantes.

Variáveis	Total (N = 7.639)	EN (N =259)	SEM EN (N = 7380)	Valor de P
Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.999,00	2.549 (33,4)	90 (34,7)	2.459 (33,3)	
Entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.999,00	736 (9,6)	31 (12,0)	705 (9,6)	
Mais do que R\$ 6.000,00	382 (0,5)	12 (4,6)	370 (5,0)	
Não Sabe / Não Informado	11,66 (15,3)	33 (12,7)	1.133 (15,4)	
Rastreamento Positivo (N, %)				
Episódio Depressivo	2201 (28,8)	120 (46,3)*	2.081 (28,2)**	<0,001 ^a
Transtorno do Espectro Bipolar	585 (7,7)	22 (8,5)	563 (7,6)	0,607
Dependência de Nicotina	459 (6,0)	33 (12,7)*	426 (5,8)**	<0,001 ^a
Dependência do Álcool	1.759 (23,0)	82 (31,7)*	1.677 (22,7)**	<0,001 ^a
Ideação Suicida	1.909 (25,0)	107 (41,3)*	1.802 (24,4)**	<0,001 ^a

a Teste Chi-quadrado de Pearson; b Teste Exato de Fisher; c Teste T de Student Bicaudal; d Referente a grupo étnico com ancestrais negros e caucasianos. *Observado foi maior que o esperado (ajuste residual > 2); **Observado foi menor que o esperado (ajuste residual < -2).

Fonte: A própria autora

4.3 CORRELAÇÕES CLÍNICAS DE EN

Escoriação neurótica foi significativamente associada com rastreio positivo para episódio de depressão ($OR_{adj}=1.854$), dependência de nicotina, ($OR_{adj}=2.058$), alcoolismo ($OR_{adj}=1.570$), assim como rastreio positivo para ideação suicida ($OR_{adj}=1.427$). Entretanto, a presença de EN não foi significativamente associada com rastreio positivo para transtorno do espectro bipolar (tabela 2).

A presença de EN também foi independentemente associada com as dimensões obsessivo-compulsiva ($OR_{adj}=1.339$; $P = 0.02$) e hostilidade ($OR_{adj}=1.300$; $P < 0.01$) do IADP. Além do mais, a EN foi associada com menores escores da dimensão interpessoal da sensibilidade IADP ($OR_{adj}=0.759$; $P = 0.04$) (Tabela 2). Finalmente, a EN foi significativamente (assim como independentemente) associada com exposição geral a traumas e a abuso psicológico em idade precoce (Tabela 2). Entretanto não houve associação significativa com abuso físico e com abuso sexual precoce. Na próxima página se encontra a tabela 2.

Table 2 – Correlações Psicopatológicas de EN.

Variáveis	Não Ajustado		Ajustado ^a	
	OR (95% CI)	P-value ^d	OR (95% CI)	P-value ^d
Rastreo Positivo				
Episódio Depressivo (IASD-9)	2,198 (1,714–2,820)	< 0,001	1,854 (1,430–2,403)	< 0,001
Transtorno do Espectro Bipolar (IASMH-32)	1,124 (0,723–1,748)	0,607	0,945 (0,600–1,488)	0,805
Dependência à Nicotina (FTND)	2,384 (1,637–3,472)	< 0,001	2,058 (1,378–3,074)	< 0,001
Dependência ao Álcool (IADA)	1,575 (1,206–2,057)	< 0,001	1,570 (1,193–2,065)	0,001
Ideação Suicida (IASD-9)	2,179 (1,693–2,805)	< 0,001	1,427 (1,054–1,932)	0,021
Dimensões Psicopatológicas (SCL-90)^c				
Somatização	1,186 (0,942–1,493)	0,147	1,085 (0,855–1,376)	0,502
Compulsivo Obsessivo	1,280 (0,995–1,645)	0,054	1,339 (1,040–1,724)	0,024
Sensibilidade Interpessoal	0,780 (0,603–1,009)	0,059	0,759 (0,583–0,989)	0,041
Depressão	1,021 (0,776–1,344)	0,880	0,937 (0,706–1,244)	0,654
Ansiedade	1,242 (0,888–1,737)	0,205	1,154 (0,821–1,624)	0,409
Hostilidade	1,291 (1,069–1,560)	0,008	1,300 (1,074–1,573)	0,007
Ansiedade Fóbica	0,936 (0,760–1,154)	0,538	0,919 (0,745–1,135)	0,434
Ideação Paranóide	1,142 (0,897–1,454)	0,282	1,191 (0,928–1,528)	0,171
Psicotismo	1,162 (0,869–1,553)	0,311	1,322 (0,978–1,788)	0,069
Trauma Precoce (IATP)^{b,c}				
Trauma Geral	1,093 (1,029–1,161)	0,004	1,070 (1,005–1,139)	0,034
Abuso Físico	1,022 (0,927–1,126)	0,663	1,078 (0,974–1,194)	0,147
Abuso Psicológico	1,260 (1,162–1,366)	< 0,001	1,216 (1,117–1,322)	< 0,001
Abuso Sexual	1,081 (1,007–1,160)	0,032	1,042 (0,968–1,121)	0,278

Abreviações: **IADA:** Instrumento de Avaliação de Dependência ao Álcool; **IATP:** Instrumento de Avaliação de Trauma Precoce; **FTND:** Instrumento de Avaliação de Dependência à Nicotina; **IASMH-32:** Instrumento de Avaliação de Sintomas de Mania e Hipomania; **IASD-9:** Instrumento de Avaliação de Sintomas Depressivos; **SCL-90:** Instrumento de Avaliação das Dimensões Psicopatológicas

a Ajustado para idade, sexo, educação, ocupação, etnia, uso prévio de medicação psicotrópica. b Ajustado adicionalmente para depressão ou transtorno bipolar e adição a tabaco ou álcool. c Cada unidade aumenta a dimensão no escore. d Valores em negrito são significantes para alfa 5% após correção Bonferroni por comparações múltiplas.

Fonte: A própria autora.

4.2 O IMPACTO DA EN NOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA.

EN foi significativamente associada com qualidade física e psicológica comprometida, mesmo após o ajuste para comorbidades (figura 1). Entretanto, a EN não foi significativamente associada para qualidade de vida ambiental e social. Todos os modelos da ANCOVA foram significativos (o valor de R^2 variou de 0.195 a 0.442).

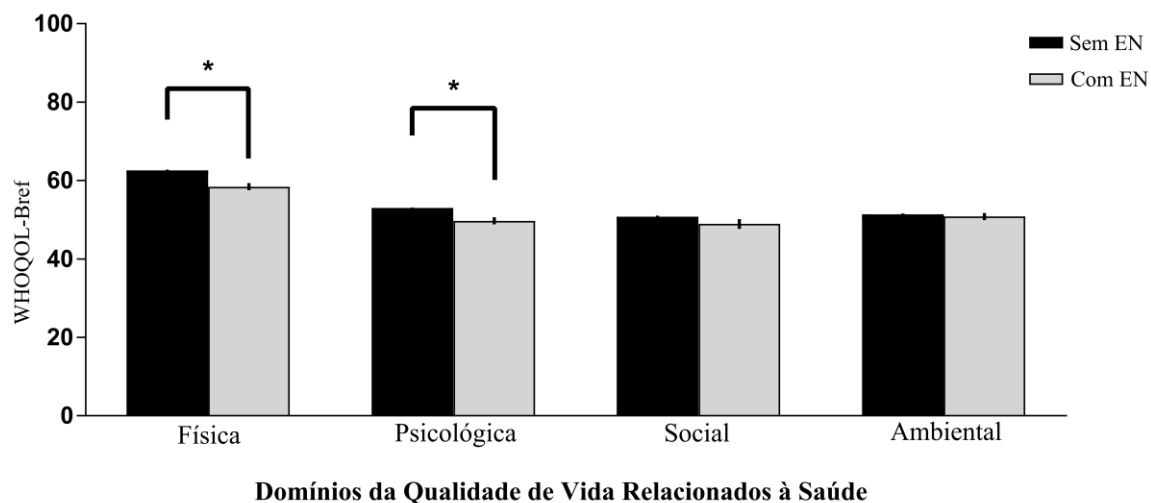


Figura 1 – Gráfico comparando qualidade de vida utilizando a Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (EQVOMS-abrev) e participantes com e sem Escoriação Neurótica (EN). *Associação Significativa.

Fonte: A própria autora.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo se trata da maior pesquisa de prevalência e de correlações de EN até o momento atual. A prevalência de EN nessa amostra foi de 3,4% com notável predominância do sexo feminino. A prevalência estimada neste estudo é compatível com de outras pesquisas conduzidas nos Estados Unidos previamente publicadas, em que a prevalência variou de 1,2% a 5,4%. (HAYES et al., 2009; KEUTHEN et al., 2010.; MONZANI et al., 2012). Além do mais, embora nem todos os estudos apresentem consenso, evidências acumuladas apontam que EN é mais prevalente em mulheres (GRANT et al., 2012). Esses dados acrescentam a literatura, visto que os estudos em países em desenvolvimento são escassos (CALIKUSU et al., 2012; PROCHWICZ et al., 2016; SIDDIQUI et al., 2012). Esse estudo também explorou diversas correlações clínicas associadas com EN através o uso de instrumentos validados, e foi evidenciado que pessoas com o transtorno apresentam comprometimento na qualidade de vida física e psicológica, mesmo após ajustando para comorbidades, a saber depressão, transtorno do espectro bipolar, dependência ao álcool e à nicotina.

5.1 CORRELAÇÕES CLÍNICAS DA EN

EN foi associada a rastreio positivo para episódio de depressão, dependência à nicotina, dependência ao álcool, mesmo após ajuste para potenciais fatores de confusão, a saber: faixa etária, gênero, ocupação, história familiar de transtorno mental, uso prévio de medicação psicotrópica, nível educacional, etnia, estado civil, religião e renda. Esses achados são consistentes com os estudos em amostras clínicas. Por exemplo, embora a prevalência de transtorno depressivo maior tenha variado entre os estudos (12,5% a 48,0%) (GRANT; LEPPINK; et al., 2016; GRANT et al., 2012), os dados sugerem que depressão é mais comum entre participantes com EN em relação a população geral.

Adicionalmente, estudos prévios que envolvem amostras clínicas com EN também apontaram para alta prevalência de abuso de álcool e tabaco (FLESSNER; WOODS, 2006; GRANT et al., 2012; LOCHNER et al., 2002). Esses achados são consistentes com a visão de que EN pode ser considerada uma “adição comportamental” e que pode compartilhar diversas similaridades fenomenológicas e neurobiológicas com o abuso de substâncias (CHAMBERLAIN et al., 2016). Em estudos prévios, sugere-se que a modulação glutamatérgica da dopamina no núcleo accumbens , e possivelmente, região cortical pré-frontal, podem ser mecanismos comuns

de adição comportamental e do abuso de substâncias (CHAMBERLAIN et al., 2016). Em estudo de imagem prévio realizado em participantes com EN, foi verificado que participantes com EN apresentaram maior volume bilateral do núcleo accumbens e espessura cortical reduzida de áreas do hemisfério frontal direito comparados tanto com controles quanto em participantes com tricotilomania. Nesse mesmo estudo, foi evidenciado também que maior volume do accumbens está associado a maior severidade da EN (ROOS et al., 2015). O núcleo accumbens, assim como a região frontal, têm sido implicados como “regiões chaves” nos mecanismos de recompensa e impulsividade (DALLEY et al., 2008). Os achados em neuroimagem descritos mostram que tanto participantes com EN quanto os que sofrem de dependência química podem apresentar características neuroanatômicas próximas, entretanto, mais estudos para elucidar essa relação são necessários.

Não foi encontrada associação estatística entre EN e rastreio positivo para transtorno do espectro bipolar em nossa amostra. Em estudos prévios foram encontrados uma prevalência de 10,5% de EN em uma amostra de pacientes ambulatoriais com transtorno bipolar (KARAKUS; TAMAM, 2011), entretanto, nessa investigação não houve grupo controle. Uma possível associação entre EN e transtorno bipolar precisa de futuras investigações.

Foi também verificado que EN está associada a rastreio positivo para ideação suicida, mesmo após ajustes para potenciais fatores de confusão. Trata-se de um dado novo na literatura, que necessitaria de investigações mais amplas em pesquisas futuras. Esse achado sugere que lesões corpóreas importantes em decorrência da EN deve, pelo menos em algumas circunstâncias, serem acompanhadas com atenção para intenção suicida, embora futuros estudos ainda sejam necessários para se estabelecer conclusões mais definitivas. Em relação aos pacientes com TOC, foi sugerido em recente metanálise que suicídio nesses pacientes não deve ser considerado como incidente raro na prática clínica. Particularmente, a presença de comorbidades nos pacientes com TOC pode ser considerado aumento de vulnerabilidade ao suicídio (ANGELAKIS et al., 2015).

Foi também evidenciado neste estudo que EN é independente e significativamente associado as dimensões obsessiva-compulsiva e hostilidade do IADP., além de menores escores na dimensão de sensibilidade interpessoal. Esse achado encontra-se de acordo com a visão de que SPD compartilha características clínicas e biológicas com outras TOCDR (GRANT et al., 2012; ODLAUG et al., 2016). Adicionalmente, associação com *odds ratio* menor do que 1 foi evidenciada na dimensão de sensibilidade interpessoal pode ser consistente com a visão de que TOCDR poderiam estar associados a características de personalidades anancásticas (STEIN et al.,

2016).

Associação entre EN e exposição a trauma na infância (trauma geral, psicológico) é também consistente com outros estudos (FAVARO et al., 2007; OZTEN et al., 2015). É relevante ressaltar também que outros TOCDR, por exemplo TOC e tricotilomania, também podem estar associados a trauma na infância (LOCHNER et al., 2005; STEIN et al., 2016). Entretanto, a correlação entre EN e abuso sexual precoce não foi significativa. A especificidade e o impacto da história precoce do trauma ainda precisam ser estabelecidos.

Trauma precoce e desenvolvimento de EN na vida adulta poderiam estar correlacionadas através de mecanismos de epigenética, entretanto, ainda não há estudos descrevendo a existência dessa correlação. Sabe-se no entanto que estresse precoce pode impactar futuramente a atividade neuronal, pois atividade neural e receptores hormonais de estresse induzindo mudanças epigenéticas têm sido observados em exposição a estresse precoce pós-natal, o que leva a mudanças a longo prazo no cérebro e também em tecidos periféricos (PROVENCAL; BINDER, 2015). À vista disto, novos estudos para investigar possíveis correlações epigenéticas entre trauma precoce e desenvolvimento de EN são necessários.

5.2 ASSOCIAÇÕES DA EN COM QUALIDADE DE VIDA.

Participantes com EN em nossa amostra apresentaram prejuízo significativo da qualidade de vida física e psicológica. Adicionalmente, nossos dados são consistentes com evidências amplas de que EN está significativamente associada com impacto físico e psicológico (GRANT et al., 2012; GRANT; REDDEN; et al., 2016).

5.3 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações precisam ser enfatizadas. Primeiro, trata-se de uma amostra virtual de conveniência com predominância de mulheres jovens, o que pode não ser representativo da população brasileira. Embora fosse adotado instrumentos validados de rastreamento, não houve confirmação clínica da EN ou de outras comorbidades avaliadas. Terceiro, é possível que um projeto de uma plataforma virtual de psiquiatria tenha atraído uma maior proporção de participantes com transtornos mentais, e conseqüentemente, a prevalência de EN pode ter sido superestimada. Quarto, um estudo transversal não permite inferência causal. Por outro lado, os pontos fortes do nosso estudo incluem recrutamento de grande amostra, e o emprego de instrumentos validados e de amplo uso pela comunidade científica. Além do mais, a participação

anônima pela *internet* possibilitou uma redução de vieses ao se responder esses instrumentos. Isso pode ser especialmente relevante no caso de TOCDR como EN, em que há um grande atraso para iniciar tratamento devido a, pelo menos em parte, ao constrangimento do paciente (HOLLANDER et al., 2016).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo resultou em desenvolvimento de um instrumento de rastreio de escoriação neurótica com elevado índice de validade do conteúdo (IVC=0,94) e consistente confiabilidade interna (Coeficiente alfa de Cronbach = 0,73). Dessa forma, o IREN poderá ser adotado em pesquisas futuras em população brasileira. O estudo também apresenta dados que reforçam a ideia de que EN é uma condição prevalente e associada significativamente com depressão, ideação suicida, adição à álcool e ao tabaco. Adicionalmente, EN foi associada a prejuízo significativo com qualidade de vida tanto física como psicológica, mesmo após ajustes sociodemográficos, e variáveis clínicas. Foi evidenciado também, após ajustes para potenciais fatores de confusão, associação significativa entre trauma (geral e psicológico) e presença de EN. Participantes com EN apresentaram também nas dimensões psicopatológicas maior obsessividade-compulsividade e hostilidade, além de menor sensibilidade interpessoal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos achados têm diversas implicações. Primeiro, esforços para triar pacientes com EN (e comorbidades associadas), particularmente em locais de risco alto como em ambulatórios de dermatologia, devem ser realizados. Adicionalmente, futuros estudos devem investigar determinantes de qualidade de vida em pacientes com EN, pode-se considerar também usar a qualidade de vida como uma resposta a intervenções terapêuticas.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELAKIS, I. et al. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. **Clin Psychol Rev**, v. 39, p. 1-15, Jul 2015.

ANGST, J., ADOLFSSON, R, BENAZZI, F, GAMMA, A, HANTOUCHE, E, MEYER, TD, SKEPPAR, P, VIETA, E, S., J. . The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in

outpatients. **J Affect Disord**, v. 88, p. 217-233, 2005.

ASSOCIATION, A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). **American Psychiatric Pub**, 2013.

BREMNER, J. D.; BOLUS, R.; MAYER, E. A. Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. **J Nerv Ment Dis**, v. 195, n. 3, p. 211-8, Mar 2007.

CALIKUSU, C. et al. Skin picking in Turkish students: prevalence, characteristics, and gender differences. **Behav Modif**, v. 36, n. 1, p. 49-66, Jan 2012.

CAMARA, R. A. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 39, n. 2, p. 140-146, Apr-Jun 2017.

CARISSIMI, A. Examinando fatores causais de sintomas psicologicos atraves do SCL-90 R em pacientes com apneia do sono grave (**Master's degree dissertation**). **Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil**, 2011.

CARVALHO, A. F. et al. Screening for bipolar spectrum disorders: A comprehensive meta-analysis of accuracy studies. **J Affect Disord**, v. 172, p. 337-46, Feb 01 2015.

CHAMBERLAIN, S. R. et al. Behavioural addiction-A rising tide? **Eur Neuropsychopharmacol**, v. 26, n. 5, p. 841-55, May 2016.

CHAMBERLAIN, S. R. et al. Grey matter abnormalities in trichotillomania: morphometric magnetic resonance imaging study. **Br J Psychiatry**, v. 193, n. 3, p. 216-21, Sep 2008.

CHOI, Y. J.; LEE, W. Y. The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. **Int J Ment Health Syst**, v. 11, p. 18, 2017.

DALLEY, J. W. et al. Neurobehavioral mechanisms of impulsivity: fronto-striatal systems and functional neurochemistry. **Pharmacol Biochem Behav**, v. 90, n. 2, p. 250-60, Aug 2008.

DE MENESES-GAYA, C. et al. Psychometric qualities of the Brazilian versions of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index. **Nicotine Tob Res**, v. 11, n. 10, p. 1160-5, Oct 2009.

DEROGATIS, L. R.; MELISARATOS, N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. **Psychol Med**, v. 13, n. 3, p. 595-605, Aug 1983.

Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol Med**, v. 28, n. 3, p. 551-8, May 1998.

DUNN, W. D., JR. et al. REDLeTr: Workflow and tools to support the migration of legacy clinical data capture systems to REDCap. **Int J Med Inform**, v. 93, p. 103-10, Sep 2016.

FAVARO, A.; FERRARA, S.; SANTONASTASO, P. Self-injurious behavior in a community sample of young women: relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. **J Clin Psychiatry**, v. 68, n. 1, p. 122-31, Jan 2007.

FLESSNER, C. A.; WOODS, D. W. Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. **Behav Modif**, v. 30, n. 6, p. 944-63, Nov 2006.

GRANT, J. E. et al. Does comorbidity matter in body-focused repetitive behavior disorders? **Ann Clin Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 175-81, Aug 2016.

GRANT, J. E. et al. Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. **J Psychiatr Res**, v. 40, n. 6, p. 494-501, Sep 2006.

GRANT, J. E.; MENARD, W.; PHILLIPS, K. A. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 28, n. 6, p. 487-93, Nov-Dec 2006.

GRANT, J. E. et al. Skin picking disorder. **Am J Psychiatry**, v. 169, n. 11, p. 1143-9, Nov 2012.

GRANT, J. E. et al. Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. **Psychiatry Res**, v. 239, p. 68-71, May 30 2016.

GRANT, J. E.; STEIN, D. J. Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 36 Suppl 1, p. 59-64, 2014.

HAYES, S. L.; STORCH, E. A.; BERLANGA, L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. **J Anxiety Disord**, v. 23, n. 3, p. 314-9, Apr 2009.

HEATHERTON, T. F. et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **Br J Addict**, v. 86, n. 9, p. 1119-27, Sep 1991.

HOLLANDER, E. et al. The cost and impact of compulsivity: A research perspective. **Eur Neuropsychopharmacol**, v. 26, n. 5, p. 800-9, May 2016.

KARAKUS, G.; TAMAM, L. Impulse control disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder. **Compr Psychiatry**, v. 52, n. 4, p. 378-85, Jul-Aug 2011.

KEUTHEN, N. J. et al. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehensive psychiatry* 51, 183-186. **Comprehensive psychiatry** 51, 183-186., v. 51, p. 183-186, 2010.

KRAUT, R. et al. Psychological research online: report of Board of Scientific Affairs' Advisory Group on the Conduct of Research on the Internet. **Am Psychol**, v. 59, n. 2, p. 105-17, Feb-Mar 2004.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med**, v. 16, n. 9, p. 606-13, Sep 2001.

LALONI, D. SCL-90 R: Adaptação, precisão e validade. . p. 1-214, 2001.

LARA, D. R. et al. Development and validity data of the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP). **J Affect Disord**, v. 141, n. 2-3, p. 390-8, Dec 10 2012.

LAWSHE, C. A quantitative approach to content validity. . **Personnel psychology**, v. 28, p. 563-575, 1975.

LEIBOVICI, V. et al. Excoriation (skin-picking) disorder in adults: a cross-cultural survey of Israeli Jewish and Arab samples. **Compr Psychiatry**, v. 58, p. 102-7, Apr 2015.

LIMA, A. B. et al. An exploratory study of the heterogeneity of the jealousy phenomenon and its associations with affective temperaments and psychopathological dimensions in a large Brazilian sample. **J Affect Disord**, v. 212, p. 10-16, Apr 01 2017.

LOCHNER, C. et al. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. **BMC Psychiatry**, v. 5, p. 2, Jan 13 2005.

LOCHNER, C. et al. Trichotillomania and skin-picking: a phenomenological comparison. **Depress Anxiety**, v. 15, n. 2, p. 83-6, 2002.

MONZANI, B. et al. Prevalence and heritability of skin picking in an adult community sample: a twin study. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, v. 159b, n. 5, p. 605-10, Jul 2012.

MOREYRA P, I. A., SAIZ-RUIZ J, BLANCO C. IN: GRANT JE, POTENZA MN, EDITORS. Pathological Gambling: A Clinical Guide to Treatment. . p. 55–68, 2004.

ODLAUG, B. L. et al. Abnormal brain activation in excoriation (skin-picking) disorder: evidence from an executive planning fMRI study. **Br J Psychiatry**, v. 208, n. 2, p. 168-74, Feb 2016.

OSORIO, F. L. et al. Psychometrics properties of early trauma inventory self report - short form (ETISR-SR) for the Brazilian context. **PLoS One**, v. 8, n. 10, p. e76337, 2013.

OZTEN, E. et al. The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. **Neuropsychiatr Dis Treat**, v. 11, p. 1203-10, 2015.

PROCHWICZ, K.; KALUZNA-WIELOBOB, A.; KLOSOWSKA, J. Skin picking in a non-clinical sample of young Polish adults. Prevalence and characteristics. **Compr Psychiatry**, v. 71, p. 77-85, Nov 2016.

PROVENCAL, N.; BINDER, E. B. The effects of early life stress on the epigenome: From the womb to adulthood and even before. **Exp Neurol**, v. 268, p. 10-20, Jun 2015.

ROOS, A. et al. A comparison of brain volume and cortical thickness in excoriation (skin picking) disorder and trichotillomania (hair pulling disorder) in women. **Behav Brain Res**, v. 279, p. 255-8, Feb 15 2015.

SANTOS, I., TAVARES, BF, MUNHOZ, TN, ALMEIDA, LS, SILVA, NT, TAMS, BD, PATELLA, AM,; MATIJASEVICH, A. [Sensitivity and specificity of the Patient Health

Questionnaire-9 (PHQ-

9) among adults from the general population]. **Cadernos de saude publica**, v. 29, p. 1533-1543, 2013.

SIDDIQUI, E. U. et al. Prevalence of body-focused repetitive behaviors in three large medical colleges of Karachi: a cross-sectional study. **BMC Res Notes**, v. 5, p. 614, Nov 01 2012.

SOARES, O. T. et al. Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 32, n. 4, p. 416-23, Dec 2010.

STEIN, D. J. et al. The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11. **J Affect Disord**, v. 190, p. 663-74, Jan 15 2016.

VAN AMERINGEN M1, P. B., SIMPSON W. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. **Depress Anxiety**, v. 6, p. 487-93, 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Comitê de Ética em Pesquisa-CEP
Hospital Universitário Walter Cantídio-HUWC
Universidade Federal do Ceará-UFC**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisador: André Férrer Carvalho

TÍTULO: Estudo Transversal sobre Temperamentos, deramatotilexomania, tricotilomania por Meio de um Sítio Eletrônico

CONVITE: você está sendo convidado a participar desta pesquisa que objetiva entender melhor a personalidade das pessoas e como esta se relaciona com outros fatores, como alterações de humor, ideação suicida, uso de drogas lícitas (álcool e/ou tabaco) e ilícitas, sexualidade, impulsividade e outros temas relacionados ao comportamento e estado psicológico das pessoas. Caso entenda que responder sobre algum desses temas citados ou outro relacionado comportamento/estado psicológico podem lhe ser incômodos, você pode recusar participar. Lembramos novamente que esta é uma pesquisa voltada ao público com idade igual ou maior que 18 anos. Este é um TCLE eletrônico e você o validará por meio da internet.

PROCEDIMENTOS: caso aceite participar, você receberá mensagem via email, confirmando a certificação eletrônica deste Termo de Consentimento e com cópia do mesmo em formato pdf anexada à mensagem. Na sequência, você poderá responder a alguns questionários em seu computador, levando uma média de 40 minutos a 1 hora para fazê-lo. **RISCOS E DESCONFORTOS:** o projeto envolve riscos mínimos à saúde. Os desconfortos previstos serão o de responder a várias perguntas e ter de responder sobre seus sentimentos, pensamentos e comportamentos pessoais. Você poderá se recusar a participar ou confirmar seu desejo de participar em outro momento.

BENEFÍCIOS: receber um relatório sobre características de comportamento que podem auxiliar na compreensão de si e detecção de provável transtorno mental. Caso haja algum resultado sugestivo de possível problema(s) psiquiátrico(s), você será informado e receberá recomendação para procurar ajuda médica especializada em serviços especializados em saúde mental, cujos endereços, telefones e endereços destas instituições na *internet* (quando houver) serão disponibilizados na mesma ocasião do resultado.

CONFIDENCIALIDADE: seus resultados serão usados somente para análises estatísticas junto com o de outras pessoas. Seu nome não será divulgado por nenhum meio. No sentido de assegurar o sigilo do participante, o banco de dados contendo as informações coletadas (do TCLE e respostas aos questionários) na pesquisa será criptografado e o acesso a estes se dará mediante senhas de uso exclusivo dos pesquisadores responsáveis.

VOLUNTARIEDADE E POSSIBILIDADE DE ABANDONO: a participação é voluntária, portanto não há obrigação de participar. Você poderá abandonar a pesquisa a qualquer tempo e pedir que não utilizem os dados das suas respostas. Se sair da pesquisa, nada irá lhe acontecer de desfavorável. Caso desista de participar, basta sair do endereço eletrônico se ainda estiver preenchendo os questionários, ou envie solicitação para e-mail para da equipe de pesquisa (pesquisa.saudemental@gmail), solicitando a exclusão de seus dados. Se você optar por recusa ao estudo, tecler *enter* na opção “recusar” ao fim deste documento.

CUSTOS ADICIONAIS: não há custo para o participantes.

CONTATO: Se você tiver alguma dúvida em relação a este estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora Myrela Oliveira Machado pelo telefone (85)999556160, ou contactá-la no endereço Rua Monsenhor Bruno 777, Meireles, Telefone 32617227, CEP 60115-190.

ACEITAÇÃO:

Fortaleza,

____/____/____

(Digite a data no formato dd/mm/aaaa).

Clique abaixo na opção de participar ou não desta pesquisa:

() SIM, eu aceito e declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me sinto suficientemente esclarecido.

() Recuso participar da pesquisa

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO IREN**

1. Alguma vez você já cutucou ou beliscou a sua pele provocando um dano perceptível?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei.
2. Você cutuca ou belisca a sua pele porque ela está inflamada ou com coceira em decorrência de algum problema de saúde?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei.
3. Você sente que o fato de cutucar ou beliscar a sua pele causa um grande estresse para você?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei.
4. O ato de cutucar ou beliscar a sua pele já fez você faltar no trabalho ou na escola?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei.
5. O ato de cutucar ou beliscar a sua pele já fez você cancelar ou evitar eventos importantes ou encontros com os amigos?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei.
6. Você sente tensão ou nervosismo crescentes antes de cutucar ou de beliscar a sua pele?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei.
7. Você sente tensão ou nervosismo crescentes enquanto resiste ao ato de cutucar ou de beliscar a sua pele?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei.
8. Você sente prazer ou alívio durante ou após ter cutucado ou beliscado a sua pele?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei
9. Alguma vez você já ouviu vozes mandando você cutucar ou beliscar a sua pele?
 - I. Sim
 - II. Não
 - III. Não sei
10. Durante a última semana, em quantos dias você cutucou ou beliscou sua pele?
_____Dias

_____ Não sei

11. Durante a última semana, nos dias em que você cutucou ou beliscar a sua pele, quantos episódios de cutucar ou beliscar você teve por dia?

_____ vezes

_____ Não sei

12. Nos dias em que você cutucou ou beliscou a sua pele, quanto tempo em média você gastou cutucando ou beliscando por dia?

I. Minutos? _____

II. Horas? _____

III. Não sei

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

CRITÉRIOS MAIORES

Questão 1 – SIM (dano perceptível)

Questão 2 – NÃO (excluir coceira ou outro problema de saúde)

Questão 3 – SIM (ato causa estresse para paciente)

Questão 4- SIM (faltar trabalho/escola)

Questão 5-SIM (evento social)

Questão 9 – NÃO (excluir sintomas “ouvir vozes”)

CRITÉRIOS MENORES

Para diagnósticos de Skin Picking, são necessários os critérios menores (Questão 6, 7, 8) acrescidos da Questão 3 ou Questão 4 ou Questão 5

ANEXO A**SKIN PICKING STANFORD QUESTIONNAIRE****1. Have you ever picked your skin so that there was noticeable damage?**

- 1 Yes
- 2 No
- 3. Don't Know

2. Do you pick your skin because it is inflamed or itchy due to a medical condition?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Don't Know

3. Could you write the name of that medical condition?

- Dermatitis (Examples: Contact, Atopic, Seborrheic, Lichen Simplex)
- Bacterial Infection (Cellulitis, Abscess, Erysipelas, Strep/Staph Infection)
- Fungal Infection (Examples: Tinea, Yeast)
- Parasitic Infection (Example: Scabies)
- Acne
- Psoriasis
- Pityriasis
- Lichen Planus
- Allergic Reaction To Medication
- Other Medical Condition [Specify:]
- Don't Know

4. Do you feel that your skin-picking causes significant distress for you?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Don't Know

5. Has your skin-picking ever caused you to miss work or school?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Don't Know

6. Has your skin-picking ever caused you to cancel or avoid important events or social time

with friends?

1 Yes

2 No

3. Don't Know

7. Do you feel a sense of tension or nervousness building up before you pick your skin?

1 Yes

2 No

3. Don't Know

8. Do you feel a sense of tension or nervousness building up while attempting to resist picking your skin?

1 Yes

2 No

3 Don't Know

9. Do you feel a sense of pleasure or relief during or after you have picked your skin?

1 Yes

2 No

3 Don't Know

10. Have you ever heard voices that tell you to pick your skin?

1 Yes

2 No

3 Don't Know

11. Over the last week, how many days did you pick your skin?

___ Days

___ Don't Know

12. Over the last week, on days when you have picked your skin, about how many episodes of skin-picking have you had each day?

___ Times

___ Don't Know

13. On days when you pick your skin, on average, about how much total time do you spend picking each day?

1. Minutes?

2. Hours?

ANEXO B

Pergunta	Adequação	Relevância	Clareza	Simplicidade
1. Alguma vez você já cutucou (ou pinicou) a sua pele provocando um dano perceptível?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
2. Você cutuca/pinica a sua pele porque ela está inflamada ou com coceira em decorrência de algum problema de saúde?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
3. Você poderia escrever o nome desse problema de saúde?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
4. Você sente que o fato de cutucar/pinicar a sua pele causa um estresse significativo para você?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
5. O ato de cutucar/pinicar a sua pele já fez você faltar no trabalho ou na escola?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
6. O ato de cutucar/pinicar a sua pele já fez você cancelar ou evitar eventos importantes ou encontros com os amigos?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
7. Você sente tensão ou nervosismo crescentes antes de cutucar/pinicar a sua pele?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
8. Você sente tensão ou nervosismo crescentes enquanto resiste ao ato de cutucar/pinicar a sua pele?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
9. Você sente prazer ou alívio durante ou após ter cutucado/pinicado a sua pele?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4
10. Alguma vez você já ouviu vozes mandando você cutucar/pinicar a sua pele?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	1/2/3/4	1/2/3/4

11. Durante a última semana, em quantos dias você cutucou sua pele?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	4 1/2/3/4	1/2/3/4
12. Durante a última semana, nos dias em que você cutucou a sua pele, quantos episódios de cutucar/pinicar você teve por dia?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	4 1/2/3/4	1/2/3/4
13. Nos dias em que você cutucou/pinicou a sua pele, quanto tempo em média você gastou cutucando por dia?	Essencial/útil, mas não essencial/inútil	1/2/3/4	4 1/2/3/4	1/2/3/4

ANEXO C

ESCALA DE AUTOAVALIAÇÃO DE HIPOMANIA-32 ITENS

Energia, Atividade e Humor								
<p>Em diferentes períodos durante a vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor (“altos e baixos” ou “para cima e para baixo”). O objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos “altos” ou “para cima”.</p> <p>1) Antes de tudo, como você está se sentindo hoje comparado ao seu estado habitual ?</p> <p><i>(Por favor, marque apenas UM dos seguintes)</i></p>								
1.Muito do que habitual	pior o do que habitua 1	2.Pior do que o habitua 1	3.Um pouco do que habitua 1	4.Nem melhor, nem pior do que o habitua 1	5.Um pouco melhor do que o habitua 1	6.Melhor do que o habitua 1	7.Muito melhor do que o habitua 1	QEAH1__
<p>2) Como você é normalmente, comparado com outras pessoas?</p> <p>Independente de como você se sente hoje, por favor, conte-nos como você é normalmente comparado a outras pessoas, marcando qual dos seguintes enunciados melhor o descreve.</p> <p><u>Comparando com outras pessoas, meu nível de atividade, energia e humor...</u></p> <p><i>(Por favor, marque somente UM dos seguintes)</i></p>								
1...sempr e são mais estáveis e equilibrados	2...geralme nte são maiores	3...geralme nte são menores	4...repetidame nte exibem períodos de altos e baixos				QEAH2_ __	
<p>3) Por favor, tente lembrar de <u>um período em que você esteve num estado “para cima”</u>. Como você se sentia na época? Por favor, responda a todos estes enunciados, independente do seu estado atual.</p> <p>Em tal estado</p>								
					Sim (1)	Não (0)		
1. Eu precisava de menos sono					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH31__	
2. Eu me sentia com mais energia e mais ativo (a)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH32__	
3. Eu estava mais autoconfiante					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH33__	
4. Eu apreciava mais o meu trabalho					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH34__	
5. Eu estava mais sociável (fazia mais ligações telefônicas, saía mais)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH35__	
6. Eu queria viajar ou viajava mais					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH36__	
7. Eu tinha tendência a dirigir mais rápido ou me arriscar mais enquanto dirige					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH37__	

8. Eu gastava mais ou gastava dinheiro demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH38__
9. Eu me arriscava mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras atividades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH39__
10. Eu estava fisicamente mais ativo (a) (esporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH310__
11. Eu planejava mais atividades e projetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH311__
12. Eu tinha mais idéias, eu estava mais criativo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH312__
13. Eu ficava menos tímido (a) ou inibido (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH313__
14. Eu usava roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH314__
15. Eu queria encontrar ou de fato me encontrava com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH315__
16. Eu estava mais interessado (a) em sexo e/ou tinha desejo sexual aumentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH316__
17. Eu paquerava mais e/ou estava sexualmente mais ativo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH317__
18. Eu falava mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH318__
19. Eu pensava mais rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH319__
20. Eu fazia mais piadas ou trocadilhos quando falava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH320__
21. Eu me distraía com mais facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH321__
22. Eu me envolvia em muitas coisas novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH322__
23. Meus pensamentos pulavam de assunto rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH323__
24. Eu fazia coisas mais rapidamente e/ou com maior facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH324__
25. Eu ficava mais impaciente e/ou ficava irritado (a) mais facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH325__
26. Eu podia ser cansativo (a) ou irritante para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH326__
27. Eu me envolvia em mais discussões e disputas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH327__
28. Meu humor estava melhor, mais otimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH328__
29. Eu bebia mais café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QEAH328__

<p>30. Eu fumava mais cigarros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>31. Eu bebia mais álcool <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>32. Eu usava mais drogas (sedativos, ansiolíticos, estimulantes, entre outros) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>QEAH329__</p> <p>QEAH330__</p> <p>QEAH331__</p> <p>QEAH332__</p>
<p>4) As questões acima, que caracterizam um “alto”, descrevem como você está: (Por favor, marque apenas UM dos seguintes)</p> <p>1...às vezes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⇒ se você marcou esta alternativa, por favor responda todas as questões de 5 a 9</p> <p>2...a maior parte do tempo? <input type="checkbox"/> ⇒ se você marcou esta alternativa, por favor responda apenas as questões 5 e 6</p> <p>3.eu nunca senti tal “alto” <input type="checkbox"/> ⇒ se você marcou esta alternativa, por favor pare aqui</p>		<p>QEAH4 __</p>

ANEXO D

Instrumento de Avaliação de Sintomas Depressivos (IASD-9)

Durante as 2 últimas semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma Veza	Vários Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias	
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.	0	1	2	3	QSP1__
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3	QSP2__
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3	QSP3__
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3	QSP4__
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3	QSP5__
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3	QSP6__
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3	QSP7__
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3	QSP8__
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3	QSP9__

ANEXO E

Instrumento de Avaliação de Dependência à Nicotina

Sobre o consumo de cigarro (nicotina), responda as questões a seguir:

		Pontuação
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	(3) Dentro de 5 minutos (3 pontos) (2) Entre 6-30 minutos (2 pontos) (1) Entre 31-60 minutos (1 ponto) (0) Após 60 minutos (0 ponto)	TDN1 ____
2 - Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?	(1) Sim (0) Não	TDN2 ____
3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?	(1) O primeiro da manhã (0) Outros	TDN3 ____
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	(0) Menos de 10 (1) De 11 a 20 (2) De 21 a 30 (3) Mais de 31 (4) Não fuma	TDN4 ____
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	(1) Sim (0) Não	TDN5 ____
6. Você fuma mesmo doente?	(1) Sim (0) Não	TDN6 ____
		Total:

ANEXO F

Instrumento de Avaliação de Dependência ao Álcool

1. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas de álcool?					CÓDIGO
(0) Nunca	(1) Uma vez por mês ou menos	(2) Duas a quatro vezes por mês	(3) Duas a três vezes por semana	(4) Quatro ou mais vezes por semana	IADA1____
2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas o(a) Sr.(a) costuma tomar?					
(0) 1 ou 2 "doses"	(1) 3 ou 4 "doses"	(2) 5 ou 6 "doses"	(3) 7 a 9 "doses"	(4) 10 ou mais "doses"	IADA2____
3. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma "seis ou mais doses" em uma ocasião?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	IADA3____
4. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	IADA4____
5. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?					
(5) Nunca	(6) Menos que uma vez ao mês	(7) Uma vez ao mês	(8) Uma vez por semana	(9) Todos os dias ou quase todos	IADA5____
6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir melhor?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	IADA6____
7. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) sentiu culpa ou remorso depois de beber?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	IADA7____
8. Com que frequência, durante o último ano, o(a) Sr.(a) não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?					
(0) Nunca	(1) Menos que uma vez ao mês	(2) Uma vez ao mês	(3) Uma vez por semana	(4) Todos os dias ou quase todos	IADA8____
9. Alguma vez na vida o(a) Sr.(a) ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de o Sr.(a) ter bebido?					

(0) Não		(2) Sim, mas não no último ano		(4) Sim, durante o último ano	IADA9 _____
10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o(a) Sr.(a) por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?					
(0) Não		(2) Sim, mas não no último ano		(4) Sim, durante o último ano	IADA10 _____

- Nas questões número 1 e 3, caso não seja compreendido, substitua “com que frequência” por “quantas vezes por ano, mês ou semana”; nas de 4 a 8, substitua por “de quanto em quanto tempo”.
- Nas questões de 4 a 8, caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de ___ _ _ _ _ (corrente) do ano passado”.
- Na questão 3, substitua “seis ou mais doses” pela quantidade equivalente da(s) bebida(s) no(s) recipiente(s) em que é(são) consumida(s). Ex. ...”três garrafas de cerveja ou mais”...

(Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em “doses”, baseado no quadro abaixo)

<p>CERVEJA: 1 copo (de chope - 350ml), 1 lata - 1 “DOSE” ou 1 garrafa - 2 “DOSES”</p> <p>VINHO: 1 copo comum grande (250ml) - 2 “DOSES” ou 1 garrafa - 8 “DOSES”</p> <p>CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: 1 “martelinho” (60ml) - 2 “DOSES” 1 “martelo” (100ml) - 3 “DOSES” ou 1 garrafa - mais de 20 “DOSES”</p> <p>UÍSQUE, RUM, LICOR, etc.: 1 “dose de dosador” (45-50ml) - 1 “DOSE”</p>

ANEXO G

Parte 1.Traumatas gerais. Antes da idade de 18 anos			
1. Você já foi exposto a algum desastre natural com ameaça a sua vida?	SIM	NÃO	IATP11__
2. Você já se envolveu em um acidente grave?	SIM	NÃO	IATP12__
3. Você já sofreu um ferimento ou uma doença grave?	SIM	NÃO	IATP13__
4. Você já presenciou a morte ou alguma doença grave em seus pais ou responsáveis?	SIM	NÃO	IATP14__
5. Você já vivenciou o divórcio ou separação de seus pais?	SIM	NÃO	IATP15__
6. Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um dos seus irmãos?	SIM	NÃO	IATP16__
7. Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um amigo?	SIM	NÃO	IATP17__
8. Você já presenciou situações de violência dirigida a outras pessoas, incluindo membros de sua família?	SIM	NÃO	IATP18__
9. Alguém na sua família já sofreu de algum transtorno mental ou psiquiátrico, ou já teve um surto?	SIM	NÃO	IATP19__
10. Os seus pais ou responsáveis já tiveram problemas cismo ou abuso de drogas?	SIM	NÃO	IATP110__
11. Você já viu alguém assassinado?	SIM	NÃO	IATP111__
Parte 2.Castigo físico. Antes da idade de 18 anos			
1. Você já recebeu um tapa no rosto?	SIM	NÃO	IATP21__
2. Você já foi queimado com água quente, cigarro ou alguma outra coisa?	SIM	NÃO	IATP22__
3. Você já recebeu socos ou chutes?	SIM	NÃO	IATP23__
4. Você já foi atingido por algum objeto arremessado contra você?	SIM	NÃO	IATP24__
5. Você já foi empurrado?	SIM	NÃO	IATP25__
Parte 3.Abuso emocional. Antes da idade de 18 anos			
1. Você era frequentemente colocado para baixo ou ridicularizado?	SIM	NÃO	IATP31__
2. Você era frequentemente ignorado ou tratado como se não fosse importante?	SIM	NÃO	IATP32__
3. Frequentemente lhe diziam que você não era bom?	SIM	NÃO	IATP33__
4. Na maioria das vezes você foi tratado com frieza, falta de carinho ou lhe fizeram sentir que não era amado?	SIM	NÃO	IATP34__
5. Seus pais ou responsáveis frequentemente não conseguiam entender você ou suas necessidades?	SIM	NÃO	IATP35__
Parte 4.Eventos sexuais. Antes da idade de 18 anos			
1. Você já foi tocado em alguma parte íntima do seu corpo (como seios, coxas, genitais) de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável?	SIM	NÃO	IATP41__
2. Você já teve a experiência de alguém esfregar os genitais em você?	SIM	NÃO	IATP42__

3. Você já foi forçado ou coagido a tocar em partes íntimas do corpo de outra pessoa?	SIM	NÃO	IATP43__
4. Alguém já fez sexo com você contra sua vontade?	SIM	NÃO	IATP44__
5. Você já foi forçado ou coagido a fazer sexo oral em alguém contra sua vontade?	SIM	NÃO	IATP45__
6. Você já foi forçado ou coagido a beijar alguém de maneira sexual ao invés de modo carinhoso?	SIM	NÃO	IATP46__
<i>Se você respondeu sim para qualquer um dos itens acima, responda a seguir considerando o evento que teve o maior impacto em sua vida. Na sua resposta, considere como você se sentiu no momento do evento.</i>			
1. Você experimentou medo intenso, pavor ou desamparo?	SIM	NÃO	IATPa1 __
2. Você se sentiu fora do seu corpo ou como se você estivesse em um sonho?	SIM	NÃO	IATPb1 __

ANEXO H

Instrumento de Avaliação das Dimensões Psicopatológicas

INSTRUÇÕES

Esta é uma lista de queixas e problemas que às vezes as pessoas tem. Leia cuidadosamente cada uma delas e marque o quadradinho numerado que melhor descreve QUANTO DESCONFORTO ESTE PROBLEMA LHE TROXE NA ÚLTIMA SEMANA, ATÉ HOJE. Marque apenas um quadradinho para cada problema e não salte nenhum. Se mudar de idéia, apague bem o quadradinho errado.

O QUANTO VOCÊ TEM SOFRIDO POR:

N	PERGUNTA	Nada (0)	Um pouco (1)	Moderadamente (2)	Muito (3)	Muitíssimo (4)	Pontuação
1	Dores de cabeça						SCL1____
2	Nervosismo ou conflito interior						SCL2____
3	Pensamentos desagradáveis, repetidos, que não deixam sua mente.						SCL3____
4	Fraqueza ou tontura						SCL4____
5	Perda de interesse ou prazer sexual						SCL5____
6	Sentir-se criticado pelos outros						SCL6____
7	Ideias de que outra pessoa pode controlar seus pensamentos						SCL7____
8	Sentir que os outros têm culpa pela maioria dos seus problemas						SCL8____
9	Dificuldade em lembrar das coisas						SCL9____
10	Preocupações com sujeira ou descuido.						SCL10____
11	Sentir-se facilmente incomodado ou irritado						SCL11____
12	Dores no coração ou peito						SCL12____
13	Sentir medo de espaços						SCL13____

	abertos ou de sair na rua						
14	Sentir-se com pouca energia ou mais lento						SCL14____
15	Pensamentos de acabar com sua vida						SCL15____
16	Ouvir vozes que outras pessoas não ouvem						SCL16____
17	Tremores						SCL17____
18	Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança						SCL18____
19	Pouco apetite						SCL19____
20	Chorar facilmente						SCL20____
21	Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto.						SCL21____
22	Sentir-se como se estivesse sendo encurralado ou pego						SCL22____
23	Assustar-se, de repente, sem razão						SCL23____
24	Explosões de mau humor que você não pode controlar						SCL24____
25	Sentir medo de sair de casa só						SCL25____
26	Culpar-se pelas coisas						SCL26____
27	Dores na coluna						SCL27____
28	Sentir-se bloqueado para terminar as coisas						SCL28____
29	Sentir-se sozinho						SCL29____
30	Sentir-se na fossa						SCL30____
31	Preocupar-se demais com as coisas						SCL31____
32	Não sentir interesse em coisa alguma						SCL32____
33	Sentir-se amedrontado						SCL33____
34	Seus sentimentos serem facilmente feridos						SCL34____
35	Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos						SCL35____

36	Sentir que os outros não entendem você ou são insensíveis						SCL36____
37	Sentir que as pessoas não são amigáveis ou não gostam de você						SCL37____
38	Ter de fazer as coisas bem devagar para assegurar-se que está certo						SCL38____
39	Coração acelerado						SCL39____
40	Náusea ou estômago embrulhado						SCL40____
41	Sentir-se inferior aos outros						SCL41____
42	Dolorimento em seus músculos						SCL42____
43	Sentir que você está sendo observado ou comentado pelos outros						SCL43____
44	Dificuldade para iniciar ou manter o sono						SCL44____
45	Ter de conferir e reconferir o que você faz						SCL45____
46	Dificuldade em tomar decisões						SCL46____
47	Sentir medo de andar de ônibus						SCL47____
48	Dificuldade de respirar						SCL48____
49	Sensações de calor ou frio						SCL49____
50	Ter de evitar coisas, lugares ou atividades que amedrontam você						SCL50____
51	Sua mente está tendo "brancos"						SCL51____
52	Dormência ou formigamento em partes de seu corpo						SCL52____
53	Ter um nó na garganta						SCL53____
54	Sentir-se sem esperança sobre o futuro						SCL54____

55	Dificuldade em se concentrar						SCL55____
56	Sentir fraqueza em partes de seu corpo						SCL56____
57	Sentir-se tenso ou incapaz de desligar						SCL57____
58	Braços e pernas pesadas						SCL58____
59	Pensar em morte ou que vai morrer						SCL59____
60	Comer demasiadamente						SCL60____
61	Sentir-se mal se as pessoas estão observando ou falando sobre você						SCL61____
62	Pensar que não é você próprio						SCL62____
63	Ter desejo intenso de bater, machucar ou ferir alguém						SCL63____
64	Acordar cedo demais pela manhã e não conseguir mais dormir						SCL64____
65	Ter que repetir várias vezes ações como contar, lavar, tocar						SCL65____
66	Sono que é agitado, inquieto ou perturbado						SCL66____
67	Ter desejo intenso de quebrar ou esmagar coisas						SCL67____
68	Ter ideias ou crenças que os outros não compartilham						SCL68____
69	Sentir-se muito preocupado com o que os outros pensam de você						SCL69____
70	Sentir-se mal em multidões, tais como shoppings ou cinemas						SCL70____
71	Sentir que tudo é um esforço						SCL71____
72	Ataques de terror ou pânico						SCL72____

73	Sentir-se desconfortável em comer ou beber em público						SCL73____
74	Envolver-se em frequentes discussões						SCL74____
75	Sentir-se nervoso quando está sozinho						SCL75____
76	Não darem valor para suas realizações						SCL76____
77	Sentir-se só, mesmo quando está acompanhado						SCL77____
78	Sentir-se tão inquieto que não consegue ficar sentado quieto						SCL78____
79	Sentir-se sem valor						SCL79____
80	Sentir que algo ruim está para acontecer com você						SCL80____
81	Gritar ou jogar coisas						SCL81____
82	Sentir medo de desmaiar em público						SCL82____
83	Sentir que as pessoas tirarão vantagem de você se você deixar						SCL83____
84	Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito						SCL84____
85	Ideias de que você deveria ser punido por seus pecados						SCL85____
86	Pensamentos e imagens assustadores						SCL86____
87	Ideias de que está com uma doença séria em seu corpo						SCL87____
88	Nunca sentir-se íntimo de outra pessoa						SCL88____
89	Sentimentos de culpa						SCL89____
90	Ideias de que há algo errado com sua mente						SCL90____

ANEXO I

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente	
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5	

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.						
	muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa	
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	WHO1__
	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	WHO2__

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente	
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	WHO3____
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	WHO4____
O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	WHO5____
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	WHO6____
O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	WHO7____
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	WHO8____

Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	WHO9____
--	---	---	---	---	---	----------

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
	nada	muito pouco	médio	muito	completamente	
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WHO10____
Você é capaz de aceitar sua aparência	1	2	3	4	5	WHO11____

física?						
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	WHO12__
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WHO13__
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	WHO14__
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom	
Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	WHO15__
	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	WHO16__
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WHO17__
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	WHO18__
Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5	WHO19__

você está consigo mesmo?						
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	WHO20__
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	WHO21__
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	WHO22__
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	WHO23__

Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	WHO24__
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	WHO25__
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
	nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre	
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor,	1	2	3	4	5	WHO26__

desespero, ansiedade, depressão?						
--	--	--	--	--	--	--