

INVESTIGAÇÃO

Melhorando o diagnóstico de dermatotilexomania entre brasileiros: validação da Escala de Impacto de Dermatotilexomania e desenvolvimento de uma medida fotográfica ☆,☆☆

Alice Castro Menezes Xavier ^{a,*}, Camila Maria Barbieri de Souza ^b,
Luís Henrique Fernandes Flores ^b, Clarissa Prati ^c, Cecília Cassal ^d
e Carolina Blaya Dreher ^{e,f}

^a Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^c Ambulatório do Serviço de Dermatologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^d Ambulatório de Psicodermatoses, Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^e Departamento de Clínica Médica - Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^f Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Recebido em 29 de maio de 2018; aceito em 21 de outubro de 2018

Disponível na Internet em 14 de novembro de 2019

PALAVRAS-CHAVE

Avaliação de sintomas;
Estudos de validação;
Fotografia;
Psicometria

Resumo

Fundamentos: A dermatotilexomania é uma patologia prevalente frequentemente associada à depressão e ansiedade, subdiagnosticada principalmente por dermatologistas. A avaliação da dermatotilexomania é baseada em instrumentos influenciados pela consciência sobre o hábito e pelas comorbidades, inexistente um instrumento de avaliação validado para indivíduos brasileiros ou instrumento para avaliar a gravidade das lesões cutâneas de forma objetiva.

Objetivos: Validação da Escala de Impacto de Dermatotilexomania para o português brasileiro e criação de uma medida fotográfica para avaliar lesões de pele ocasionadas pela dermatotilexomania.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2018.10.001>

☆ Como citar este artigo: Xavier ACM, Souza CMB, Flores LHF, Prati C, Cassal C, Dreher CB. Improving skin picking diagnosis among Brazilians: validation of the Skin Picking Impact Scale and development of a photographic instrument. An Bras Dermatol. 2019;94:553–60.

☆☆ Trabalho realizado no Serviço de Psiquiatria, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre, RS, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: alicexavier@gmail.com (A.C. Xavier).

Métodos: A amostra foi avaliada pela Escala de Impacto de Dermatotilexomania (*Skin Picking Impact Scale*) traduzida para o português brasileiro, pela Escala de Ansiedade de Hamilton, pelo Inventário de Depressão de Beck e pela Impressão Clínica Global. As lesões cutâneas dos pacientes foram fotografadas e as fotos foram avaliadas quanto a escoriação ativa, crosta/sangramento, exulceração e lesões lineares.

Resultados: Foram incluídos 63 pacientes. A Escala de Impacto de Dermatotilexomania traduzida para o português brasileiro apresentou boa consistência interna (α de Cronbach = 0,88), com testes de análise fatorial confirmatória adequados. A confiabilidade da medida fotográfica foi 0,66, com alta consistência interna (α de Cronbach = 0,87). A medida fotográfica não foi correlacionada com a Escala de Impacto de Dermatotilexomania, Impressão Clínica Global ou sintomas comórbidos.

Limitações do estudo: Ausência de instrumento de avaliação de dermatotilexomania previamente validado ao português brasileiro para comparativo.

Conclusão: A Escala de Impacto de Dermatotilexomania validada para o português brasileiro é um bom instrumento para avaliar a dermatotilexomania. A medida fotográfica é uma forma consistente de avaliar lesões da pele, mas não reflete o impacto da dermatotilexomania na vida do indivíduo.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A dermatotilexomania (DTM), também conhecida como escoriação neurótica ou dermatilomania, afeta até 5,4% da população geral e até 30% dos pacientes psiquiátricos.¹ Foi reconhecida como diagnóstico no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais versão 5 (DSM 5). É caracterizada pelo hábito de mexer na própria pele de maneira recorrente, o que resulta em lesões; tentativas ineficazes de parar o hábito; sofrimento clinicamente significativo e ausência de outra causa para o hábito.² A gravidade da DTM está relacionada ao comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos e ocorrência de transtorno de ansiedade (até 48% dos casos), depressão maior (8%-28%) ou abuso de substâncias psicoativas (14%-36%).³

Embora seja um distúrbio psiquiátrico, a maioria dos pacientes procura ajuda com dermatologistas e o diagnóstico diferencial deve ser feito com parasitose delirante, prurigo simplex, hebra subaguda e escabiose.⁴ Entre os pacientes com DTM que buscam ajuda, apenas 53% recebem o diagnóstico correto, feito por dermatologistas em 2,5% dos casos e por psiquiatras em 56%.¹ A DTM é um distúrbio crônico e o ato de mexer na pele geralmente é automático, apenas 24% dos indivíduos referem consciência acerca do hábito.⁵ Além das unhas, os pacientes podem usar objetos para manipular a pele, o que causa danos teciduais notáveis em 80% dos casos.¹

A gravidade da DTM e a resposta ao tratamento são avaliadas com diferentes instrumentos: escalas aplicadas por examinador, escalas autoaplicáveis de gravidade da DTM e escalas autoaplicáveis sobre o impacto gerado. A *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified to Neurotic Excoriation* (NE-YBOCS) é um instrumento confiável aplicado por examinador que avalia pensamentos e comportamentos relacionados ao hábito de mexer na pele durante os últimos sete dias, não avalia especificamente o

sofrimento social gerado.⁶ Entre as escalas autoaplicáveis, a *Skin Picking Scale* é um instrumento moderadamente confiável que avalia a gravidade da DTM durante a semana anterior e está correlacionada com sintomas depressivos.^{7,8} A *Skin Picking Symptom Assessment Scale* é um instrumento confiável menos usado, que avalia a gravidade dos sintomas durante os últimos sete dias.⁶ A *Skin Picking Reward Scale* é um instrumento confiável para avaliar os aspectos “gostar” e “querer” do hábito, sem definição do tempo de avaliação dos sintomas, influenciada pela autorreflexão sobre a doença.⁶ Todas essas medidas avaliam a frequência do hábito, mas não o sofrimento gerado ao paciente. A *Skin Picking Impact Scale* (SPIS), ou Escala de Impacto de Dermatotilexomania, é a única escala que avalia o impacto desse transtorno na vida do indivíduo. É uma escala autoaplicável, com alta confiabilidade, que aborda os sintomas nos últimos sete dias. A SPIS está diretamente relacionada com sintomas depressivos e ansiosos.⁹

Os instrumentos disponíveis para avaliar a DTM dependem da consciência do paciente sobre o hábito, o que não é comum. O NE-YBOCS também depende do conhecimento do clínico sobre a patologia, o que não é rotina para os dermatologistas, que geralmente são os primeiros profissionais acessados por pacientes que sofrem de DTM. Instrumentos autoaplicados também são influenciados pelos aspectos emocionais do paciente: ansiedade, depressão e evitação social, que são comorbidades frequentes. Além disso, a área do corpo acometida influencia diretamente as escalas; os pacientes com lesões na face geralmente apresentam uma pontuação alta devido ao maior impacto na autoestima.¹⁰ A maioria dos instrumentos avalia o hábito durante os últimos sete dias, embora se saiba que a DTM é uma doença crônica e que o tempo para curar feridas graves é mais longo. Apesar de haver diversos métodos de avaliação para essa patologia, nenhum estudo avaliou sua gravidade por meio de diferentes abordagens ao mesmo tempo.

Até hoje não existe uma maneira objetiva para avaliar os sintomas de DTM – ou seja, independentemente da consciência do paciente sobre o hábito ou outras condições emocionais. Uma vantagem potencial de uma avaliação fotográfica seria a redução do viés de aferição e o reconhecimento da gravidade das lesões de pele. Até onde sabemos, nenhuma medida fotográfica é validada para avaliar a DTM, apenas dois estudos na literatura fazem uso de fotografias, porém sem a criação de um instrumento validado e reprodutível.^{11,12}

Apesar da alta prevalência de DTM, até o momento nenhum instrumento para avaliar essa patologia foi validado para uso na população brasileira. Como o sofrimento gerado por essa doença na vida do indivíduo é uma informação importante e a SPIS, um instrumento de alta confiabilidade, foi previamente traduzida para o português brasileiro (Ferreira YA e Bedin, NR, dados não publicados), a validação desse instrumento para a população brasileira pode ser uma valiosa maneira de avaliar a DTM.

O objetivo deste estudo é validar a SPIS para a população brasileira e criar um instrumento de medida fotográfica (MF) aplicável por dermatologistas para avaliar a gravidade da DTM. Nosso estudo trabalha com a hipótese de que a SPIS e a MF podem ser confiáveis e facilmente usadas na prática clínica, a MF reflete mais diretamente a gravidade dos sintomas, independentemente das comorbidades. Desse modo, podemos aumentar as taxas de diagnóstico de DTM.

Métodos

Desenho do estudo e participantes

Trata-se de um estudo transversal com participantes selecionados por meio de chamamento público entre julho de 2014 e janeiro de 2018. O critério de inclusão foi o diagnóstico de DTM segundo entrevista diagnóstica estruturada pelo DSM 5.² Os critérios de exclusão foram transtorno psicótico atual, deficiência intelectual moderada ou grave (dois indivíduos excluídos) ou risco de suicídio (um indivíduo excluído), conforme entrevista clínica feita por residentes de psiquiatria treinados. Indivíduos que preencheram os critérios de exclusão receberam encaminhamento para recursos apropriados da comunidade.

O desfecho primário do estudo foi validar a SPIS para a população brasileira e criar um instrumento fotográfico (MF) válido para avaliar a gravidade da DTM. Desfechos secundários foram a correlação entre a MF e os instrumentos que avaliam comorbidades e o impacto da DTM na qualidade de vida, como o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) e a Escala de Impressão Clínica Global (CGI).^{13–17}

Procedimento e instrumentos

A entrevista diagnóstica inicial foi feita por psiquiatras ou médicos residentes de psiquiatria e discutida com um pesquisador sênior. Uma lista de verificação de sintomas de DTM de acordo com o DSM 5 foi aplicada² e o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) traduzido para o português em uma versão brasileira foi usado para avaliar comorbidades psiquiátricas.^{2,18,19} Após a inclusão no estudo,

dois avaliadores treinados com alta confiabilidade interavaliadores (coeficiente $\kappa = 0,9$) aplicaram o BDI, a HAM-A, a CGI e a SPIS traduzida para o português brasileiro.^{9,14,15,17} Os avaliadores também tiraram fotos das regiões corporais com lesões de pele ativas, com uma câmera do iPhone 7 com 12 megapixels, sem zoom, a uma distância de câmera até a pele de 20 a 30 centímetros, em um ângulo de 90 graus.

Para avaliação de sintomas depressivos usou-se a versão em português do BDI de 21 itens, validado para brasileiros, com pontuação de 0 a 63, em que um maior escore significa mais gravidade.^{13,14} Os sintomas de ansiedade foram avaliados pela HAM-A, questionário aplicado pelo entrevistador validado para o português, com 13 domínios de autorrelato e um domínio de impressão do entrevistador, varia de 0 a 56, em que os escores mais altos são mais graves.^{15,20} A avaliação do prejuízo funcional do paciente foi feita pela CGI, aplicada pelo entrevistador com escores de 1 (assintomático) a 7 (impacto muito grave).¹⁶ O impacto da DTM foi avaliado com a SPIS, um questionário autoaplicado traduzido para o português que avalia os sintomas da última semana com 10 itens, com pontuação entre 0 e 50, em que quanto maior impacto, maior é a pontuação.⁹

A MF foi desenvolvida por duas dermatologistas com experiência em DTM. Para avaliar lesões que refletem o hábito ativo em vez de cicatrizes de lesões antigas, o instrumento avaliou a gravidade das lesões em quatro categorias: escoriação; crosta/sangramento; exulceração; e lesões lineares. Cada categoria foi pontuada em uma escala Likert de gravidade crescente de 0 a 10, levou-se em consideração a gravidade de cada lesão e o número e tamanho das lesões. Todas as fotos foram analisadas pelas duas dermatologistas cegadas, que aplicaram a cada imagem o instrumento criado. Imagens do mesmo paciente foram pontuadas separadamente e em seguida uma média aritmética de todas as imagens foi criada por cada avaliador. Outra média aritmética foi criada com o escore final que cada dermatologista deu a cada paciente, resultou em uma pontuação média final para cada indivíduo.

Análise estatística e considerações éticas

A análise estatística foi feita no *software* R 3.3.1. Os dados foram analisados quanto a sua distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste qui-quadrado foi usado para comparar as variáveis –categóricas e correlações lineares foram feitas com a correlação de Spearman (rs). A análise fatorial exploratória foi feita com rotação oblíqua. A consistência das escalas foi examinada pelo coeficiente α de Cronbach. A estrutura do instrumento foi testada com análise fatorial confirmatória, que oferece uma variedade de testes e índices para avaliar a adequação dos dados a um modelo teórico. Os índices usados foram as estatísticas de ajuste do qui-quadrado, erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) e índice de Tucker-Lewis (TLI). Como recomendado pela literatura, foi considerado um bom modelo um RMSE < 0,06; um teste de ajuste quadrado $p > 0,05$ e TLI > 0,95.²¹ A confiabilidade da MF foi calculada pela concordância interobservador, com o Coeficiente de Correlação Intraclasse no modelo Efeito Aleatório Bidirecional, Avaliador Único e Concordância Absoluta, com valor $\geq 0,4$ considerado uma concordância moderada e um valor

Tabela 1 Características epidemiológicas e sociodemográficas da amostra

	Amostra (n = 63)
<i>Idade (anos), média (desvio-padrão)</i>	36,30 (13,72)
<i>Sexo feminino, n (%)</i>	56 (88,9)
<i>Escolaridade (anos), média (desvio-padrão)</i>	14,43 (3,53)
<i>Branco, n (%)</i>	54 (85,7)
<i>Estado civil, n (%)</i>	
Solteiro	33 (52,4)
Casado	19 (30,2)
<i>Religião, n (%)</i>	
Católica	21 (33,3)
Agnóstica	14 (22,2)
<i>Ocupação, n (%)</i>	
Empregado	25 (39,7)
Estudante	19 (30,2)
<i>Renda individual (R\$), mediana (mínimo-máximo)</i>	2,000 (0-28,000)
<i>Estressor desencadeante, n (%)</i>	21 (33,3)
<i>Idade de início, mediana (mínimo-máximo)</i>	14,5 (4-64)
<i>Tratamento prévio, n (%)</i>	
Nenhum	38 (60,3)
Medicação	11 (17,5)
<i>História familiar de DTM, n (%)</i>	16 (25,4)
<i>História familiar de transtorno psiquiátrico, n (%)</i>	26 (41,3)
<i>Comorbidades, n (%)</i>	
Episódio depressivo atual	16 (25,4)
Episódio depressivo passado	13 (20,6)
Distímia	4 (6,3)
Transtorno afetivo bipolar	6 (9,5)
Transtorno de pânico	18 (28,6)
Agorafobia	10 (15,9)
Ansiedade social	6 (9,5)
Transtorno obsessivo compulsivo	2 (3,2)
Transtorno de estresse pós-traumático	3 (4,8)
Alcoolismo	1 (2)
Bulimia nervosa	2 (3,2)
Transtorno de ansiedade generalizada	25 (39,7)
<i>Tratamento com psicotrópicos, n (%)</i>	
Inibidores seletivos de recaptção de serotonina	25 (39,68)
Antidepressivos duais	8 (12,69)
Antidepressivos tricíclicos	2 (3,17)
Antidepressivos atípicos (trazodona e bupropiona)	2 (3,17)
Estabilizadores de humor	9 (14,28)
Benzodiazepínicos/hipnóticos	5 (7,93)
Antipsicóticos	4 (6,34)
Estimulantes	1 (1,58)
<i>Escalas</i>	
SPIS, mediana (mínimo-máximo)	27,5 (3-48)
CGI mediana (mínimo-máximo)	5 (2-7)
BDI, média (desvio padrão)	15,66 (10,65)
HAM-A, média (desvio padrão)	28,41 (14,68)

%, percentual; BDI, Inventário de Depressão de Beck; CGI, Escala de Impressão Clínica Global; DMT, dermatotilexomania; HAM-A, Escala Hamilton de Ansiedade; n, número absoluto; SPIS, Escala de Impacto de Dermatotilexomania.

Instruções: Faça uma marca ao lado de todas as frases que você encontrar que sejam verdadeiras para você. Para aquelas indicações verdadeiras, assinale, por favor, o grau de severidade (0–5) na semana que passou.						
	Nenhum		Suave		Severo	
	0	1	2	3	4	5
1. Eu não olho as pessoas nos olhos por causa do ato de lesar a minha própria pele.						
2. Eu penso que minha vida social seria melhor se não fosse o ato de lesar a minha própria pele.						
3. Eu odeio minha aparência por causa do ato de lesar a minha própria pele.						
4. Eu demoro mais para sair por causa do ato de lesar a minha própria pele.						
5. Eu me sinto constrangido por causa do ato de lesar a minha própria pele.						
6. Há algumas coisas que eu não posso fazer por causa do ato de lesar a minha própria pele.						
7. Eu não me sinto atraente por causa do ato de lesar a minha própria pele.						
8. Levo mais tempo do que os outros para ficar pronto pela manhã por causa do ato de lesar a minha própria pele.						
9. Eu não gosto de pessoas me olhando por causa do ato de lesar a minha própria pele.						
10. Meus relacionamentos sofreram por causa do ato de lesar a minha própria pele.						

Figura 1 Escala de Impacto de Dermatotilexomania validada para português brasileiro.

$\geq 0,8$ a concordância perfeita.^{22,23} O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$. Os dados foram controlados para sintomas depressivos e ansiosos comórbidos.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa. Foram seguidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 466/12), conforme os princípios éticos da Declaração de Helsinque. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) sob o número de protocolo 1.197.672.²⁴

Resultados

O estudo incluiu 63 indivíduos. A [tabela 1](#) mostra as características epidemiológicas e sociodemográficas da amostra.

A validação da SPIS resultou em um α de Cronbach de 0,88. A análise fatorial exploratória mostrou uma escala de dois fatores, resultou em um RMSEA $< 0,00001$; um teste de ajuste de qui-Quadrado = 21,61; $p < 0,71$ e um índice de Tucker-Lewis - TLI = 1,034. A [figura 1](#) mostra a SPIS traduzida.

A MF criada pelos dois especialistas está apresentada na [figura 2](#). O α de Cronbach foi de 0,87 e a confiabilidade foi

moderada, com correlação intraclasse de 0,6. A [tabela 2](#) mostra as informações detalhadas sobre os escores da MF e os valores de confiabilidade. A análise fatorial exploratória encontrou um modelo de um fator, o item Escoriação Ativa teve a maior carga fatorial, de 0,978.

Na análise da correlação entre os instrumentos, a SPIS esteve diretamente correlacionada com os sintomas ansiosos e depressivos avaliados pelas escalas HAM-A e BDI. Por outro lado, a MF não foi correlacionada com a CGI nem com sintomas comórbidos ([tabela 3](#)).

Na avaliação dos pacientes de acordo com a região das lesões, aqueles com lesões na face apresentaram tendência de uma pontuação CGI maior do que os pacientes sem lesões no rosto, mas não alcançaram significância estatística (média = 4,95; desvio-padrão - DP = 1,22 vs. média = 4,32; DP = 1,29; $p = 0,08$).

Discussão

Este estudo validou a SPIS para o português brasileiro. Esse é um instrumento autoaplicável, não depende do conhecimento do médico sobre a DTM. Embora a DTM seja uma condição prevalente, muitos clínicos não estão familiariza-

Instrução: Para cada item, escolha uma pontuação em escala Likert de 0 até 10, apenas números inteiros, sendo "0" a menor gravidade e "10" a maior gravidade.										
1. Escoriação ativa:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Crosta/sangramento:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Exulceração:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Lesões lineares:										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Figura 2 Instrumento fotográfico para avaliar lesões de pele causadas por dermatotilexomania.

Tabela 2 Escores médios do instrumento de medida fotográfica na amostra e a correlação intraclasse entre avaliadores

Item	Avaliador 1	Avaliador 2	ICC	ICC (95%)
Escoriação ativa	2,4	2,83	0,718	[0,559; 0,825]
Crosta/sangramento	1,06	1,76	0,489	[0,196; 0,687]
Exulceração	0,72	1,6	0,438	[0,091; 0,666]
Lesões lineares	0,37	0,53	0,522	[0,305; 0,688]
Escore total	1,15	1,69	0,661	[0,319; 0,823]

ICC, correlação intraclasse; ICC (95%), correlação intraclasse e intervalo de confiança.

Tabela 3 Correlação de Spearman entre instrumentos de avaliação

Instrumento	CGI	SPIS	HAM-A	BDI	MF
CGI	1	0,69 ^a	0,5 ^a	0,66 ^a	0,1
SPIS		1	0,53 ^a	0,61 ^a	0,11
HAM-A			1	0,78 ^a	0,02
BDI				1	0,11

BDI, Inventário de Depressão de Beck; CGI, Impressão Clínica Global; HAM-A, Escala Hamilton de Ansiedade; MF, instrumento de medida fotográfica; SPIS, Escala de Impacto de Dermatotilexomania.

^a Valor de $p < 0,05$.

dos com esse diagnóstico e, em muitos casos, os profissionais não psiquiatras são os primeiros procurados pelos pacientes, o que leva a uma subestimação no diagnóstico. Ter uma escala autoaplicável capaz de ser usada por todos os profissionais de saúde é uma forma adequada de melhorar a avaliação da DTM e superar a barreira atual de baixo encaminhamento ao tratamento.^{1,4}

Para avaliar de modo objetivo as lesões da DTM, dermatologistas criaram uma MF, que avalia a gravidade das lesões ativas na pele. Até o momento, apesar de haver muitas escalas para avaliar a DTM, não há instrumento para avaliar diretamente as lesões geradas. Sabe-se que os pacientes podem causar lesões graves, por vezes usam objetos para manipular a pele, ocasionam infecções e, em casos mais extremos, septicemia e morte.²⁵ A gravidade da lesão nem sempre está associada ao impacto causado na vida do indivíduo, visto que pacientes com pequenas lesões na face podem ter maior pontuação na SPIS do que pacientes com lesões extensas, mas cobertas.¹⁰ A MF criada neste estudo é um instrumento adequado para avaliar lesões causadas pela DTM, melhorar o diagnóstico de lesões graves não

avaliadas por escalas existentes e conduzir a um tratamento mais precoce. Esse instrumento foi facilmente aplicado por diferentes avaliadores.

Como esperado, a versão brasileira da SPIS teve uma correlação positiva com o estado clínico global do paciente e os sintomas depressivos e ansiosos. As altas taxas de síndrome depressiva e/ou ansiosa encontradas nesse estudo refletem os altos índices de comorbidade já sugeridos pela literatura. A MF criada não teve correlação com sintomas comórbidos, com o estado clínico global ou a SPIS, sugerem que a gravidade da lesão não está associada ao impacto na vida do paciente. De fato, as dermatologistas deste estudo subestimaram a gravidade do impacto da DTM ao avaliar apenas as lesões cutâneas. Embora não estatisticamente significativa, este estudo encontrou uma condição clínica global mais grave naqueles pacientes com lesões mais expostas, independentemente da gravidade da lesão, o que está de acordo com a literatura.¹⁰

Nossos resultados devem ser interpretados à luz de algumas limitações. Nossa amostra foi coletada por meio de chamamento público, o que pode ter gerado um viés de

seleção, pois pacientes com baixo impacto ocasionado pela DTM, apesar de apresentar lesões graves, podem não ter se sentido motivados para buscar ajuda em nosso serviço. Por outro lado, pacientes com impacto de vida extremamente grave e conseqüente comprometimento social podem não ter sentido condições de buscar espontaneamente assistência médica. Os pontos fortes deste estudo são o tamanho da amostra, poderoso em comparação com estudos anteriores, os métodos estatísticos bem estabelecidos e os resultados inovadores.^{22,26,27}

Conclusão

A versão brasileira da SPIS é um instrumento válido e confiável para avaliar a gravidade da DTM e seu impacto na vida de indivíduos brasileiros, facilmente aplicável por psiquiatras e clínicos não psiquiatras. Uma MF para avaliar a gravidade das lesões causadas pela DTM pode ser aplicada por dermatologistas e reflete objetivamente a gravidade da lesão, embora não reflita o sofrimento do indivíduo. Para melhorar a acurácia no diagnóstico da DTM, ambos os instrumentos devem ser aplicados na avaliação do paciente. Espera-se que novos estudos avaliem o uso da SPIS brasileira quando empregada para avaliar a resposta ao tratamento. Além disso, estudos futuros devem avaliar se o instrumento de MF pode ser aplicado por não dermatologistas e se pode ser uma maneira confiável de avaliar a melhoria do paciente após o tratamento.

Suporte financeiro

Bolsa de estudos fornecida ao primeiro autor pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do Ministério da Educação.

Contribuição dos autores

Alice Castro Menezes Xavier: análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Camila Maria Barbieri de Souza: aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Luís Henrique Fernandes Flores: aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Clarissa Prati: concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa.

Cecilia Cassal: concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Carolina Blaya Dreher: análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Agradecimentos

Ao MEC - Fundação Coordenação Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo subsídio concedido à primeira autora. À FAPERGS (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul), pela bolsa de estudo concedida ao autor Luis Henrique Fernandes Flores.

Referências

1. Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *J Anxiety Disord.* 2011;25:88-95.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5.ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
3. Grant JE, Chamberlain SR. Clinical correlates of symptom severity in skin picking disorder. *Compr Psychiatry.* 2017;78:25-30.
4. Anzengruber F, Ruhwinkel K, Ghosh A, Klaghofer R, Lang UE, Navarini AA. Wide range of age of onset and low referral rates to psychiatry in a large cohort of acne excoriée at a Swiss tertiary hospital. *J Dermatolog Treat.* 2018;29:277-80.
5. Walther MR, Flessner CA, Conelea CA, Woods DW. The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2009;40:127-35.
6. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathologic skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol.* 2010;30:396-403.
7. Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. The Skin Picking Scale: scale construction and psychometric analyses. *J Psychosom Res.* 2001;50:337-41.
8. Snorrason I, Ólafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The Skin Picking Scale-revised: factor structure and psychometric properties. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2012;1:133-7.
9. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, Engelhard I, Forker A, O'Sullivan RL, et al. The Skin Picking Impact Scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics.* 2001;42:397-403.
10. Snorrason I, Ólafsson RP, Flessner CA, Keuthen NJ, Franklin ME, Woods DW. The Skin Picking Impact Scale: factor structure, validity and development of a short version. *Scand J Psychol.* 2013;54:344-8.
11. Teng EJ, Woods DW, Twhig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. *Behav Modif.* 2006;30:411-22.
12. Schuck K, Keijsers GP, Rinck M. The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. *Behav Res Ther.* 2011;49:11-7.

13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.
14. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29:453–7.
15. Kummer A, Cardoso F, Teixeira AL. Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010;68:495–501.
16. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impression Scale - applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4:28–37.
17. Lima MS, Soares BG, Paoliello G, Machado Vieira R, Martins CM, Mota Neto JI, et al. The Portuguese version of the Clinical Global Impression - Schizophrenia Scale: validation study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29:246–9.
18. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22–33.
19. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:106–15.
20. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50–5.
21. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005.
22. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales - a practical guide to their development and use. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 399.
23. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159–74.
24. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*. 12/12/2012.
25. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry*. 2012;169:1143–9.
26. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry*. 2007;62:839–46.
27. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equating Model*. 1999;6:1–55.