



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

ALICE CASTRO MENEZES XAVIER

**SOSKIN®: ESTRATÉGIA DIGITAL PARA TRATAMENTO DE
PSICODERMATOSES**

Porto Alegre

2023

ALICE CASTRO MENEZES XAVIER

**SOSKIN®: ESTRATÉGIA DIGITAL PARA TRATAMENTO DE
PSICODERMATOSES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psiquiatria.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Blaya Dreher
Coorientadora: Profa. Dra. Gisele Gus Manfro

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Castro Menezes Xavier, Alice
SOSKIN®: estratégia digital para tratamento de
psicodermatoses / Alice Castro Menezes Xavier. --
2023.

77 f.

Orientadora: Carolina Blaya Dreher.

Coorientadora: Gisele Gus Manfro.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Transtorno de Escoriação. 2. Intervenções
digitais. 3. Terapia Cognitivo-comportamental. 4.
Psicometria. I. Blaya Dreher, Carolina, orient. II.
Gus Manfro, Gisele, coorient. III. Título.

ALICE CASTRO MENEZES XAVIER

SOSKIN®: ESTRATÉGIA DIGITAL PARA TRATAMENTO DE PSICODERMATOSES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psiquiatria.

Aprovado em: 03/08/2023

BANCA EXAMINADORA

Dr. Arthur Caye

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Ellen Cristina Batista de Oliveira

Universidade de São Paulo

Dr. Paulo Ricardo Martins Souza

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profa. Dra. Carolina Blaya Dreher (orientadora)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Gisele Gus Manfro (coorientadora)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico esse trabalho a todas as pesquisadoras que contribuem para o avanço da ciência, especialmente àquelas que cruzaram meu caminho e de alguma forma me inspiraram.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Carolina Blaya Dreher, por ser fonte de inspiração e de suporte ao longos dos últimos 10 anos, sempre depositando confiança em meu trabalho.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Gisele Gus Manfro, que é um exemplo de profissional e ser humano.

Aos colegas do Programa de Transtornos de Ansiedade (PROTAN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelos anos de encontros semanais regados a ciência e risadas.

À minha colega e amiga Malu Joyce de Amorim Macelo pelos incontáveis cafés produtivos, em que tanto trabalhamos e tanto trocamos.

Ao meu marido, Patrício Bianco, pela compreensão e apoio em todos os meus projetos.

À minha família pelo eterno incentivo na minha caminhada.

Ao meu filho que está à caminho, Vicente, que já me inspira a evoluir sempre.

Ao Programa de Pós Graduação em Psiquiatria da UFRGS e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre por me proporcionar todas as ferramentas para desenvolver essa pesquisa, sendo ambientes de constante aprendizado.

RESUMO

Introdução: O Transtorno de Escoriação (TE) afeta até 3,1% da população, mas menos da metade dos pacientes é diagnosticada corretamente. Até esse momento, não há medicação aprovada para tratamento do TE e o tratamento de primeira linha é a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), embora apenas 20% dos pacientes tenham acesso a essa intervenção. A pandemia da COVID-19 expandiu o uso da Telepsiquiatria e mostrou que essa ferramenta é bem aceita por pacientes e profissionais, sendo tão eficaz quanto o tratamento presencial para diversos transtornos mentais. Os objetivos desse trabalho são adaptar uma escala de avaliação do TE para auxiliar na acurácia do diagnóstico do transtorno e desenvolver uma ferramenta digital com materiais de psicoeducação e com um protocolo de TCC online autoaplicada para tratar TE. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado, cegado e controlado que incluiu adultos brasileiros com diagnóstico primário de TE. Para validar a escala *Skin Picking Scale-Revised* (SPS-R) e avaliar a sintomatologia antes e após a intervenção foram aplicadas as escalas: SPS-R, Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI), *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) e Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9). A análise fatorial confirmatória (CFA) foi realizada para validar a SPS-R e a correlação de Pearson (r) foi usada para avaliar a relação entre os instrumentos. As intervenções testadas foram 4 sessões de TCC online (plataforma SOSkin®) ou controle ativo. As escalas foram aplicadas antes, durante, no final, 1 mês após e 3 meses após as intervenções. A avaliação da eficácia das intervenções foi realizada pelo modelo de equações estimadas generalizadas (GEE). A usabilidade do SOSkin® foi avaliada por meio da Escala de Usabilidade do Sistema (SUS). **Resultados:** No total 163 pacientes foram incluídos. A SPS-R demonstrou boa consistência interna (coeficiente de Cronbach=0,84). A CFA encontrou um bom ajuste ao modelo de acordo com todos os índices e se correlacionou com a DLQI ($r = 0,73$), a GAD-7 ($r = 0,51$) e a PHQ-9 ($r = 0,43$). A amostra apresentou alta prevalência de transtornos psiquiátricos, principalmente transtorno de ansiedade generalizada (62,1%) e episódio depressivo atual (32,3%) e passado (37,1%). Em relação à eficácia do SOSkin®, não houve diferença entre os grupos TCC e controle nas taxas de adesão (66,3% vs. 80,7%, $p=0,055$). O SOSkin® mostrou excelente usabilidade (SUS=82,5). Os pacientes melhoraram significativamente após as intervenções e a TCC foi superior ao controle na melhora da SPS-R (tamanho do efeito de $g=0,87$), DLQI ($g=1,05$) e sintomas de ansiedade ($g=0,27$). A melhora da SPS-R foi mantida após 3 meses de acompanhamento ($g=0,73$). A taxa de remissão foi maior com TCC em comparação com o controle: 25,4% vs. 9,1% após a intervenção ($p= 0,01$) e 48% vs. 19,4% no acompanhamento de 3 meses ($p=0,04$). **Conclusão:** A SPS-R é válida para uso na população brasileira. Pacientes com TE apresentam alta comorbidade com transtornos depressivos e ansiosos e a gravidade do TE está diretamente relacionada com a gravidade da depressão, da ansiedade e do prejuízo na qualidade de vida. A SOSkin® é uma intervenção fácil de usar e eficaz para tratar o TE, melhorando a gravidade e o impacto desta condição, bem como a qualidade de vida dos pacientes de forma sustentada após 3 meses de acompanhamento.

Palavras-chave: Transtorno de escoriação; intervenção digital; terapia cognitivo-comportamental; validação psicométrica; TCC online.

ABSTRACT

Introduction: Excoriation Disorder (ED) affects up to 3.1% of the population but less than half of patients are correctly diagnosed. There is no medication approved for the treatment of ED and the first-line treatment is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), but only 20% of patients have access to this intervention. The COVID-19 pandemic expanded the use of Telepsychiatry and showed that this tool is well accepted by patients and professionals, being as effective as face-to-face treatment for various mental disorders. The objectives of this work are to adapt an ED rating scale to increase the rates of diagnosis of the disorder and to develop a digital tool with psychoeducation materials and with a self-administered online CBT protocol to treat ED. **Methods:** This is a randomized, blinded, controlled clinical trial that included Brazilian adults with a primary diagnosis of ED. In order to validate the Skin Picking Scale-Revised (SPS-R) scale and to assess symptoms before and after the intervention, the following scales were applied: SPS-R, Dermatology Quality of Life Index (DLQI), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD -7) and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Confirmatory factor analysis (CFA) was performed to validate the SPS-R and Pearson's correlation (r) was used to assess the relationship between the instruments. The interventions tested were 4 online CBT sessions (SOSkin® platform) or active control. The scales were applied before, in the middle, at the end, 1 month after and 3 months after the interventions. The evaluation of the effectiveness of interventions was carried out using the model of generalized estimated equations (GEE). The usability of SOSkin® was evaluated using the System Usability Scale (SUS). **Results:** A total of 163 patients were included. The SPS-R demonstrated good internal consistency (Cronbach's coefficient=0.84). The CFA found a good fit to the model according to all indices and was directly correlated with the DLQI ($r = 0.73$), the GAD-7 ($r = 0.51$) and the PHQ-9 ($r = 0.43$). The sample showed a high prevalence of psychiatric disorders, mainly generalized anxiety disorder (62.1%) and current (32.3%) and past (37.1%) depressive episodes. Regarding SOSkin® efficacy, there was no difference between CBT and control groups in adherence rates (66.3% vs. 80.7%, $p=0.055$). SOSkin® showed excellent usability (SUS=82.5). Patients improved significantly after interventions and CBT was superior to control in improving SPS-R (effect size of $g=0.87$), DLQI ($g=1.05$) and anxiety symptoms ($g=0.27$). The improvement in SPS-R was maintained after 3 months of follow-up ($g=0.73$). The remission rate was higher with CBT compared to the control: 25.4% vs. 9.1% after the intervention ($p= 0.01$) and 48% vs. 19.4% at the 3-month follow-up ($p=0.04$). **Conclusion:** The SPS-R is valid for use in the Brazilian population. Patients with ED have high comorbidity with depressive and anxiety disorders and the severity of ED is directly related to the severity of depression, anxiety and impairment in quality of life. SOSkin® is an easy-to-use and effective intervention to treat ED, improving the severity and impact of this condition, as well as the patients' quality of life, sustaining gains after 3 months of follow-up.

Keywords: Excoriation disorder; digital intervention; cognitive behavioral therapy; psychometric validation; online CBT.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma com a logística dos estudos.....	24
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação das patologias psicodermatológicas.....	28
Tabela 2 - Critérios diagnósticos do Transtorno de Escoriação, segundo o DSM 5-TR.....	30
Tabela 3 - Instrumentos para avaliação do Transtorno de Escoriação.....	34
Tabela 4: Protocolo de Rothbaum Adaptado para Transtorno de Escoriação.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
TE	Transtorno de Escoriação
TCC	Terapia Cognitivo-comportamental
TOC	Transtorno Obsessivo-compulsivo
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
SPS-R	<i>Skin Picking Scale-Revised</i>
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder - 7</i>
DLQI	Escala de qualidade de vida em dermatologia
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire - 9</i>
TRH	Terapia de Reversão de Hábito
SUS	Escala de Usabilidade do Sistema
IC	Intervalo de Confiança

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA	177
3. HIPÓTESES.....	19
4. OBJETIVOS	20
5.MÉTODOS.....	21
6. REVISÃO DA LITERATURA.....	28
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	422
7.1.1. CAPÍTULO DE LIVRO 1	433
7.1.2. ARTIGO 1.....	44
7.1.3. ARTIGO 2.....	45
7.2 DISCUSSÃO	46
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
9. REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	60
APÊNDICE B – ESCALA SKIN PICKING SCALE-REVISED TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS.....	63
APÊNDICE C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2.....	66
APÊNDICE D – IMAGENS DO PRODUTO SOSKIN®.....	67
ANEXO A – SKIN PICKING SCALE-REVISED.....	69
ANEXO B - ESCALA DE ANSIEDADE GENERALIZADA -7 (GAD 7).....	72
ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE - 9 (PHQ-9).....	73
ANEXO D - ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA - DLQI..	74
ANEXO E - ESCALA DE USABILIDADE DO SISTEMA (SUS).....	76

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Escoriação, também conhecido pelo nome de Dermatotilexomania ou pelo inglês “Skin Picking” é reconhecido há muitos séculos, contudo foi apenas em 2013, com o lançamento da quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) que esse quadro foi reconhecido como um diagnóstico psiquiátrico (ASSOCIATION, 2013). As características diagnósticas desse transtorno são: presença do hábito recorrente de causar feridas na própria pele, repetidas tentativas de controlar esse hábito, prejuízo funcional em diversas áreas da vida, ausência de outra explicação médica para os sintomas (como uma doença de pele ou uso de alguma medicação) e ausência de outro transtorno mental que explique os sintomas (como presença de alucinações táteis) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). A prevalência desse transtorno varia entre os estudos, mas afeta, em média, 3% da população mundial, existindo um estudo na população brasileira que encontrou uma prevalência de 3,4% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; MACHADO et al., 2018).

O pico de incidência do Transtorno de Escoriação é no início da adolescência e seu curso tende a ser crônico, com períodos de melhora e outros de piora, com aproximadamente 75% dos pacientes afetados referindo alto impacto negativo na qualidade de vida (TUCKER et al., 2011). Além do prejuízo psicossocial, muitos pacientes apresentam complicações clínicas e dermatológicas, como infecções de repetição e cicatrizes na pele, havendo inclusive relatos de óbito em função de infecções generalizadas graves (GRANT et al., 2012). Além disso, as comorbidades psiquiátricas são frequentes nesses pacientes, especialmente os transtornos depressivos e ansiosos, que costumam acometer mais de 30% dos casos, além dos transtornos aditivos por substâncias psicoativas e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (XAVIER et al., 2022).

O diagnóstico do TE é baseado na entrevista clínica segundo os critérios do DSM 5-TR, não existindo algum exame complementar que faça o diagnóstico da patologia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). Escalas psicométricas podem ser utilizadas com a finalidade de complementar o detalhamento dos sintomas, avaliando objetivamente a gravidade da patologia, seu impacto na vida do indivíduo e também qual subtipo principal de hábito o indivíduo apresenta: focal/consciente (o paciente tem consciência sobre o hábito) ou automático (o paciente pratica o hábito com pouca consciência a respeito dele). Esses instrumentos complementares permitem também um acompanhamento objetivo da melhora do hábito ao longo do tratamento. Contudo, apesar de existirem

diferentes instrumentos psicométricos atualmente para avaliar o TE, apenas um deles é validado para uso na população brasileira: a escala de impacto do TE (*Skin Picking Impact Scale*) (XAVIER, 2019). Essa escala avalia o impacto do TE na vida do indivíduo, porém, não avalia a gravidade das lesões de pele em si, o que é um limitador, visto que gravidade da lesão e impacto são dimensões diferentes: pacientes com lesões em áreas aparentes, como o rosto, tendem a ter maior impacto, ao passo que pacientes com lesões em áreas ocultas, como glúteo, podem apresentar lesões mais profundas porém possuem menos impacto psicossocial (XAVIER, 2019).

Apesar da alta prevalência e impacto do Transtorno de Escoriação, estudos sobre esse tema ainda são escassos. Em relação ao tratamento dessa condição, até o momento, não existe medicação aprovada para uso nesse quadro, tendo sido testados diversos psicofármacos, porém a sua maioria com achados conflitantes. Segundo as metanálises mais recentes, o tratamento de primeira linha do Transtorno de Escoriação é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) baseada em técnicas de reversão de hábito (LOCHNER, 2017; SCHUMER; BARTLEY; BLOCH, 2016). O Protocolo de Rothbaum, utilizado desde 1992 para tratamento da Tricotilomania, já foi adaptado para uso em pacientes brasileiros com TE mostrando-se eficaz na melhora dessa patologia e dos sintomas comórbidos depressivos e ansiosos, tanto se aplicado de forma individual quanto em grupo. (XAVIER et al., 2020).

Contudo, mesmo a TCC sendo considerada eficaz, essa terapia requer treinamento intenso do profissional e atualmente há uma carência de profissionais treinados (KEUTHEN, 2015), o que faz com que esse tratamento seja acessível apenas a uma minoria de pacientes, explicando o achado de que, dos pacientes com Transtorno de Escoriação que buscam tratamento, somente 53% recebem o diagnóstico correto e mais de 57% não ficam satisfeitos com o tratamento recebido (TUCKER et al., 2011). Além disso, dados mostram que na prática menos de 20% dos pacientes com TE de fato recebem tratamento com a TCC (GRANT; CHAMBERLAIN, 2021). Uma provável explicação para a baixa procura dos pacientes por tratamento é o desconhecimento deles acerca do seu diagnóstico e da possibilidade de tratamento, visto que o Transtorno de Escoriação foi definido como diagnóstico apenas recentemente, em 2013 (ASSOCIATION, 2013). Outra provável explicação é o desconhecimento dos profissionais da saúde acerca das características do TE, o que limita as taxas de diagnóstico e tratamento bem sucedidos (AZAMBUJA, 2017).

Com a eclosão da pandemia pela COVID-19 o mundo se viu diante da necessidade de ampliar o uso da Telemedicina, visto que barreiras físicas foram impostas para a redução do contágio pelo vírus. Apesar de no início alguns profissionais terem dificuldade para se

adaptar a essa nova realidade, a telemedicina mostrou-se uma ferramenta eficaz para a maioria dos pacientes e também capaz de reduzir as barreiras geográficas (XAVIER et al., 2023). Estudos que avaliaram a eficácia do uso da telemedicina em psiquiatria encontraram que a mesma se mostrou tão eficaz quanto o atendimento presencial para a maioria dos pacientes, e foi capaz de aumentar a oferta de especialistas, levando tratamento para áreas remotas e atendendo pacientes que antes não teriam acesso ao profissional de saúde mental (CARLO et al., 2021). Além disso, a telepsiquiatria pode ser uma ferramenta de menor custo quando comparada ao tratamento presencial (RICHARDS et al., 2018). Intervenções digitais utilizando TCC também já foram testadas por diversos estudos, mostrando-se tão eficazes quanto a TCC presencial para diferentes contextos, como transtornos depressivos, ansiosos, e transtorno obsessivo-compulsivo, mesmo quando o tratamento foi autoaplicado, ou seja, sem suporte de um terapeuta (DÈTTORE; POZZA; ANDERSSON, 2015; PANG et al., 2021; TRENOSKA BASILE; NEWTON-JOHN; WOOTTON, 2022). Até o momento, três estudos testaram intervenções digitais baseadas em TCC para tratar o TE (FLESSNER et al., 2007; GALLINAT et al., 2019; MORITZ et al., 2012). Os três estudos mostraram que a intervenção online é eficaz, mas apresentaram algumas limitações metodológicas, especialmente: diagnóstico de TE autodeclarado, sem confirmação por um profissional; alta taxa de abandono e ausência de intervenção controle.

Em suma, o Transtorno de Escoriação é um quadro prevalente, com alto impacto negativo sobre a vida dos pacientes e altamente associado aos transtornos depressivos e ansiosos. Apesar disso, estudos sobre o tema são ainda poucos e recentes. O diagnóstico do TE é baseado na entrevista clínica e pode ser complementado por escalas psicométricas, contudo o conhecimento dos profissionais acerca do tema é escasso e apenas 1 instrumento foi validado para uso na população brasileira, o qual não avalia ambos os aspectos do TE: gravidade das lesões de pele e impacto da patologia na vida do indivíduo. A única ferramenta considerada eficaz para tratar o Transtorno de Escoriação é a TCC, contudo, ela é de difícil acesso e menos da metade dos pacientes recebe esse tratamento. Visto que a TCC em formato online já se mostrou eficaz para diferentes transtornos psiquiátricos, mesmo quando aplicada sem supervisão de um terapeuta, e que dados preliminares mostram sua eficácia também no tratamento do TE, é possível que uma estratégia digital de tratamento do Transtorno de Escoriação baseada na TCC, avaliada através de um robusto ensaio clínico, seja eficaz e aumente significativamente o conhecimento dos profissionais sobre o tema, as taxas de diagnóstico e o acesso dos pacientes ao tratamento. Além disso, é esperado que a validação de um instrumento que avalie objetivamente a gravidade de lesões de pele e impacto do hábito

em pacientes brasileiros com TE melhore o acompanhamento do tratamento desses indivíduos.

2. JUSTIFICATIVA

- O Transtorno de Escoriação (TE) possui alta prevalência e impacto na população, tanto decorrente dos seus sintomas diretos quanto decorrente da sua alta taxa de comorbidade com depressão, ansiedade, abuso de substâncias psicoativas, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e doenças dermatológicas, sendo que essas últimas podem ser gatilhos e/ou consequência do hábito de escoriar a pele (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; MACHADO et al., 2018; SPITZER et al., 2022). Menos da metade dos pacientes com TE busca tratamento e, dos que buscam, apenas a metade é diagnosticada corretamente. O reconhecimento dos critérios diagnósticos do TE ainda é muito baixo, tanto entre a população leiga quanto entre os profissionais da saúde, explicando o baixo reconhecimento dessa patologia (ANZENGRUBER et al., 2017; JAFFERANY; PATEL, 2019; TUCKER et al., 2011). O diagnóstico do TE é feito através da entrevista baseada nos critérios do DSM 5-TR e algumas escalas podem ser utilizadas para avaliar objetivamente a gravidade, o impacto e o subtipo do hábito e do comportamento (JAFFERANY; PATEL, 2019). Além disso, os instrumentos auxiliam na avaliação da resposta do paciente ao tratamento, porém, até o momento, apenas uma escala foi validada para o uso na população brasileira, e ela avalia apenas o impacto do TE, não sendo capaz de avaliar isoladamente a gravidade do hábito e das lesões (XAVIER, 2019).

- O tratamento do TE se baseia na Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) focada em técnicas de reversão de hábito associadas a técnicas de manejo emocional e de reestruturação cognitiva (BLOCH et al., 2007; LOCHNER, 2017; SCHUMER; BARTLEY; BLOCH, 2016). Até o momento, não existe medicação aprovada para o tratamento do TE (SANI et al., 2019). Apesar da eficácia comprovada por diferentes estudos, a TCC é disponível para menos de 20% dos pacientes, sendo esse fato explicado por: baixa oferta de terapeutas treinados, ausência de terapeutas em regiões remotas e alto custo de um tratamento semanal oferecido por especialista (GRANT; CHAMBERLAIN, 2021).

- A Telepsiquiatria expandiu seu uso após a pandemia da COVID-19 e mostrou-se uma ferramenta capaz de aumentar o acesso dos pacientes ao tratamento em saúde mental, reduzindo distâncias e custos e mantendo a eficácia semelhante ao tratamento presencial (SMITH et al., 2020). Diversos estudos avaliaram a eficácia da TCC para o tratamento de transtornos mentais e encontraram que esse formato é eficaz mesmo quando autoaplicado sem o suporte de um terapeuta (DÈTTORE; POZZA; ANDERSSON, 2015; PANG et al., 2021; PAULEY et al., 2021). Até o momento, três estudos testaram a TCC em formato online para

tratar TE, porém com baixa qualidade metodológica e em populações de países desenvolvidos (FLESSNER et al., 2007; GALLINAT et al., 2019; MORITZ et al., 2012).

Desta forma, o presente estudo será capaz de preencher as lacunas existentes na literatura no que se refere ao diagnóstico e à oferta de tratamento do Transtorno de Escoriação. Isso será possível através do aumento do conhecimento sobre o tema por profissionais e pacientes, da avaliação da gravidade e impacto do transtorno por uma escala validada e do aumento da oferta de tratamento com uma intervenção de primeira linha em formato digital, o que a torna mais acessível e de baixo custo.

3. HIPÓTESES:

H1: INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO APRESENTARÃO ALTA PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS E DERMATOLÓGICAS EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA.

H2: A *Skin Picking Scale-Revised* é passível de ser adaptada para uso na população brasileira mantendo suas propriedades psicométricas originais.

H3: A plataforma digital SOSKIN[®] é uma ferramenta de fácil usabilidade

H4: O protocolo de Terapia Cognitivo-comportamental via internet autoaplicado é eficaz no tratamento do Transtorno de Escoriação, sendo superior ao controle comparativo que consiste em orientações sobre qualidade de vida.

H4a: O protocolo de TCC melhora os sintomas específicos do TE e também a qualidade de vida do paciente

H4b: O protocolo de TCC melhora os sintomas de depressão e ansiedade comórbidos.

H4c: A melhora dos sintomas após o protocolo de TCC é mantida mesmo após 3 meses do término da intervenção

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Desenvolver uma plataforma digital que aumente o conhecimento da população e dos profissionais da saúde sobre o Transtorno de Escoriação, que forneça uma escala psicométrica validada para avaliação da gravidade e do impacto do TE e que também ofereça uma intervenção de Terapia Cognitivo-comportamental autoaplicada para o tratamento do TE.

4.2 Objetivos específicos

- Desenvolver uma plataforma digital que abranja informações para alertar e psicoeducar pacientes e profissionais da saúde sobre a relação mente-cérebro, as psicodermatoses, as dermatoses crônicas e o Transtorno de Escoriação, fornecendo informações que incentivem o reconhecimento da patologia, a busca por tratamento multidisciplinar e a adesão aos tratamentos com técnicas cognitivo-comportamentais.

- Validar a escala *Skin Picking Scale-Revised* para a população brasileira, tornando ela um instrumento acessível que apoie o profissional de saúde no reconhecimento da gravidade e do impacto do Transtorno de Escoriação na vida do paciente, bem como a evolução dos sintomas ao longo do tratamento.

- Criar e avaliar a eficácia de uma ferramenta digital de Terapia Cognitivo-comportamental autoaplicada para o tratamento do Transtorno de Escoriação comparada a um controle ativo em um ensaio clínico randomizado e cegado com pacientes com diagnóstico confirmado de Transtorno de Escoriação.

5. MÉTODOS

Trata-se de um ensaio clínico randomizado controlado e cegado, dividido em dois estudos:

Estudo 1: Avaliação das comorbidades psiquiátricas e dermatológicas em pacientes com Transtorno de Escoriação e validação da *Skin Picking Scale Revised* para a população brasileira.

Estudo 2: Desenvolvimento de uma plataforma digital para psicoeducação sobre dermatoses crônicas e transtorno de escoriação (TA) com textos rápidos, vídeos e ilustrações, e criação de uma intervenção de TCC autoaplicada pela internet para pacientes com TE com avaliação da sua eficácia.

Amostra:

Indivíduos com Transtorno de Escoriação diagnosticado por médico dermatologista e/ou médico psiquiatra e com acesso à internet. A amostra foi coletada por meio da divulgação do estudo nas redes sociais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de fundações que apoiam estudos acerca de psicodermatoses e de organizações de pacientes sobre o tema. O tamanho amostral foi calculado com base em um estudo anterior usando TCC remota para o tratamento de indivíduos alemães com TE que encontrou um tamanho de efeito $d=0,64$ (GALLINAT et al., 2019). Para um poder estatístico de 95% e um erro alfa de 5%, estimando perdas de 20% resultou em um tamanho amostral de $N=160$.

Critérios de inclusão:

- Idade a partir de 18 anos
- Acesso à internet
- Diagnóstico de dermatotilexomania

(os pacientes poderiam ter diagnóstico ou não de dermatoses primárias, como acne, dermatite atópica, psoríase e rosácea)

Critérios de exclusão:

- Demência
- Transtorno psicótico agudo, transtorno de humor bipolar em episódio agudo, transtorno por uso de substâncias psicoativas (exceto tabaco), episódio depressivo grave ou ideação suicida

Instrumentos utilizados:

- *Skin Picking Scale-Revised*: instrumento autoaplicável para avaliar a gravidade e o impacto do TE. A versão original em inglês possui moderada confiabilidade e consiste em 8 itens, com uma contagem total variando de 0 a 32, avaliando os sintomas durante a semana anterior. A escala possui dois fatores: um de gravidade (questões 1 a 4) e outro de impacto (questões 5 a 8) (SNORRASON et al., 2012) (Ver escala no Anexo A).

- Escala GAD-7: é um questionário de ansiedade auto aplicável com 7 itens, que avalia sintomas ansiosos durante as duas semanas anteriores. Os itens indagam sobre o grau em que o paciente foi incomodado por se sentir nervoso ou ansioso, não sendo capaz de controlar a preocupação, se preocupando demais com coisas diferentes, tendo problemas para relaxar, ficando inquieto, facilmente irritado ou com medo excessivo. Tem alta sensibilidade e especificidade para diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada e moderada sensibilidade para diagnóstico de outros transtornos ansiosos. A escala é validada para uso na população brasileira (SILVA et al., 2018) (ver escala no Anexo B).

- Escala PHQ-9: constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5). A escala pode ser auto aplicada e já foi traduzida para o português brasileiro (SANTOS et al., 2013) (ver escala no Anexo C).

- Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI): ferramenta utilizada para avaliar o impacto das dermatoses na qualidade de vida do paciente, composta por 10 perguntas sobre sintomas e sensações na última semana em diferentes domínios, como atividades diárias, trabalho e relações pessoais (BASRA et al., 2015) (ver escala no Anexo D).

- Questionário MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM- IV e da CID-10, para avaliar as principais comorbidades psiquiátricas. Esse questionário é validado para uso na população brasileira (AMORIM, 2000). Nesse estudo foram avaliadas as comorbidades: depressão maior, distímia, transtorno bipolar, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por dependência ou abuso de substâncias psicoativas, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno psicótico, transtorno de personalidade antissocial, bem como o risco de suicídio. Os critérios foram adaptados para o DSM-5 da seguinte forma: quando existia alguma alteração no questionário no DSM-5 em relação ao DSM IV, eram realizadas as perguntas segundo o DSM-5.

Logística dos estudos:

Estudo 1:

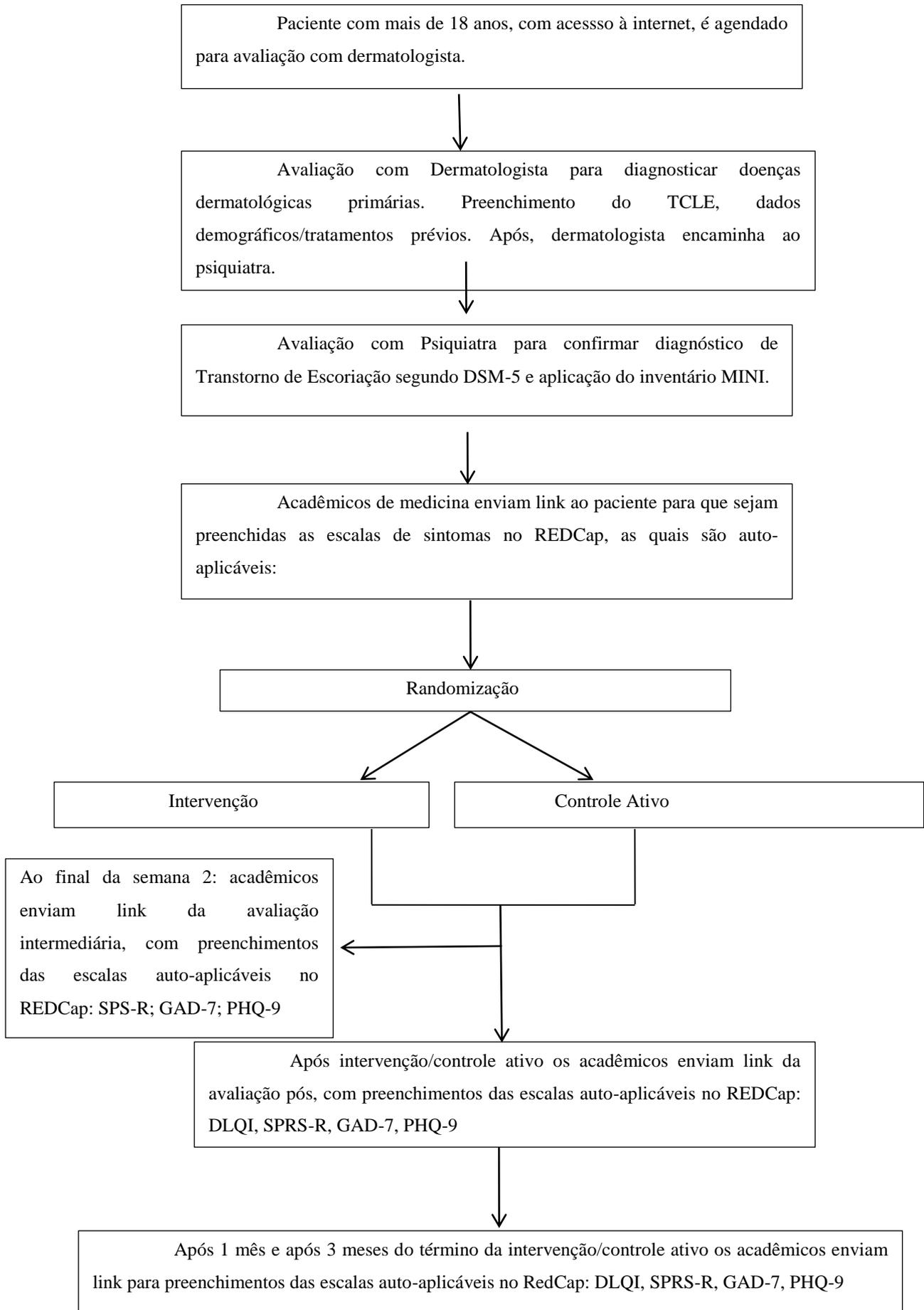
Os indivíduos interessados em participar do estudo foram avaliados primeiramente via telemedicina por um médico dermatologista para diagnosticar possíveis patologias dermatológicas e revisar os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Aqueles com diagnóstico primário de TE que preenchiam os critérios de elegibilidade do estudo receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digitalizado assinado pelo pesquisador responsável e foram cadastrados na plataforma RedCap[®] (<https://redcapbrasil.com.br/>), sendo então encaminhados para avaliação com um médico psiquiatra (Consultar TCLE no Apêndice A). A avaliação psiquiátrica ocorreu via telemedicina com objetivo de confirmar o diagnóstico primário de TE e também aplicar a escala MINI para avaliação de comorbidades psiquiátricas. Após, cada paciente recebeu um link de acesso para preencher os instrumentos de avaliação dos sintomas (SPS-R, DLQI, Gad-7 e PHQ-9) na plataforma RedCap[®]. Nesse estudo 1 foram analisados os dados sobre as comorbidades psiquiátricas e os dados da escala SPS-R para a validação da mesma. Esse estudo foi conduzido antes da finalização do estudo 2, envolvendo no total 124 sujeitos.

Estudo 2:

Após o preenchimento das escalas de avaliação de sintomas no momento basal, os pacientes foram randomizados de forma individual pelo sistema RedCap[®] para receber uma das duas intervenções do estudo: terapia cognitivo-comportamental ou controle ativo. As intervenções estão descritas na seção abaixo. Na metade da intervenção (semana 2) as escalas SPS-R, GAD-7 e PHQ-9 foram reaplicadas. Ao término da intervenção, após 1 mês do término e após 3 meses do término, todas as escalas aplicadas no momento basal foram reaplicadas.

A figura abaixo resume a logística dos estudos:

Figura 1: Fluxograma com a logística dos estudos



Intervenções realizadas no Estudo 2

Braço 1 - Intervenção testada: Terapia Cognitivo-comportamental autoaplicada em formato digital:

Essa intervenção é baseada no Protocolo de Rothbaum adaptado para o tratamento do Transtorno de Escoriação e testado previamente na população brasileira (XAVIER et al., 2020). Para esse estudo foi criado um formato resumido e totalmente autoaplicado, composto de 4 módulos semanais descritos abaixo:

- O primeiro módulo aborda a psicoeducação sobre o Transtorno de Escoriação, o automonitoramento de sintomas para conscientização sobre o hábito e as técnicas de reversão de hábito (prática de respostas competidoras).
- O segundo módulo trabalha com técnicas de enfrentamento de ansiedade (respiração diafragmática e relaxamento muscular).
- O terceiro módulo aborda técnicas de reestruturação cognitiva, como parada do pensamento, análise de evidências, reatribuição de gravidade e de responsabilidades.
- O quarto módulo revisa a técnicas aprendidas e aborda técnicas de prevenção de recaída dos sintomas, com a criação do guia de prevenção de recaídas.

Os módulos são aplicados pelo próprio paciente sem suporte de terapeuta e cada módulo tem duração média de 30 minutos. A plataforma enviará aviso por email através de ferramentas de automação (REDCap[®]) aos pacientes para lembrarem de realizar 1 módulo por semana. O módulo seguinte só é desbloqueado quando o paciente conclui a leitura e realização das tarefas de casa do módulo anterior.

Braço 2 – Controle Ativo: vídeos com orientações sobre hábitos para melhorar a qualidade de vida:

Consiste em vídeos com orientações sobre qualidade de vida, sendo um total de 4 vídeos de 2 minutos cada, que são enviados semanalmente ao paciente, consistindo em:

- Vídeo 1: orientações sobre higiene do sono.
- Vídeo 2: orientações sobre alimentação saudável.
- Vídeo 3: orientações sobre a prática de atividade física.
- Vídeo 4: orientações sobre uso excessivo de redes sociais.

A equipe de pesquisa enviará por email os links dos vídeos que estão disponíveis no site do TelePSI (<https://telepsi.hcpa.edu.br/>)

Estatística:

As variáveis sociodemográficas foram analisadas quanto à sua distribuição por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e, dependendo do resultado, as comparações entre os grupos usaram o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney. As comparações entre as variáveis categóricas foram realizadas por meio do teste qui-quadrado.

Estudo 1:

A escala foi traduzida ao português com autorização dos criadores da escala original. Após, foi realizada a tradução reversa ao inglês, a qual foi enviada aos autores da escala que então aprovaram a tradução. A escala traduzida pode ser consultada no Apêndice B. A consistência interna da escala foi examinada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. A estrutura do instrumento foi testada usando análise fatorial confirmatória (CFA). Os índices incluídos foram as estatísticas de qualidade do ajuste qui-quadrado (χ^2), a raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA), o índice de ajuste comparativo (CFI) e o índice de ajuste não normado (NNFI). Um bom modelo foi considerado com um RMSEA $< 0,06$, um teste qui-quadrado de qualidade de ajuste com $p > 0,05$, um CFI $> 0,90$ e um NNFI $> 0,8$ (ALBRIGHT, JEREMY J.; PARK, HUN MYOUNG, 2009). A validade concorrente foi analisada pela correlação de Pearson com o DLQI, o GAD-7 e o PHQ-9. Os dados foram analisados no software SPSS® versão 16.0 e o CFA foi feito no software R® versão 4.1.2 utilizando o pacote Lavaan.

Estudo 2:

A usabilidade da plataforma criada (SOSkin®) foi avaliada por meio da Escala de Usabilidade do Sistema (System Usability Scale - SUS), já validada para uso em brasileiros, que avalia o grau de satisfação do usuário com a ferramenta por meio de 10 frases positivas ou negativas intercaladas, podendo o indivíduo concordar ou discordar de cada uma delas em uma escala Likert de 0-5 pontos (LOURENÇO; VALENTIM; LOPES, 2022). Para obter a pontuação final, o pesquisador deve realizar o seguinte cálculo: para as frases ímpares (1, 3, 5, 7 e 9) a pontuação individual é obtida subtraindo um da nota dada pelo usuário; para frases de número par (2, 4, 6, 8 e 10) a pontuação individual é obtida subtraindo cinco da nota dada pelo usuário. Os valores obtidos são adicionados e o resultado dessa soma é multiplicado por 2,5 obtendo-se o valor total da Escala de Usabilidade do Sistema, o qual varia de 0 a 100, com valores mais altos significando melhor usabilidade do sistema. Os dados sobre a eficácia da

intervenção em diferentes momentos foram analisados por meio do modelo de Equações Estimadas Generalizadas (GEE) com correção de Bonferroni, modelo esse que considera todos os dados imputados em algum dos momentos avaliados, não contabilizando dados em branco, seguindo um modelo de intenção de tratar (*intention to treat*). O tamanho do efeito foi calculado pelo “g” de Hedges. Todas as análises estatísticas foram realizadas no software SPSS® versão 16.0. A escala SUS pode ser vista no Anexo E.

Considerações éticas:

O estudo está de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, seguindo a declaração de Helsinque. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sob o protocolo nº 2020-0453. O estudo foi registrado na base de dados *clinical trials* (<https://www.clinicaltrials.gov/>) sob o número nct04731389. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em formato digital, assinado pelo pesquisador principal.

6. REVISÃO DA LITERATURA

6.1. Psicodermatoses: a interface entre mente e pele

O termo Psicodermatoses se refere ao grupo de patologias que acomete a interface pele e mente (GUPTA; GUPTA, 2014). Sabe-se que a pele, maior órgão do corpo humano, está intimamente conectada ao Sistema Nervoso Central (SNC) desde a vida embrionária, visto que ambos os órgãos se originam da ectoderma. Essa conexão pode explicar porque mudanças emocionais se expressam através da pele de diversas formas: com ruborização, piloereção, sudorese, coceira, surgimento de manchas urticariformes. Por outro lado, a pele também é a interface com o exterior, tendo importante papel estético, o que faz com que lesões na pele tenham impacto emocional negativo. Além disso, a desregulação emocional pode levar o indivíduo a lesionar intencionalmente a pele, em busca de alívio emocional (JAFFERANY; FRANCA, 2016). Essa relação é tão importante que, dentre os pacientes que buscam por um dermatologista, mais de 30% terá algum transtorno psiquiátrico associado (AZAMBUJA, 2017). Apesar de descritas desde a época de Hipócrates (460-377 A.C), as psicodermatoses passaram a ser estudadas pela medicina apenas no último século e até o momento ainda existem poucos estudos acerca dessas patologias. A tabela 1 (abaixo) define quais são as patologias englobadas no conceito de Psicodermatoses (JAFFERANY; FRANCA, 2016).

Tabela 1. Classificação das patologias psicodermatológicas

Classificação	Definição	Exemplos
Patologias Psicofisiológicas	Patologia dermatológica é desencadeada por estresse psicológico. Paciente apresenta correlação entre estresse e exacerbação da patologia.	<ul style="list-style-type: none"> ● Acne ● Alopecia areata ● Dermatite atópica ● Psoríase ● Púrpura psicogênica ● Rosácea ● Dermatite seborréica ● Urticária
Patologias psiquiátricas com sintomas	A lesão dermatológica é	<ul style="list-style-type: none"> ● Transtorno dismórfico corporal ● Delírios de parasitoses

dermatológicos	auto-infringida. Há sempre um transtorno psicológico basal e são o estereótipo das psicodermatoses.	<ul style="list-style-type: none"> ● Transtornos alimentares ● Dermatite factícia ● Transtorno de Escoriação ● Transtorno Obsessivo-Compulsivo ● Tricotilomania
Patologias dermatológicas com sintomas psiquiátricos	Problemas emocionais são principalmente pelo fato de ter uma patologia dermatológica, e as consequências psíquicas são mais graves que as dermatológicas	<ul style="list-style-type: none"> ● Albinismo ● Vitiligo ● Alopecia areata ● Eczema crônico ● Hemangioma ● Psoríase ● Ictiose ● Rinofima
Miscelânea	Diversas patologias foram descritas e agrupadas sob esta condição. Efeitos adversos relacionados a medicações psiquiátricas ou dermatológicas também encontram-se neste grupo de transtornos psicodermatológicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Síndrome de púrpura psicogênica ● Síndrome cutâneo sensorial

6.2. Transtorno de Escoriação

6.2.1. Características do Transtorno de Escoriação

O Transtorno de Escoriação (TE), também conhecido como Dermatotilexomania, ou Dermatotilomania, ou Escoriação Neurótica, ou ainda pelo nome em inglês *Skin Picking*, é uma patologia psiquiátrica com sintomas dermatológicos. Apesar de descrita desde o século XIX, apenas em 2013, na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), ele passou a ser considerado uma entidade diagnóstica (ASSOCIATION, 2013; GRANT et al., 2012). O DSM-5 organiza os transtornos mentais em diferentes capítulos, agrupando em um mesmo capítulos aqueles que fazem parte de um mesmo espectro, seja por similaridade de fisiopatologia, de apresentação clínica e/ou de resposta ao tratamento (AMERINGEN; PATTERSON; SIMPSON, 2014a). O TE foi classificado no capítulo de TOC e Transtornos Relacionados, o qual também engloba outra psicodermatose, a Tricotilomania, além do Transtorno de Acumulação e do Transtorno Dismórfico Corporal. Em 2018 o TE também foi adicionado à 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 11) pela Organização Mundial da Saúde, no grupo de comportamentos repetitivos focados no corpo (CRFC), o qual está dentro do capítulo de TOC e transtornos relacionados (ORGANIZATION, 2018). Em fevereiro de 2022 foi lançada a edição revisada do DSM 5, a qual manteve a classificação anterior do TE e também os mesmos critérios diagnósticos, sendo eles apresentados na Tabela 2 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022):

Tabela 2: critérios diagnósticos do Transtorno de Escoriação, segundo o DSM 5-TR

A: Coçar a pele recorrente resultando em lesões cutâneas.
B. Tentativas repetidas de diminuir ou parar de cutucar a pele.
C. A escoriação da pele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no convívio social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.
D. A escoriação da pele não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, cocaína) ou outra condição médica (por exemplo, sarna).
E. A escoriação da pele não é melhor explicada por sintomas de outro transtorno mental

(por exemplo, delírios ou alucinações táteis em um transtorno psicótico, tentativas de melhorar um defeito percebido ou falha na aparência no transtorno dismórfico corporal, estereotípias no distúrbio do movimento estereotipado ou intenção de se machucar em automutilação não suicida).

Adaptado de *American Psychiatric Association, organizador. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Fifth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. 1050 p.*

Dentre os pacientes com TE, cerca de 76% relatam não ter consciência do hábito de mexer na pele, praticando-o de forma automática, o que sugere duas dimensões diferentes dentro da mesma patologia: um subtipo focal, com consciência sobre o hábito, e um subtipo automático, sem consciência da prática do hábito. É possível também que o mesmo indivíduo por vezes de engaje no hábito de forma focal e outras vezes de forma automática, sendo então caracterizado como tendo o subtipo misto (GRANT et al., 2021). Em geral os pacientes utilizam as unhas, mas existem vezes em que os indivíduos fazem uso de pinças e outros objetos para lesionar a pele, agravando o risco de infecções cutâneas graves (GRANT et al., 2012). As áreas do corpo mais afetadas, em ordem decrescente, são: o rosto, couro cabeludo, mãos, restante dos membros e tronco (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). É comum o início de sensações de ansiedade ou tédio, além da crescente tensão antes do hábito, inclusive com alguns indivíduos relatando formigamento ou queimação no local que desejam mexer. Em seguida, costuma surgir o sentimento de gratificação, prazer ou alívio logo após o cutucar a pele, porém, após os episódios, aparecem sentimentos negativos de culpa, vergonha e tristeza, o que por sua vez pode levar a emoções mais negativas que posteriormente aumentam o risco de novo hábito de cutucar a pele (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; SNORRASON; SMÁRI; ÓLAFSSON, 2010).

O TE é o mais prevalente dentre os transtornos relacionados ao TOC, com estudos revelando uma prevalência ao longo da vida que gira ao redor de 3.1% com um estudo na população brasileira encontrando uma prevalência de 3,4% entre indivíduos provenientes de São Paulo, sendo que mais de 75% dos pacientes acometidos são mulheres (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; MACHADO et al., 2018; SKURYA; JAFFERANY; EVERETT, 2020). Em alguns subgrupos a prevalência do TE é ainda maior: mais de 30% entre os pacientes com algum transtorno mental e 25% dentre os pacientes com alguma doença dermatológica (SPITZER et al., 2022; TUCKER et al., 2011). A maior prevalência de

TE entre pacientes com alguma afecção dermatológica ocorre porque lesões de pele costumam ser gatilhos para o hábito de cutucar a pele, o qual por sua vez piora as lesões de pele, levando o paciente a um ciclo que se retroalimenta (CRAIG-MÜLLER; REICHENBERG, 2015; XAVIER et al., 2022). Esse mesmo mecanismo de gatilho parece explicar porque a idade de pico de incidência desse transtorno ocorre na puberdade, período em que aumenta a prevalência de lesões por acne, as quais costumam ser um gatilho para o hábito de cutucar a pele (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; RICKETTS et al., 2018).

O curso natural do TE tende a ser crônico, ou seja, sem tratamento apenas uma minoria dos pacientes entrará em remissão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). Em geral, a doença seguirá com períodos de melhora (que em alguns indivíduos podem durar meses) e outros de piora, similar ao curso de outros transtornos ansiosos e ao curso do TOC (JAFFERANY; PATEL, 2019). A piora de doenças de pele de base, como acne, dermatite atópica ou psoríase, pode ser um gatilho para o recrudescimento do hábito de cutucar a pele (SPITZER et al., 2022).

Em relação à fisiopatologia do TE, várias hipóteses já foram levantadas, contudo os estudos existentes ainda são pouco conclusivos. Estudos sugerem que a herdabilidade do transtorno é de aproximadamente 47%, levantando a hipótese de uma influência genética (BROWNE et al., 2014). Além disso, as taxas de co-ocorrência entre o TE e o TOC são mais altas do que o esperado, sugerindo uma fisiopatologia em comum (AMERINGEN; PATTERSON; SIMPSON, 2014b). Estudos recentes mostram que a maior similaridade do TE está com a Tricotilomania, outro transtorno relacionado ao TOC e que é caracterizado pelo hábito repetitivo de arrancar pelos do corpo. A similaridade entre essas patologias ocorre no que diz respeito aos fatores de risco (genética, deficiência do controle inibitório neuronal, dificuldade de controle emocional), a fatores demográficos (idade de início e proporção de gênero), clínicos (apresentação e curso da doença), terapêuticos (baixa resposta ao uso de antidepressivos) e incidência de comorbidades (transtornos ansiosos e depressivos, transtornos de personalidade e transtorno obsessivo-compulsivo). Além disso, a taxa de co-ocorrência dessas patologias é muito maior do que o esperado ao acaso (GRANT; CHAMBERLAIN, 2021; SNORRASON; BELLEAU; WOODS, 2012). Apesar de serem classificadas no mesmo capítulo que o TOC, a tricotilomania e o TE são mais resistentes ao tratamento com psicofármacos que o TOC. Assim, cada vez mais a literatura aborda essas doenças como patologias do chamado grupo de “Comportamentos Repetitivos Focados no Corpo (CRFC), também conhecidos como *Grooming Behaviors*, da qual também faz parte a

onicofagia (hábito de roer e/ou comer unhas). Apesar de não existir um modelo definido de fisiopatologia até agora, os estudos sugerem que no TE ocorra um déficit no controle inibitório e aumento na reatividade emocional, ocasionando impulsividade. Essas conclusões surgiram de estudos de neuroimagem em pacientes com TE que encontraram aumento de atividade em amígdala e redução da atividade em região pré-frontal (ALBERT et al., 2018; HARRIES, 2017). Outro estudo que avaliou a correlação entre TE e tricotilomania e fatores mediadores também encontrou que a impulsividade é a principal característica em comum nesses pacientes, sendo um fator preditor dessas patologias de forma independente (MARAZ, 2017).

6.2.2 Impacto do Transtorno de Escoriação na população

O TE causa importante prejuízo na vida dos pacientes, com 75% dos indivíduos relatando prejuízo moderado a grave na sua qualidade de vida (TUCKER et al., 2011). O prejuízo causado diretamente pelo transtorno pode ser tanto em função da gravidade das lesões criadas, que podem gerar infecções de repetição e cicatrizes permanentes, quanto em função do tempo gasto pelo hábito e o consequente prejuízo estético e social, que leva os indivíduos a evitarem situações sociais, relacionamentos íntimos e terem pior desempenho laboral (FLESSNER; WOODS, 2006). Nem sempre o paciente com lesões mais graves terá maior impacto psicossocial (pois algumas lesões são facilmente escondidas) e por isso é importante que sempre sejam avaliados ambos os fatores: gravidade da lesão/impacto dermatológico e gravidade do hábito/impacto social (XAVIER, 2019). A literatura descreve também ocorrência de complicações dermatológicas mais graves, que requerem antibioticoterapia de repetição, internações, cirurgias e até mesmo a ocorrência de septicemia e óbito (ODLAUG; GRANT, 2008).

Além do prejuízo causado pelo hábito em si, o TE está associado a altas taxas de comorbidades psiquiátricas, sendo as principais os transtornos depressivos (45% dos casos), o abuso de substâncias psicoativas (30%) e os transtornos ansiosos (até 23% dos casos) (GRANT et al., 2012). A presença de comorbidades dermatológicas também é alta em pacientes com TE (SPITZER et al., 2022) e além do prejuízo causado por essas patologias em si, a presença de doenças de pele, tais como psoríase, acne ou dermatite atópica pode ser um gatilho para a manutenção do hábito de cutucar a pele, visto que os indivíduos tendem a manipular mais regiões da pele que apresentam alguma irregularidade, o que por sua vez tende a piorar a lesão de pele, gerando assim o ciclo que se retroalimenta (ARNOLD; AUCHENBACH; MCELROY, 2001; AZAMBUJA, 2017).

6.2.3 Diagnóstico do Transtorno de Escoriação

A literatura mostra que cerca da metade dos pacientes com TE de fato busca atendimento por um profissional da saúde, provavelmente porque muitos pacientes desconhecem a existência dessa entidade diagnóstica (TUCKER et al., 2011). Dentre os pacientes que buscam o profissional de saúde, 22,5% procura primeiramente o psiquiatra e 19% o dermatologista, sendo que apenas cerca de metade dos casos recebe o diagnóstico correto, provavelmente porque a maioria dos profissionais também desconhece as características desse transtorno (ANZENGRUBER et al., 2017; TUCKER et al., 2011).

O diagnóstico do TE é baseado na anamnese baseada nos critérios do DSM 5-TR, podendo ser aplicadas diferentes escalas psicométricas para avaliar objetivamente a gravidade da patologia, seu impacto na vida do indivíduo e também qual subtipo principal de hábito o indivíduo apresenta: focal/consciente ou automático. Além de personalizar o tipo de tratamento conforme as características do hábito, os instrumentos permitem um acompanhamento objetivo da modificação do hábito ao longo do tratamento. É importante salientar que não existem exames complementares capazes de subsidiar o diagnóstico do TE.

A tabela 3, abaixo, resume as características das principais escalas existentes para avaliação do TE (JONES, 2018):

Tabela 3: Instrumentos para avaliação do Transtorno de Escoriação

Forma de aplicação	Nome da Escala	Aspectos avaliados
Aplicados por examinador	<i>YBOCS-NE</i> (LESLEY et al., 1999)	Impacto, através da avaliação dos sintomas nos últimos 7 dias.
Autoaplicáveis	<i>Skin Picking Scale</i> (KEUTHEN et al., 2001a)	Avalia a gravidade dos sintomas nos últimos 7 dias.
	<i>Skin Picking Symptom Assessment Scale</i> (GRANT et al., 2010)	Avalia a gravidade dos sintomas questionando sobre o hábito nos últimos 7 dias.
	<i>Skin Picking Reward Scale</i>	Avalia o desejo/impulso de realizar o hábito.

	(SNORRASON et al., 2015)	
	<i>Skin Picking Impact Scale</i> (KEUTHEN et al., 2001b; WALTHER et al., 2009)	Avalia o impacto do hábito na vida do indivíduo questionando sobre o hábito nos últimos 7 dias.
	<i>Skin Picking Scale – Revised</i> (SNORRASON et al., 2012)	Avalia tanto a gravidade quanto o impacto do hábito, gerando um escore total e outros dois subescores para essas duas dimensões.
	<i>Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS)</i> (WALTHER et al., 2009)	Avalia os subgrupos de TE: automático ou focal. Possui 2 fatores, gerando um subescore para cada uma das dimensões.

Apesar de existirem diversas escalas para avaliação do transtorno, a imensa maioria não foi traduzida para o português brasileira e adaptada para uso em nossa população. Dentre todos esses instrumentos, o único traduzido e validado para uso na população brasileira é a *Skin Picking Impact Scale* (traduzida para Escala de Impacto do Transtorno de Escoriação) que mostrou manter adequadas propriedades psicométricas no estudo de validação para a população brasileira (XAVIER, 2019). Apesar de ser de amplo uso e utilidade, é importante salientar que ela apenas avalia o impacto da patologia na vida do indivíduo, não sendo capaz de avaliar a gravidade do TE de forma isolada. Conforme descrito por Xavier et. al, impacto e gravidade são fatores independentes: o impacto está mais relacionado com o local das lesões e o prejuízo na vida social e laboral do indivíduo, enquanto a gravidade está mais relacionada com o tamanho e profundidade das lesões de pele; ou seja, pacientes com maior gravidade da doença podem ter menor impacto e vice-versa (XAVIER, 2019). A única escala que avalia essas duas dimensões (gravidade e impacto) de forma independente é a *Skin Picking Scale-Revised* (SNORRASON et al., 2012). Esse instrumento autoaplicável consiste em 8 itens que questionam sobre o hábito, sendo dividido em dois fatores: um relacionado à gravidade do

sintomas (itens 1 a 4) e outro relacionado ao prejuízo causado pelo hábito na vida do indivíduo - evitação, sofrimento emocional e danos à pele (itens 5 a 8). A escala fornece a pontuação independente de cada fator e também a pontuação total, sendo que cada item varia a pontuação de 0 a 4, com escores maiores significando maior gravidade e/ou impacto. A escala possui alta consistência interna, validade discriminante e concorrente (SNORRASON et al., 2012). Identificar o impacto e a gravidade do TE é essencial para personalizar o melhor tratamento para o paciente e também avaliar a evolução do tratamento tanto em relação à gravidade quanto ao impacto da patologia na vida do indivíduo (XAVIER, 2019).

6.2.4 Tratamento do Transtorno de Escoriação:

O estudo conduzido por Tucker e colaboradores mostrou que 58% dos pacientes com Transtorno de Escoriação sentem-se igual ou pior após o tratamento oferecido para seu quadro (TUCKER et al., 2011). Esse dado desanimador pode ser explicado pelo fato de que é uma patologia difícil de tratar, que, ainda atualmente, não possui uma medicação aprovada como opção de tratamento.

Diversas medicações foram testadas na literatura, sendo as principais: antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e lamotrigina. Os estudos com essas medicações resultaram em achados conflitantes (JAFFERANY; PATEL, 2019; TURK et al., 2023). O uso de antidepressivos ISRS parece especialmente útil no manejo das comorbidades dos pacientes com TE (visto que transtornos depressivos e ansiosos são altamente comórbidos ao hábito). Entretanto, ao avaliar a eficácia da medicação sobre o hábito em si os resultados dos estudos são conflitantes. Também foram conduzidos estudos com N-Acetilcisteína e Memantina, os quais acharam resultados promissores, porém, carecendo ainda de replicação (GRANT et al., 2010, 2023; JAFFERANY; PATEL, 2019). Alguns fármacos só se mostraram efetivos para tratamento do transtorno em relatos de caso, sendo necessário mais estudos na área para comprovação de sua eficácia. Dentre estes, podemos citar os antipsicóticos, a naltrexona, o riluzol, o inositol, a clomipramina e a doxepina (ARNOLD; AUCHENBACH; MCELROY, 2001; JAFFERANY; PATEL, 2019). Diante dos achados inconsistentes sobre a eficácia do tratamento medicamentoso do TE, o tratamento dessa patologia não se baseia no uso de psicofármacos (TURK et al., 2023).

Por outro lado, a literatura tem replicado os achados de eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) baseada em técnicas de reversão de hábito (TRH) no tratamento do TE (JAFFERANY; PATEL, 2019). A base do tratamento é a reversão de hábito, porém diversos estudos testaram também protocolos que adicionam técnicas cognitivas, técnicas de

enfrentamento de ansiedade como respiração diafragmática e relaxamento muscular, além de estratégias de atenção plena (*mindfulness*) (GRANT; CHAMBERLAIN, 2021). A TCC para TE já foi estudada em diferentes ensaios clínicos randomizados e controlados, mostrando um grande tamanho de efeito e sendo superior ao uso de placebo, portanto considerada a primeira linha de tratamento para o TE (BLOCH et al., 2007; LOCHNER, 2017; SCHUMER; BARTLEY; BLOCH, 2016).

O Protocolo de Rothbaum, utilizado desde 1992 para tratamento da Tricotilomania, é considerado eficaz (ROTHBAUM, 1992), e foi traduzido ao português brasileiro e adaptado para uso em pacientes com Transtorno de Escoriação, sendo testado em ensaio clínico randomizado (XAVIER et al., 2020). Esse protocolo mostrou-se eficaz não apenas na melhora do hábito em si, mas também dos sintomas depressivos e ansiosos comórbidos, melhorando tanto o impacto da patologia na vida dos indivíduos quanto a gravidade das lesões de pele (XAVIER et al., 2020).

Apesar de eficaz, a TCC é pouco disponível, já que requer treinamento específico dos profissionais (KEUTHEN, 2015). Estudos mostram que menos de 20% dos pacientes com TE tem acesso a esse tratamento de primeira linha (GRANT; CHAMBERLAIN, 2021; VALLE; CHESIVOIR; GRANT, 2022). Com o objetivo de aumentar a oferta de tratamento utilizando menor recurso humano de terapeutas treinados, o estudo conduzido por Xavier e colaboradores testou também a eficácia desse protocolo quando aplicado em grupo. O protocolo mostrou-se também eficaz na modalidade em grupo, tanto na melhora do hábito, quanto dos sintomas comórbidos, do impacto e da gravidade das lesões (XAVIER et al., 2020). A Tabela 4, abaixo, ilustra o conteúdo resumido do Protocolo de Rothbaum Adaptado para Transtorno de Escoriação:

Tabela 4: Protocolo de Rothbaum Adaptado para Transtorno de Escoriação

Sessão	Conteúdo Sumário
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducação sobre Skin Picking, com descrição do hábito e identificação de situações gatilho - Automonitoramento do hábito: tabela com frequência do hábito, se é automático ou focal, em quais situações ocorre e se está associado a emoções/pensamentos. - Tarefas: tabela de automonitoramento e coleta das feridas arrancadas (essas são tarefas permanentes)
2.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de Reversão de hábito segundo Azrin e Nunn - Inspeção do auto-monitoramento e prática de respostas competidoras - Tarefa: automonitoramento com técnica utilizada e lista de inconvenientes
3.	<ul style="list-style-type: none"> - Respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo - Tarefa: treinar práticas e leitura da lista de inconvenientes
4.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação do modelo cognitivo A-B-C e técnica de parada do pensamento - Tarefa: praticar Parada do pensamento
5.	<ul style="list-style-type: none"> - Reestruturação cognitiva: análise de evidências, linha de gravidade e redistribuição (gráfico pizza) - Tarefa: praticar técnicas cognitivas
6.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação do diálogo interno para preparo a um estressor, baseado em afirmações de Veronem e Kilpatrick , com prática de reforços positivos - Tarefa: prática do diálogo interno
7.	<ul style="list-style-type: none"> - Troca de papel terapeuta/paciente e simulação, com revisão das técnicas aprendidas e pontos a serem melhorados - Tarefa: revisão das técnicas
8.	<ul style="list-style-type: none"> - Montagem do Guia de Prevenção de Recaída. Consiste em quatro passos para evitar uma recaída: 1- diferenciar deslize de recaída; 2- lembrar que deslize pode ser controlado; 3- utilizar as principais técnicas que já funcionaram; 4- sair da situação que está causando o desejo de mexer na pele e só voltar após cessar o desejo.

É importante salientar o papel do médico dermatologista no tratamento desses pacientes (AZAMBUJA, 2017). Este é, muitas vezes, o primeiro profissional procurado pelo paciente, e também porque o estigma sobre a especialidade do dermatologista costuma ser menor do que o estigma envolvendo a necessidade de consultar um médico psiquiatra (ANZENGRUBER et al., 2017). Existe uma alta prevalência do TE em pacientes dermatológicos, pois muitas doenças de pele cursam comumente com prurido que é um gatilho para o desenvolvimento do hábito de escoriar a pele (CRAIG-MÜLLER;

REICHENBERG, 2015; SPITZER et al., 2022). Além disso, mesmo que o hábito de cutucar a pele melhore, se o prejuízo estético seguir, ou seja, o paciente não tiver auxílio na remoção de manchas ou na recuperação da pele lesionada, a tendência do indivíduo é não se manter motivado para persistir praticando as técnicas aprendidas na terapia, o que aumenta as chances de recaída (AZAMBUJA, 2017). Por fim, além do aspecto estético, a persistência das lesões de pele causadas pelo TE bem como a piora de quadros dermatológicos comórbidos são um importante gatilho para a retomada do hábito de cutucar a pele (AZAMBUJA, 2017; MISERY; LOSER; STÄNDER, 2016; SZEPIETOWSKI; REICH, 2016).

6.3 Conhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre o Transtorno de Escoriação

Diagnosticar um transtorno mental é desafiador para muitos profissionais e via de regra até mesmo diagnósticos conhecidos, como transtornos depressivos e ansiosos, são subdiagnosticados (MITCHELL; VAZE; RAO, 2009). Além disso, menos de 30% dos pacientes com algum transtorno mental chegam até o especialista em saúde mental (ANDRILLA et al., 2018). O Transtorno de Escoriação possui seus critérios diagnósticos definidos apenas recentemente, em 2013, quando foi incluído no capítulo de TOC e Transtornos Relacionados do DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022; AMERINGEN; PATTERSON; SIMPSON, 2014b, p. 5). A sua inclusão na Classificação Internacional de Doenças (CID) é ainda mais recente, datando de 2019, com a chegada da sua 11ª versão (“<https://icd.who.int/>”, [s.d.]). É possível que esse fato de seu reconhecimento ser tão recente explique porque essa patologia é ainda pouco conhecida entre a população geral e entre os profissionais de saúde.

Menos da metade dos pacientes com TE buscam tratamento profissional, muitos desses pacientes não sabem que o seu hábito é patológico, possui um nome, se refere a um diagnóstico e pode ter tratamento. Entre os indivíduos que buscam um dermatologista por causa desses sintomas, apenas em 2,6% das vezes o profissional é capaz de diagnosticar corretamente o TE (TUCKER et al., 2011). Cerca de 30% dos pacientes recebem erroneamente o diagnóstico de TOC, e 40% recebem o diagnóstico equivocado de Tricotilomania (TUCKER et al., 2011). Além disso, apesar de a comorbidade de TE e doença dermatológica ser alta, muitas vezes esses pacientes não são diagnosticados em relação à sua patologia dermatológica, a qual por não receber tratamento persiste como um gatilho para o hábito de mexer na pele (AZAMBUJA, 2017). O desconhecimento não se dá apenas entre os médicos dermatologistas, com estudos mostrando que mesmo entre os pacientes que buscam

o médico psiquiátrico o diagnóstico é realizado apenas em cerca da metade dos casos (TUCKER et al., 2011).

6.4. A Pandemia da COVID-19 e as Intervenções digitais:

A prática da Telepsiquiatria existe desde antes da Pandemia da COVID-19, porém seu uso era bastante restrito e essa prática não era regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina no Brasil. A ausência dessa modalidade de tratamento contribuía para o limitado acesso dos pacientes ao especialista, visto que diversas regiões geográficas não possuem profissionais especializados em saúde mental (ANDRILLA et al., 2018; COWAN et al., 2019; JULIE A GRAZIANE, 2018). Com a eclosão da Pandemia pela COVID-19, diversas barreiras de contato físico foram impostas e a prática da Telemedicina cresceu exponencialmente, o que em um primeiro momento causou insegurança em muitos profissionais, porém, foi percebida pelos pacientes como importante ferramenta para facilitar o acesso à saúde, reduzindo a distância, o custo e o tempo com deslocamentos (CARLO et al., 2021; SMITH et al., 2020). Além desses benefícios, vários estudos testaram a eficácia da telepsiquiatria e encontraram que para diversos transtornos a eficácia é similar ao tratamento presencial (CHIPPS; BRYSEWICZ; MARS, 2012; DESLICH; THISTLETHWAITE; COUSTASSE, 2013; FARABEE; CALHOUN; VELIZ, 2016; MORGAN; PATRICK; MAGALETTA, 2008). A eficácia da terapia cognitivo-comportamental em formato online também já foi testada por diversos estudos, evidenciando que essa modalidade de TCC é tão eficaz quanto a modalidade presencial (DÈTTORE; POZZA; ANDERSSON, 2015; PAULEY et al., 2021; TRENOSKA BASILE; NEWTON-JOHN; WOOTTON, 2022). Apesar dos benefícios dessa modalidade de atendimento, a literatura ainda carece de estudos que avaliem os efeitos em longo prazo da Telepsiquiatria e também carece de protocolos que treinem os diversos profissionais a atenderem por essa modalidade, especialmente no que se refere a pacientes em situação de crise (ASSOCIATION, 2021; COWAN et al., 2019).

Além do atendimento síncrono em telepsiquiatria e da modalidade de TCC aplicada em formato, o uso de intervenções digitais autoaplicadas ou com mínimo suporte de um terapeuta de forma assíncrona também é uma estratégia capaz de aumentar o acesso dos pacientes ao tratamento. O uso de intervenções digitais baseadas em TCC autoaplicadas também já foi testado em psiquiatria, com estudos robustos encontrando eficácia para o tratamento dos principais transtornos mentais (PANG et al., 2021).

Em relação ao tratamento do Transtorno de Escoriação, existem internacionalmente 3 estudos que avaliaram a eficácia de intervenção digital baseada em TCC autoaplicada para o

TE (FLESSNER et al., 2007; GALLINAT et al., 2019; MORITZ et al., 2012). O primeiro, chamado *Stop Picking* (www.stoppicking.com) consiste em três módulos: avaliação, intervenção e manutenção. A plataforma utiliza recursos interativos e se baseia em 3 módulos: o módulo de avaliação detalha o comportamento de cutucar a pele para aumentar a conscientização sobre o hábito; o módulo de intervenção utiliza estratégias de enfrentamento, englobando técnicas de reversão de hábito (uso de luvas, brinquedos sensoriais), relaxamento muscular e reestruturação cognitiva; o módulo de manutenção estimula que o paciente persista monitorando o hábito e utilizando as técnicas aprendidas, com o objetivo de manter os ganhos obtidos. O programa tem duração de 5 meses e o estudo demonstrou melhora significativa na gravidade do TE, porém, não foi utilizado grupo controle e o estudo incluiu uma amostra de pacientes sem diagnóstico confirmado de TE (FLESSNER et al., 2007). A segunda intervenção digital chama-se *Do it yourself!* e foi conduzida na Alemanha, testando a eficácia de um manual enviado aos pacientes por email contendo técnicas de reversão de hábito para serem autoaplicadas durante 4 semanas (download do manual em <http://www.uke.de/impulskontrolle>). A intervenção englobava a conscientização sobre o hábito e identificação de situações gatilho seguida da prática de respostas. O estudo encontrou eficácia da intervenção, porém incluiu uma amostra pequena e sem diagnóstico de TE confirmado por profissional, apenas com auto relato (MORITZ et al., 2012). A terceira estratégia digital chama-se *SaveMySkin* (www.savemyskin.de) e foi desenvolvida na Alemanha, consistindo em um programa de 12 semanas que aborda as seguintes técnicas da TCC: automonitoramento do hábito, psicoeducação sobre o transtorno e seu tratamento, exercícios de regulação emocional e técnicas de reestruturação cognitiva. Além da plataforma, os pacientes receberam suporte e aconselhamento psicológico e dermatológico via chat. A intervenção mostrou-se eficaz para a melhora da gravidade do TE, contudo, o estudo incluiu pacientes sem diagnóstico confirmado de TE (apenas auto relato) e não utilizou um grupo de controle, comparando a intervenção com lista de espera (GALLINAT et al., 2019), estratégia essa que pode inclusive ter efeito nocebo, portanto enviesando o efeito da intervenção (ROCHA; PRETTE; PRETTE, 2008). Nenhum desses estudos realizou um acompanhamento desses pacientes em médio ou longo prazo para verificar a manutenção da eficácia do tratamento. Também é importante destacar que todos esses estudos citados foram realizados em países desenvolvidos, não existindo na literatura algum estudo sobre intervenção digital para esses pacientes na população brasileira ou em países com características socioeconômicas similares ao Brasil.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. Resultados:

Os seguintes produtos são resultantes desse trabalho:

Capítulo de Livro – **Telepsychiatry (Capítulo do livro Digital Mental Health, publicado em janeiro de 2023 pela editora Springer Nature).**

Artigo 1 - **Comorbidity of psychiatric and dermatologic disorders with skin picking disorder and validation of the Skin Picking Scale Revised for Brazilian Portuguese (publicado em março de 2022 no Brazilian Journal of Psychiatry).**

Artigo 2 - **SOSkin[®]: a randomized clinical trial of on-line cognitive-behavioral therapy for Skin Picking Disorder. (submetido para a revista “The American Journal of Psychiatry”, em avaliação com o editor).**

7.1.1. CAPÍTULO DE LIVRO

Chapter 10: Telepsychiatry

Alice C. M. Xavier, Mariane Bagatin Bermudez, Gisele Gus Manfro, Carolina Blaya Dreher

A. C. M. Xavier (*)

Department of Post-graduate Program in Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil e-mail: acmxavier@hcpa.edu.br

M. B. Bermudez

Researcher at the Program in Anxiety Disorders, Federal University of Rio Grande do Sul-Ramiro Barcelos, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil

G. G. Manfro

Department of Psychiatry, School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Anxiety Outpatient Unit, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil

C. B. Dreher

Department of Psychiatry, School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Anxiety Outpatient Unit, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil Department of Clinical Medicine, Federal University of Health Sciences in Porto Alegre. Anxiety Outpatient Unit, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil e-mail: cdreher@hcpa.edu.br

*Corresponding Author

© The Author(s), under exclusive license to Springer Nature Switzerland AG 2023 I. C. Passos et al. (eds.), Digital Mental Health, https://doi.org/10.1007/978-3-031-10698-9_10

(Capítulo publicado no livro Digital Mental Health – A Practitioner's Guide)

Como citar: Xavier, A.C.M., Bermudez, M.B., Manfro, G.G., Dreher, C.B. (2023). Telepsychiatry. In: Passos, I.C., Rabelo-da-Ponte, F.D., Kapczinski, F. (eds) Digital Mental Health. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-10698-9_10

7.1.2. ARTIGO 1

Comorbidity of psychiatric and dermatologic disorders with Skin Picking Disorder and validation of the *Skin Picking Scale Revised* for Brazilian Portuguese

Alice Castro Menezes Xavier ^{a*}, Clarissa Prati ^{a*}, Murilo G. Brandão ^b, Alice Barbieri Ebert ^c,
Malu Joyce de Amorim Macedo ^a, Maria João Baptista Fernandes ^d, Gisele Gus Manfro ^{a,e},
Carolina Blaya Dreher ^{a, e, f}

^a *Postgraduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*

^b *School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*

^c *School of Medicine, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil*

^d *Postgraduate Program in Health Sciences, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil*

^e *Department of Psychiatry and Forensic Medicine, School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

^f *Department of Clinical Medicine, Psychiatry, School of Medicine, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil*

* *Corresponding authors. E-mail: alicexavier@gmail.com and cprati2018@gmail.com*

(Artigo publicado na revista Brazilian Journal of Psychiatry)

Como citar: : Xavier ACM, Prati C, Brandão MG, Ebert AB, Macedo MJ, Fernandes MJ, et al. Comorbidity of psychiatric and dermatologic disorders with skin picking disorder and validation of the Skin Picking Scale Revised for Brazilian Portuguese. Braz J Psychiatry. 2022;00:000-000. <http://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2400>

7.1.3 ARTIGO 2

SOSkin[®]: a randomized clinical trial of on-line cognitive-behavioral therapy for Skin Picking Disorder.

Alice Castro Menezes Xavier, M.D. M.Sc.^{1*}, Clarissa Prati, M.D. M.Sc. PhD¹, Murilo G. Brandão², Alice Barbieri Ebert³, Malu Joyce de A. Macedo M.D., M.Sc.¹, Maria João Baptista Fernandes, M.D.⁴, Gisele Gus Manfro, M.D. M.Sc. PhD^{11,5}, Carolina Blaya Dreher M.D. M.Sc. PhD^{1,5,6}

¹*Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.* ²*Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.* ³*Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil.* ⁴*Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil.* ⁵*Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.* ⁶*Departamento de Clínica Médica, Psiquiatria, Faculdade de Medicina, UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil*

*Corresponding author. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, R. Ramiro Barcelos, 2400 - Santa Cecília, Porto Alegre – RS. Zip code: 90035-002. Phone: +55 (51) 3308-5232 E-mail: alicexavier@gmail.com

Disclosure: The authors report no conflicts of interest.

Acknowledgements: This study received funding from Ministério da Educação e Cultura – Fundação Coordenação Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (MEC-CAPES) through Edital 12/2020 – Telemedicina e análise de dados médicos. The authors Murilo G. Brandão, Clarissa Prati and Malu Joyce de A. have received grants from MEC-CAPES. Gisele G. Manfro is a CNPq senior research scholarship recipient.

(Artigo submetido na revista The American Journal of Psychiatry)

7.2 DISCUSSÃO

O primeiro estudo encontrou que as taxas de comorbidade dermatológica e psiquiátrica em pacientes com Transtorno de Escoriação (TE) é elevada, corroborando os achados da literatura de que cerca de 30% dos pacientes com alguma patologia dermatológica apresentam também algum transtorno mental. Dentre as comorbidades psiquiátricas mais prevalentes em nosso estudo estão os Transtornos Ansiosos e Depressivos, o que também vai ao encontro da literatura existente (CHRISTINA KWON, 2020; GUPTA; GUPTA, 2014; JON E. GRANT, 2020). Após a avaliação com psiquiatra, 23% dos indivíduos foram excluídos de nosso estudo por apresentarem algum transtorno psiquiátrico grave, sendo os principais episódio depressivo grave e transtorno por abuso de substâncias psicoativas. Esse achado corrobora um estudo que encontrou que pacientes com TE tem 24 vezes mais chance de ter um diagnóstico de transtorno mental quando comparados a indivíduos sem TE (CHRISTINA KWON, 2020). Dentre nossos achados também está a associação direta entre gravidade de sintomas depressivos e/ou ansiosos e a gravidade e impacto do TE. Esse achado replica a literatura existente e traz a importância de sempre serem avaliados esses sintomas em pacientes com TE, visto que depressão e ansiedade não tratadas podem ser um mantenedor do hábito de escoriar a pele, o qual por sua vez costuma piorar os sintomas depressivos e ansiosos. Além disso, mais de 30% dos pacientes com TE em nosso estudo apresentavam alguma doença dermatológica, que, muitas vezes, serve como gatilho para início e manutenção do hábito de escoriar a pele, tornando essencial o tratamento da patologia dermatológica em todo o paciente com TE. Assim, a investigação e o tratamento de toda a sintomatologia dermatológica e psiquiátrica é essencial (AZAMBUJA, 2017; CHRISTINA KWON, 2020).

A escala *Skin Picking Scale-Revised* (SPS-R) foi validada para uso na população brasileira mostrando-se um instrumento de alta confiabilidade. Essa escala é autoaplicada, portanto independente de alto conhecimento do examinador sobre TE para seu uso, o que é uma grande vantagem visto que os pacientes buscam diferentes profissionais (psiquiatras, dermatologistas, psicólogos) e muitos não estão familiarizados com esse transtorno (ANZENGRUBER et al., 2017; TUCKER et al., 2011). A escala é capaz de avaliar de forma confiável tanto a dimensão de gravidade quanto a dimensão de impacto do TE, sendo portanto o instrumento mais completo disponível atualmente para avaliar objetivamente esses domínios, os quais são independentes entre si (XAVIER, 2019). A avaliação da gravidade e do impacto do TE é útil para personalizar a melhor intervenção ao paciente e também acompanhar sua evolução ao longo do tratamento. Ao comparar a escala validada para o

português com a escala original, a carga fatorial da questão “dano à pele” foi significativamente mais baixa, especialmente em indivíduos com comorbidades dermatológicas (SNORRASON et al., 2012). A hipótese que explica essa diferença é a de que esses indivíduos apresentam danos na pele decorrentes não apenas do hábito de escoriação em si, mas também de patologias dermatológicas. De fato, indivíduos com comorbidade dermatológica pontuaram mais na escala SPS-R em comparação a indivíduos sem uma patologia dermatológica associada. Por fim, no Brasil o termo “escoriação” é usada apenas desde o DSM-5, sendo que anteriormente se utilizava o termo em inglês “picking” para se referir ao ato de cutucar a pele, o qual não é compreendido por muitas pessoas. Essa diferente linguagem e recente mudança no termo pode influenciar a forma como os indivíduos compreendem a escala, sendo necessários mais estudos para elucidar esses achados.

Esse trabalho corrobora a lacuna existente em relação ao diagnóstico e tratamento do Transtorno de Escoriação, encontrando que menos da metade dos pacientes brasileiros que buscaram o profissional receberam o diagnóstico correto e, mesmo com histórico prévio de TE, menos de 10% dos pacientes haviam realizado Terapia Cognitivo-comportamental. A literatura existente aponta que cerca de 20% dos pacientes recebem esse tratamento de primeira linha, portanto nossos dados mostram que no Brasil esse achado é ainda mais desanimador (GRANT; CHAMBERLAIN, 2021; VALLE; CHESIVOIR; GRANT, 2022). A plataforma digital criada nesse estudo, chamada SOSkin[®], é uma importante forma de aumentar o conhecimento sobre o TE entre pacientes e profissionais. Além disso, a ferramenta de Terapia Cognitivo-comportamental autoaplicada criada pela plataforma mostrou-se eficaz no tratamento do hábito de escoriar a pele, mantendo esse benefício mesmo após 3 meses, e na melhora da qualidade de vida dos pacientes, sustentada mesmo após 1 mês do término da intervenção. A piora da qualidade de vida em dermatologia após 3 meses de tratamento pode ser explicada pela existência de patologias dermatológicas que causavam prejuízo ao paciente, mesmo ele mantendo a melhora no hábito de escoriar a pele. O fato de eles não retomarem o hábito mostra a especificidade da nossa intervenção sobre o TE e mostra a importância do tratamento dermatológico contínuo nesses casos, visto que o agravamento das lesões cutâneas pode ser um gatilho para futuras recidivas do hábito de cutucar a pele (SPITZER et al., 2022).

Apesar de diferentes estudos na literatura mostrarem a eficácia da TCC em formato online mesmo quando autoaplicada (IMAI et al., 2022; PAULEY et al., 2021), ainda careciam estudos em pacientes com TE com metodologia adequada, além da ausência de estudos prévios em países não desenvolvidos (FLESSNER et al., 2007; GALLINAT et al., 2019; MORITZ et al., 2012). Em nosso estudo 2 a intervenção com TCC mostrou-se diferente ao

grupo controle ativo (conforme os resultados vistos nos gráficos apresentados no artigo 2) especialmente no que se refere às escalas DLQI e SPS-R, com os seguintes valores pré/pós na intervenção Vs. no controle: DLQI 11,31/7,07 Vs. 11,65/10,38 p da interação grupoXtempo=0,002; SPS-R 17,93/14,54 Vs. 17,12/16,48 p da interação grupoXtempo=0,017. Nossa intervenção apresentou um grande tamanho de efeito, superior a outra estratégia digital testada para TE e similar a uma estratégia que utilizou suporte de terapeutas treinados (ASPLUND et al., 2022; GALLINAT et al., 2019). Além dos resultados apresentados no artigo 2, quando comparamos o tamanho de efeito da intervenção em relação ao tamanho de efeito do controle ativo, avaliando o intervalo de confiança (IC), encontramos os seguintes dados: DLQI pós $g=0,52$ (IC: 0,16-0,89); DLQI follow-up 1 mês $g=0,47$ (IC:0,05-0,89); SPS-R pós $g=0,34$ (IC:-0,02-0,71); SPS-R follow-up 1 mês $g=0,24$ (IC:-0,18-0,67); SPS-R follow-up 3 meses $g=0,28$ (IC:-0,25-0,81); GAD-7 pós $g=0,26$ (IC:0,11-0,62); PHQ pós $g=0,33$ (IC:-0,04-0,96). A taxa de resposta ao tratamento foi superior após 3 meses do término do tratamento se comparada com o pós-tratamento imediato, um achado que está de acordo com outros estudos que avaliaram o efeito da TCC em médio e longo prazo (MANFRO et al., 2008). Esse fato pode ser explicado pelo fato de que a TCC se propõe a ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta, ou seja, ela aprende as técnicas e as segue aplicando após o tratamento, tornando-se progressivamente mais eficiente no uso das mesmas.

Nosso achado é inovador e traz a possibilidade de expansão da oferta de tratamento de primeira linha do TE, sobrepondo barreiras físicas e deficiência de terapeutas treinados, tornando o tratamento acessível até para pacientes com menos recurso financeiro. A maior dificuldade de intervenções digitais autoaplicadas é manter a adesão dos pacientes, com estudos encontrando taxas de abandono superiores a 90% (FLESSNER et al., 2007). A intervenção do SOSkin encontrou taxas de adesão similares aos estudos que utilizam terapia com suporte de terapeuta, e essa boa adesão pode ser explicada pelo fato de a plataforma possuir sessões breves e com conteúdo interativo, como vídeos, ilustrações e animações (KELDERS et al., 2012). De fato, a SOSkin foi avaliada pelos usuários como um sistema de excelente usabilidade. A maior taxa de abandono de tratamentos digitais indicam que essa modalidade de tratamento pode não ser a melhor para todos os pacientes, mas constituem opção especialmente útil para aqueles com baixa disponibilidade presencial de terapeuta e com motivação para o tratamento. Estratégias digitais também estão associadas a menor custo, podendo ser uma ótima alternativa quando se pensa na saúde populacional e não apenas no indivíduo (RICHARDS et al., 2018).

Esse estudo possui algumas limitações, sendo a primeira o fato de amostra ter sido coletada via anúncio na internet e ter como critério de inclusão o acesso à internet. Isso por ter criado um viés de seleção, visto que geralmente pessoas com menor nível socioeconômico e escolar são as que tem menor acesso à internet, fato inclusive chamado de ‘Exclusão digital’ ou *Digital Divide* (WATTS, 2020). De fato, a maioria da nossa amostra apresentava ensino superior completo ou pós-graduação, não refletindo a realidade da maioria da população brasileira, em que mais de 50% da população não possui ensino médio completo (“<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20propor%C3%A7%C3%A3o%20de,4%25%20entre%202018%20e%202019.>”, [s.d.]). A exclusão dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves também foi necessária para garantir a segurança dos pacientes e também não comprometer a adesão ao protocolo, o que poderia prejudicar a avaliação da eficácia da intervenção. Assim, não é possível afirmar se a amostra final do nosso estudo, composta por 164 sujeitos, é representativa dos 254 participantes que compareceram à primeira avaliação (dentre os 345 sujeitos que buscaram o estudo). Por fim, em nosso estudo cerca de 99% da amostra foi constituída por mulheres, o que está acima da proporção estimada de prevalência do TE, que acomete mulheres em uma proporção de aproximadamente 75% dos casos. Portanto, esses dados devem ser levados em consideração, pois podem ter impacto negativo na validade externa do estudo, ou seja, dificultando sua generalização para a população total. Outras limitações são: o diagnóstico dermatológico via telemedicina, o que pode ter limitado o diagnóstico de algumas condições de pele que requerem exame com dermatoscópio ou coleta de material, e a alta taxa de abandono do tratamento com TCC autoaplicada (cerca de 40%) que, apesar de ser melhor quando comparado com outros estudos semelhantes, precisa ser levada em conta na interpretação dos resultados.

O estudo possui metodologia robusta planejada para mitigar essas limitações, como o fato de a amostra ter sido calculada para um poder de estudo de 95% (superior ao poder de 80% geralmente utilizado pela literatura) e já levando em consideração as possíveis perdas. Outros pontos fortes são o fato de os pacientes terem sido avaliados por psiquiatras e dermatologistas, o que aumenta a acurácia diagnóstica e difere da maior parte da literatura, que utiliza o diagnóstico autorreferido. Além disso, a randomização foi realizada de forma automatizada e individualizada, e a intervenção foi comparada contra um controle ativo, o que são pontos fortes essenciais do nosso estudo. Por fim, outro ponto forte a destacar do

estudo é seu acompanhamento a médio prazo, através da avaliação dos resultados após 1 mês e após 3 meses do término da intervenção, sendo um adicional em relação ao padrão de estudos existentes. É importante destacar que o cálculo do tamanho amostral foi realizado com o objetivo de encontrar diferença significativa nos desfechos primário e secundários após a intervenção, ou seja, ao comparar os tempos pré e pós. Isso pode explicar por que o estudo não teve poder estatístico para encontrar diferenças significativas entre os grupos intervenção e controle em um mesmo momento, pois é possível que para essa finalidade a amostra necessária seja maior.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a versão brasileira da escala Skin Picking Scale-Revised tem boas propriedades psicométricas e permite a avaliação objetiva da gravidade e impacto do transtorno de forma direta e autoaplicada, independentemente de treinamento do profissional, facilitando o diagnóstico desta condição e auxiliando os profissionais no acompanhamento terapêutico desses pacientes. Concluimos também que os pacientes com TE estão em maior risco de sofrer com outras doenças psiquiátricas e dermatológicas, tornando essencial o tratamento em equipe multidisciplinar. Esse trabalho traz ferramentas inovadoras que permitirão um aumento da conscientização sobre o Transtorno de Escoriação (TE) entre profissionais e pacientes, através do uso da plataforma SOSkin[®]. A plataforma é fácil de usar e foi bem aceita pelos pacientes, trazendo diversas ferramentas psicoeducativas que podem ser utilizadas também pelos profissionais da saúde. A Terapia Cognitivo-comportamental em formato digital autoaplicada criada pela plataforma SOSkin[®] se mostrou eficaz, acessível e de menor custo, melhorando a gravidade e o impacto do TE, bem como a qualidade de vida dos pacientes, mantendo os benefícios sobre o TE mesmo após 3 meses de seguimento. Destacamos que os instrumentos de avaliação e as ferramentas de tratamento do TE estão disponíveis majoritariamente no idioma inglês, sendo os estudos existentes realizados em países desenvolvidos. Portanto, importância adicional é dada a esse estudo por ser o primeiro e único a fornecer ferramentas em português eficazes para melhorar o diagnóstico e tratamento de portadores de TE, podendo ser aplicadas milhões de pessoas que vivem em um país em desenvolvimento como o Brasil e também em outros países africanos que falam essa língua.

Como perspectivas futuras, são esperados estudos que incluam pacientes com variados graus socioeconômico e escolar e também com transtornos psiquiátricos graves, de forma segura, para investigar as comorbidades psiquiátricas e dermatológicas em pacientes com TE de forma mais ampla e verificar se essa população também se beneficia do uso do SOSkin[®]. Além disso, estudos conduzidos de forma presencial podem otimizar a compreensão das patologias dermatológicas associadas ao TE, visto que a teleconsulta dermatológica pode ter limitado alguns diagnósticos que são melhor realizados através do exame físico presencial e/ou da coleta de material de pele. Com a finalidade de detalhar melhor o impacto da nossa ferramenta sobre a qualidade de vida do indivíduo é esperada uma análise futura avaliando de forma estratificada os diferentes domínios/itens da escala DLQI nos distintos momentos (pós-intervenção e follow-up), para aumentar a compreensão sobre as mudanças do hábito de

escoriar a pele em si e/ou das lesões de pele secundárias a ele e/ou de outras lesões de pele comórbidas ao longo do tempo. Também é esperado que novos trabalhos testem se essa ferramenta pode ser uma “prescrição digital”, ou seja, indicada por profissionais que acompanham o paciente com TE por outro motivo e que não são especialistas na terapia cognitivo-comportamental. Assim, o paciente pode realizar o tratamento por conta própria, mas sob a supervisão e incentivo do profissional, disseminando o tratamento, aumentando a sua adesão e mantendo seu baixo custo. Outra estratégia que pode ser testada futuramente para otimizar a adesão ao protocolo é a inclusão de técnicas de auto-motivação, consistindo de atividades para o paciente reforçar os motivos pelos quais deseja seguir no tratamento. São esperados estudos que avaliem se sessões de reforço adicionadas ao protocolo de TCC e/ou o acesso contínuo à plataforma, mesmo após o término do tratamento, podem ser trazer benefícios adicionais. Além disso, estudos com seguimento mais longo e que avaliem o SOSkin® em um modelo de terapia assistida podem trazer informações adicionais importantes. Por fim, esperamos que novos estudos possam replicar nossos achados.

9. REFERÊNCIAS

- ALBERT, W. et al. Increased emotional reactivity to affective pictures in patients with skin-picking disorder: evidence from functional magnetic resonance imaging. **Behavioural Brain Research**, v. 336, p. 151–155, 2018.
- ALBRIGHT, JEREMY J.; PARK, HUN MYOUNG. Confirmatory Factor Analysis using Amos, LISREL, Mplus, SAS/STAT CALIS. 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (ED.). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. Fifth edition, text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.
- AMERINGEN, M. V.; PATTERSON, B.; SIMPSON, W. Dsm 5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. **Depression and Anxiety**, v. 31, n. 6, p. 487–493, 2014a.
- AMERINGEN, M. V.; PATTERSON, B.; SIMPSON, W. Dsm 5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. **Depression and Anxiety**, v. 31, n. 6, p. 487–493, 2014b.
- AMORIM, P. Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 106–115, 2000.
- ANDRILLA, C. H. A. et al. Geographic Variation in the Supply of Selected Behavioral Health Providers. **American journal of preventive medicine**, v. 54, n. 6, p. 199–207, 2018.
- ANZENGRUBER, F. et al. Wide range of age of onset and low referral rates to psychiatry in a large cohort of acne excoriée at a Swiss tertiary hospital. **Journal of Dermatological Treatment**, v. 24, p. 1471–1753, 2017.
- ARNOLD, L. M.; AUCHENBACH, M. B.; MCELROY, S. L. Psychogenic Excoriation: Clinical Features, Proposed Diagnostic Criteria, Epidemiology and Approaches to Treatment. **CNS Drugs**, v. 15, n. 5, p. 351–359, 2001.
- ASPLUND, M. et al. Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for trichotillomania and skin-picking disorder in a psychiatric setting: A feasibility trial. **Internet Interventions**, v. 30, p. 100573, dez. 2022.
- ASSOCIATION, A. P. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th. ed. [s.l: s.n.].
- ASSOCIATION, A. P. **Telepsychiatry Toolkit**. Disponível em: <<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit>>. Acesso em: 5 maio. 2021.
- AZAMBUJA, R. D. The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 92, n. 1, p. 63–71, 2017.

BASRA, M. K. A. et al. Determining the Minimal Clinically Important Difference and Responsiveness of the Dermatology Life Quality Index (DLQI): Further Data. **Dermatology**, v. 230, n. 1, p. 27–33, 2015.

BLOCH, M. H. et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. **Biological Psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 839–846, 2007.

BROWNE, H. A. et al. Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 37, n. 3, p. 319–335, 2014.

CARLO, F. D. et al. Telepsychiatry and other cutting-edge technologies in COVID-19 pandemic: Bridging the distance in mental health assistance. **International journal of clinical practice**, v. 75, n. 1, 2021.

CHIPPS, J.; BRYSIEWICZ, P.; MARS, M. Effectiveness and feasibility of telepsychiatry in resource constrained environments? A systematic review of the evidence. **African journal of psychiatry**, v. 15, n. 4, p. 235–243, 2012.

CHRISTINA KWON, N. S., Raveena Khanna, Erik Almazan, Kyle Williams, Noori Kim, Sarina Elmariah, Shawn G. Kwatra. Epidemiology and Comorbidities of Excoriation Disorder: A Retrospective Case-Control Study. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 9, 2020.

COWAN, K. E. et al. Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 94, p. 2510–2523, 2019.

CRAIG-MÜLLER, S. A.; REICHENBERG, J. S. The Other Itch That Rashes: a Clinical and Therapeutic Approach to Pruritus and Skin Picking Disorders. **Current Allergy and Asthma Reports**, v. 15, n. 6, p. 31, jun. 2015.

DESLICH, S. A.; THISTLETHWAITE, T.; COUSTASSE, A. Telepsychiatry in correctional facilities: using technology to improve access and decrease costs of mental health care in underserved populations. **The Permanente journal**, v. 17, n. 3, p. 80–86, 2013.

DÈTTORE, D.; POZZA, A.; ANDERSSON, G. Efficacy of Technology-delivered Cognitive Behavioural Therapy for OCD Versus Control Conditions, and in Comparison with Therapist-Administered CBT: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Cognitive Behaviour Therapy**, v. 44, n. 3, p. 190–211, 4 maio 2015.

FARABEE, D.; CALHOUN, S.; VELIZ, R. An Experimental Comparison of Telepsychiatry and Conventional Psychiatry for Parolees. **Psychiatric services (Washington, DC)**, v. 67, n. 5, p. 562–565, 2016.

FLESSNER, C. A. et al. StopPicking.com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking. **Dermatology Online Journal**, v. 13, n. 4, p. 3, 13 out. 2007.

FLESSNER, C. A.; WOODS, D. W. Phenomenological Characteristics, Social Problems, and the Economic Impact Associated With Chronic Skin Picking. **Behavior Modification**, v. 30, n. 6, p. 944–963, nov. 2006.

GALLINAT, C. et al. An Internet-Based Self-Help Intervention for Skin Picking (SaveMySkin): Pilot Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 21, n. 9, p. e15011, 20 set. 2019.

GRANT, J. E. et al. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathologic skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 30, n. 4, p. 396–403, 2010.

GRANT, J. E. et al. Skin picking disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 169, n. 11, p. 1143–1149, 2012.

GRANT, J. E. et al. Identifying subtypes of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder using mixture modeling in a multicenter sample. **Journal of Psychiatric Research**, v. 137, p. 603–612, 1 maio 2021.

GRANT, J. E. et al. Double-Blind Placebo-Controlled Study of Memantine in Trichotillomania and Skin-Picking Disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 180, n. 5, p. 348–356, 1 maio 2023.

GRANT, J. E.; CHAMBERLAIN, S. R. Trichotillomania and Skin-Picking Disorder: An Update. **FOCUS**, v. 19, n. 4, p. 405–412, out. 2021.

GUPTA, M. A.; GUPTA, A. K. Current concepts in psychodermatology. **Current Psychiatry Reports**, v. 16, n. 6, p. 1–9, 2014.

HARRIES, M. D., Chamberlain, S. R. , Redden, S. A. , Odlaug, B. L. , Blum, A. W. , Grant, J. E. A structural MRI study of excoriation (skin-picking) disorder and its relationship to clinical severity. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, v. 269, p. 26–30, 2017.

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20propor%C3%A7%C3%A3o%20de,4%25%20entre%202018%20e%202019.> [s.d.]. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20propor%C3%A7%C3%A3o%20de,4%25%20entre%202018%20e%202019.>>

<https://icd.who.int/> Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=skin+picking+disorder>>.

IMAI, H. et al. Unguided Computer-Assisted Self-Help Interventions Without Human Contact in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 24, n. 4, p. e35940, 21 abr. 2022.

JAFFERANY, M.; FRANCA, K. Psychodermatology: basics concepts. **Acta dermatovenereologica**, v. 217, p. 35–37, 2016.

JAFFERANY, M.; PATEL, A. Skin-Picking Disorder: A Guide to Diagnosis and Management. **CNS Drugs**, v. 33, n. 4, p. 337–346, abr. 2019.

JON E. GRANT, S. R. C. Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. **Journal of Psychiatric Research**, v. 130, p. 57–60, 2020.

JONES, G., Keuhten, N. ., Greenberg, E. Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking disorder). **Clinics in dermatology**, v. 36, n. 6, p. 728–736, 2018.

JULIE A GRAZIANE, P. G., Jack Cahalane. Telepsychiatry Consultation for Medical and Surgical Inpatient Units. **Psychosomatics**, v. 59, n. 1, p. 62–66, 2018.

KELDERS, S. M. et al. Persuasive System Design Does Matter: a Systematic Review of Adherence to Web-based Interventions. **Journal of Medical Internet Research**, v. 14, n. 6, p. e152, 14 nov. 2012.

KEUTHEN, N. J. et al. The skin picking scale: scale construction and psychometric analyses. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 50, n. 6, p. 337–341, 2001a.

KEUTHEN, N. J. et al. The skin picking impact scale (SPIS): scale development and psychometric analyses. **Psychosomatics**, v. 42, n. 5, p. 397–403, 2001b.

KEUTHEN, N. T., E. S. Reese, H. E. Raikes, J. Lee, L. Mansueto, C. S. Getting the word out: cognitive-behavioral therapy for trichotillomania (hair-pulling disorder) and excoriation (skin-picking) disorder. **Annals of Clinical Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 10–15, 2015.

LESLEY, A. M. et al. An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. **Journal of clinical psychopharmacology**, v. 19, n. 1, p. 15–18, 1999.

LOCHNER, C. R., A. Stein, D. J. Excoriation (skin picking) disorder: a systematic review of treatment options. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 13, p. 1867–1872, 2017.

LOURENÇO, D. F.; VALENTIM, E. C.; LOPES, M. H. B. DE M. Translation and Cross-Cultural Adaptation of the System Usability Scale to Brazilian Portuguese. **Aquichan**, v. 22, n. 2, p. 1–16, 13 maio 2022.

MACHADO, M. O. et al. Skin picking disorder: prevalence, correlates, and associations with quality of life in a large sample. **CNS Spectrums**, p. 1–10, 2018.

MANFRO, G. G. et al. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. suppl 2, p. s81–s87, out. 2008.

MARAZ, A. H., B. Urbán, R. Demetrovics, Z. Pathological grooming: evidence for a single factor behind trichotillomania, skin picking and nail biting. **PloS One**, p. 1–13, 2017.

MISERY, L.; LOSER, K.; STÄNDER, S. Sensitive skin. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 30, p. 2–8, fev. 2016.

MITCHELL, A. J.; VAZE, A.; RAO, S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. **Lancet**, v. 374, n. 9690, p. 609–619, 2009.

MORGAN, R. D.; PATRICK, A. R.; MAGALETTA, P. R. Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 76, n. 1, p. 158–162, 2008.

MORITZ, S. et al. Do it yourself! Evaluation of self-help habit reversal training versus decoupling in pathological skin picking: A pilot study. **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders**, v. 1, n. 1, p. 41–47, jan. 2012.

ODLAUG, B. L.; GRANT, J. E. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. **General Hospital Psychiatry**, v. 30, n. 1, p. 61–66, jan. 2008.

ORGANIZATION, W. H. International Classification of Diseases 11 Revision. v. 11, 2018.

PANG, Y. et al. Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 398, dez. 2021.

PAULEY, D. et al. Two decades of digital interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of treatment effectiveness. **Psychological Medicine**, p. 1–13, 28 maio 2021.

RICHARDS, D. et al. Digital IAPT: the effectiveness & cost-effectiveness of internet-delivered interventions for depression and anxiety disorders in the Improving Access to Psychological Therapies programme: study protocol for a randomised control trial. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 59, dez. 2018.

RICKETTS, E. J. et al. A latent profile analysis of age of onset in pathological skin picking. **Comprehensive Psychiatry**, v. 87, p. 46–52, nov. 2018.

ROCHA, M. M.; PRETTE, Z. A. P. D.; PRETTE, A. D. Placebo in psychological research conceptual, ethical and methodological issues. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, 2008.

ROTHBAUM, B. O. The behavioral treatment of trichotillomania. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 20, n. 1, p. 85–90, 1992.

SANI, G. et al. Drug Treatment of Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder), Excoriation (Skin-picking) Disorder, and Nail-biting (Onychophagia). **Current Neuropharmacology**, v. 17, n. 8, p. 775–786, 25 jul. 2019.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, ago. 2013.

SCHUMER, M. C.; BARTLEY, C. A.; BLOCH, M. H. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 36, n. 2, p. 147–152, 2016.

SILVA, M. T. et al. Generalized anxiety disorder and associated factors in adults in the Amazon, Brazil: A population-based study. **Journal of Affective Disorders**, v. 236, p. 180–186, ago. 2018.

SKURYA, J.; JAFFERANY, M.; EVERETT, G. J. Habit reversal therapy in the management of body focused repetitive behavior disorders. **Dermatologic Therapy**, v. 33, n. 6, nov. 2020.

SMITH, K. et al. COVID-19 and Telepsychiatry: Development of Evidence-Based Guidance for Clinicians. **JMIR mental health**, v. 7, n. 8, 2020.

SNORRASON, I. et al. The skin picking scale-revised: factor structure and psychometric properties. **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders**, v. 1, n. 2, p. 133–137, 2012.

SNORRASON, I. et al. ‘Wanting’ and ‘liking’ skin picking: a validation of the skin picking reward scale. **Journal of Behavioral Addictions**, v. 4, n. 4, p. 250–262, 2015.

SNORRASON, I.; BELLEAU, E. L.; WOODS, D. W. How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. **Clinical Psychology Review**, v. 32, n. 7, p. 618–629, 2012.

SNORRASON, Í.; SMÁRI, J.; ÓLAFSSON, R. P. Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 41, n. 3, p. 238–245, set. 2010.

SPITZER, C. et al. Prevalence of pathological skin-picking in dermatological patients. **Journal of Psychiatric Research**, v. 147, p. 232–236, mar. 2022.

SZEPIETOWSKI, J. C.; REICH, A. Pruritus in psoriasis: An update. **European Journal of Pain**, v. 20, n. 1, p. 41–46, jan. 2016.

TRENOSKA BASILE, V.; NEWTON-JOHN, T.; WOOTTON, B. M. Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology**, p. jclp.23360, 11 abr. 2022.

TUCKER, B. T. P. et al. The skin picking impact project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 25, n. 1, p. 88–95, 2011.

TURK, T. et al. Pharmacological Interventions for Primary Psychodermatologic Disorders: An Evidence Mapping and Appraisal of Randomized Controlled Trials. **Journal of Cutaneous Medicine and Surgery**, v. 27, n. 2, p. 140–149, mar. 2023.

VALLE, S.; CHESIVOIR, E. K.; GRANT, J. E. Characteristics and treatment seeking in an adult Hispanic population with trichotillomania and skin picking disorder. **Psychiatry Research**, v. 315, p. 114706, set. 2022.

WALTHER, M. R. et al. The milwaukee inventory for the dimensions of adult s kin picking (MIDAS): initial development and psychometric properties. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 40, n. 1, p. 127–135, 2009.

WATTS, G. COVID-19 and the digital divide in the UK. **The Lancet Digital Health**, v. 2, n. 8, p. 395–396, 2020.

XAVIER, A. C. M. et al. Skin picking treatment with the Rothbaum cognitive behavioral therapy protocol: a randomized clinical trial. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 5, p. 510–518, 2020.

XAVIER, A. C. M. et al. Comorbidity of psychiatric and dermatologic disorders with skin picking disorder and validation of the Skin Picking Scale Revised for Brazilian Portuguese. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 2022.

XAVIER, A. C. M. et al. Telepsychiatry. Em: PASSOS, I. C.; RABELO-DA-PONTE, F. D.; KAPCZINSKI, F. (Eds.). **Digital Mental Health**. Cham: Springer International Publishing, 2023. p. 163–171.

XAVIER, A. C. M., Barbieri, C. M. ., Flores, L. H. F. ., Prati, C. ., Cassal, C. B. ., Blaya, C. Improving skin picking diagnosis: validation of the skin picking impact scale and development of a photographic instrument. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, In press. v. 94, 2019.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Nº do projeto CAAE: 37827820.6.0000.5327

Título do Projeto: Estratégias digitais para pacientes portadores de dermatoses crônicas com prurido/dermatotilexomania

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o impacto de uma intervenção por via eletrônica no manejo da dermatotilexomania, testando a melhora dos sintomas com a aplicação de quatro módulos de tratamento pela internet. A dermatotilexomania é um transtorno caracterizado pela vontade de causar ou agravar lesões na própria pele. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

1: Ser avaliado por um dermatologista para responder a perguntas sobre sintomas relacionados com a pele em uma reunião via aplicativos gratuitos de comunicação (Whatsapp, Zoom, GoogleMeet, por exemplo), o que permitirá videochamadas no seu celular. Essa etapa levará cerca de 30 minutos e não constitui em consulta médica ou indicação de tratamento.

2: Caso possua critérios para participar, passar por avaliação com psiquiatra, via aplicativos gratuitos de comunicação (Whatsapp, Zoom, GoogleMeet, por exemplo), o que permitirá videochamadas no seu celular, para responder a perguntas sobre sintomas de dermatotilexomania e de ansiedade. Essa etapa levará cerca de 30 minutos.

Caso o psiquiatra identifique situação de risco de vida eminente, ele seguirá o contato eletrônico e auxiliará até a entrada em emergência psiquiátrica ou serviço correlato.

Estes encontros 1 e 2 serão gravados para serem supervisionados em equipe assegurando que a técnica empregada esteja correta. Esse material ficará seguro com a equipe de pesquisa em um servidor com senha para que seus dados estejam protegidos.

3: Responder a um questionário pela internet sobre sintomas de dermatotilexomania, ansiedade, depressão, regulação das emoções e sobre o impacto da pandemia do coronavírus na sua vida. Essa etapa levará cerca de 1 hora.

Após, você passará por um sorteio, no qual poderá entrar em um dos dois grupos do estudo. Nem você nem o pesquisador poderão escolher em qual dos grupos você irá participar.

Grupo 1: Os participantes deste grupo receberão o tratamento com terapia cognitivo comportamental online. A terapia será autoaplicada e ocorrerá 1 vez por semana, por quatro semanas, com duração de 30 minutos cada. Você receberá um e-mail semanal, SMS ou mensagem por aplicativo, orientando a etapa em que estará (de 1 a 4) e também o link/endereço para acesso ao site eletrônico, onde o material estará arquivado. Este material também será anexado ao email, caso você tenha alguma dificuldade em acessá-lo. Ele consiste

de vídeos, textos e materiais gráficos explicativos sobre as técnicas que você aprenderá a aplicar para controle dos seus sintomas.

Grupo 2: Os participantes deste grupo receberão o tratamento que consistirá em vídeos com orientações sobre qualidade de vida 1 vez por semana, por quatro semanas, com duração de 2 minutos cada. Você receberá um e-mail semanal, SMS ou mensagem por aplicativo, orientando a etapa em que estará (de 1 a 4) e também o link/ endereço para acesso ao site eletrônico, onde o material estará arquivado. Este material também será anexado ao email, caso você tenha alguma dificuldade em acessá-lo.

Independentemente do Grupo em que você estiver, por favor, organize-se para realizar as tarefas orientadas no máximo dois dias após o recebimento do e-mail/SMS/mensagem. Desta forma, a etapa da semana estará finalizada e você, pronto para receber o próximo email e progredir no tratamento.

4: Após receber a intervenção, você passará por nova reunião pela internet com um psiquiatra para avaliar seus sintomas de dermatotilexomania e de ansiedade, essa etapa levará cerca de 30 minutos. Você preencherá nesta etapa novamente os formulários de avaliação de seus sintomas.

A finalização de sua participação no estudo será o recebimento de um email com um material gráfico ilustrativo do seu progresso e orientações gerais para cuidar da sua pele.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: leve ansiedade temporária durante os módulos. Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: a melhora da dermatotilexomania, a redução dos sintomas de ansiedade e de depressão. Além disso, você estará contribuindo para a compreensão da dermatotilexomania e de como pessoas com ela se comportam em situações estressantes como uma pandemia. Você estará contribuindo para a produção de conhecimento científico que poderá ajudar a melhorar o tratamento de outros pacientes com essa mesma doença. Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo a você. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Ao assinar este documento, você autoriza em fornecer seu email e número de telefone celular para que a equipe de pesquisa possa entrar em contato.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Prof^a Dr^a Carolina Blaya Dreher, pelo telefone (51) 3333-40-78, com a pesquisadora Clarissa Prati, pelo telefone (51) 99963-30-93 (mensagens pelo aplicativo Whatsapp), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359- 7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado on-line através do Easy Sign.

Você gostaria de participar deste estudo?

() 1 Sim; () 2 Não

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B – ESCALA SKIN PICKING SCALE-REVISED TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS

Escala de Dermatotilexomania Revisada (SPS-R) – versão traduzida para o Português brasileiro

Essa escala autoaplicável avalia a gravidade da dermatotilexomania/skin picking através de 8 itens em escala de 0-4 com crescente gravidade, gerando escore total de 0-32 pontos. Ela avalia os sintomas na ÚLTIMA SEMANA, gerando subescores de gravidade e de impacto. Com relação à ÚLTIMA SEMANA:

1. Com que frequência você sente o impulso de lesar sua pele?

0-Sem impulsos.

1-Leve, ocasionalmente sinto impulsos de lesar a pele, menos de 1h/dia.

2-Moderada, frequentemente sinto impulsos de lesar a pele, 1-3h/dia.

3-Intensa, com muita frequência sinto impulsos de lesar a pele, maior do que 3 e até 8h/dia.

4-Extrema, constantemente ou quase sempre sinto impulsos de lesar a pele.

2. Quão intensos ou fortes são os impulsos de lesar a sua pele?

0-Mínimos ou inexistentes.

1-Leves.

2-Moderados.

3-Intensos.

4-Extremos.

3. Quanto tempo você gasta lesando sua pele por dia?

0-Nenhum.

1-Pouco, gasto menos do que 1h/dia lesando a pele, ou lesiono ocasionalmente.

2-Moderado, gasto de 1-3h/dia lesando minha pele, ou lesiono frequentemente.

3-Muito, gasto mais do que 3 e até 8h/dia lesando minha pele, ou lesiono muito frequentemente.

4-Exagerado, gasto mais do que 8h/dia lesando minha pele, ou quase constantemente lesiono minha pele.

4. Quanto controle você tem sobre o seu impulso de lesar a pele? Em qual grau você consegue evitar lesar sua pele?

0-Controle completo. Sou sempre capaz de evitar que eu lese minha pele.

1-Muito controle. Eu normalmente consigo evitar lesar minha pele.

2-Médio controle. Eu às vezes consigo evitar lesar minha pele.

3-Pouco controle. Eu sou raramente capaz de evitar lesar minha pele.

4-Sem controle. Eu nunca sou capaz de evitar lesar minha pele.

5. Quanta angústia emocional (ansiedade/preocupação, frustração, depressão, desesperança, ou sentimentos de baixa auto-estima) você experiencia a partir do ato de lesar sua pele?

0-Sem angústia emocional ao lesar a pele.

1-Leve, apenas uma ligeira angústia emocional ao lesar a pele. Eu ocasionalmente me sinto emocionalmente angustiado(a) a partir do ato, mas apenas em pequeno grau.

2-Moderada, uma quantidade significativa de angústia emocional ao lesar a pele. Eu, com frequência, sinto angústia emocional a partir do ato.

3-Intensa, uma grande quantidade de angústia emocional ao lesar a pele. Eu quase sempre sinto angústia emocional por causa do ato.

4-Extrema, angústia emocional constante. Eu sinto uma constante angústia emocional e não tenho esperanças de que isso mude.

6. O quanto o seu ato de lesar a própria pele interfere na sua vida social, trabalho (ou funcionalidade)? (Se não está trabalhando no momento, determine o quanto sua performance seria afetada caso fosse empregado.)

0-Não interfere.

1-Pouco, ligeira interferência em atividades sociais ou ocupacionais, mas, no geral, a performance não é prejudicada.

2-Moderadamente, definitiva interferência nas performances social e ocupacional, mas ainda administrável.

3-Muito, causa dano substancial nas performances social ou ocupacional.

4-Extremamente, incapacitante.

7. Você tem evitado fazer qualquer coisa, ir a qualquer lugar, ou estar com qualquer pessoa por causa do ato de lesar a sua pele? Se sim, o quanto você evita?

0-Não evito.

1-Pouco, evitação ocasional em situações sociais ou de trabalho.

2-Moderadamente, evitação frequente em situações sociais ou de trabalho.

3-Muito, evitação muito frequente em situações sociais ou de trabalho.

4-Extremamente, evitação em todas as situações sociais ou de trabalho em decorrência do ato de lesar a própria pele.

8. Quanto dano você tem na pele atualmente por causa do ato de lesar a própria pele? Considerar somente danos produzidos pelo ato de lesar.

0-Nenhum (sem dano na pele pelo ato de lesar).

1-Leve (ligeiro dano na forma de pequenas crostas, feridas, arranhões, etc. Dano cobre uma área muito pequena e não há tentativa de cobri-lo ou tratá-lo).

2-Moderado (notáveis cicatrizes, crostas ou pequenas feridas abertas (< 1cm de diâmetro)). O ato de lesar a pele resulta em tentativas de cobrir ou tratar o dano com remédios caseiros (por exemplo, ataduras, cremes, pomadas) os quais não exigem assistência de um médico.

3-Intenso (grandes cicatrizes, crostas ou feridas abertas (>1cm de diâmetro)), áreas infectadas e/ou notável pele desfigurada. O ato de lesar a pele resulta em tentativas extensas de cobrir o dano e talvez exija tratamento periódico por um profissional médico (por exemplo, prescrição de antibióticos, dermoabrasão, etc).

4-Extremo (grandes feridas abertas ou crateras, sangramento frequente, grandes áreas com cicatrizes). Dano talvez exija cobertura extensiva e intervenção médica (por exemplo, cirurgia plástica, pontos, hospitalização, etc).

Escore total: _____ Sub-escore severidade: _____ Sub-escore prejuízo: _____

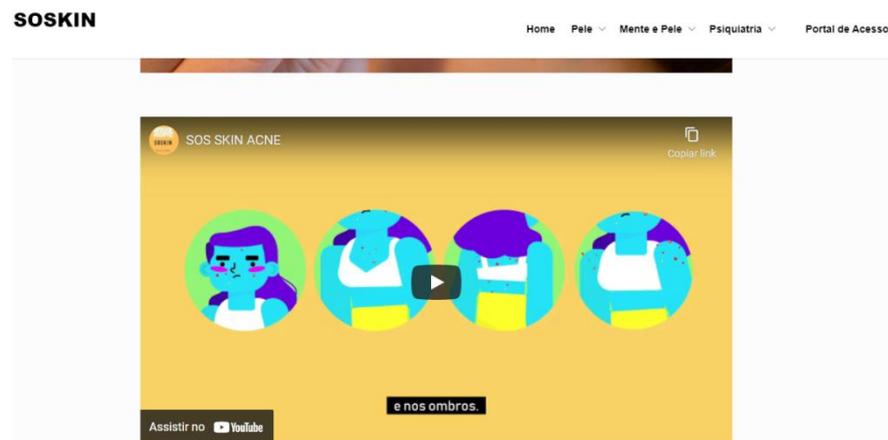
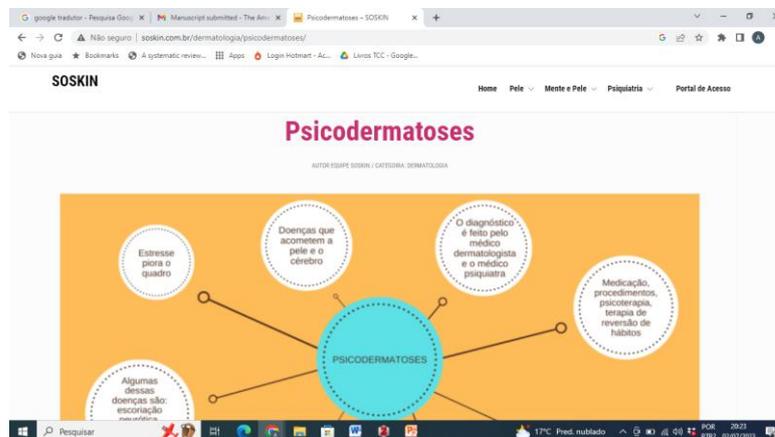
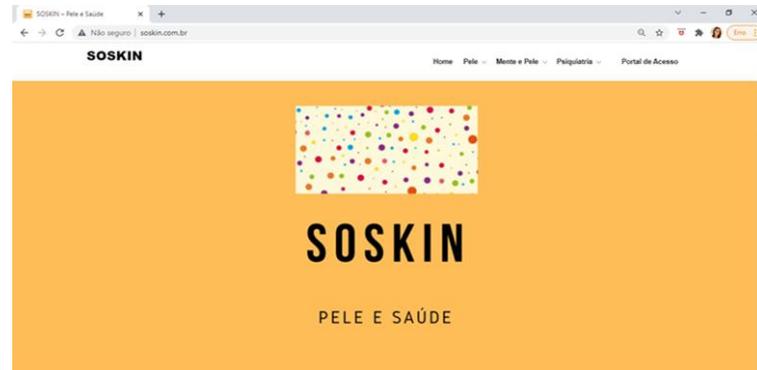
**APÊNDICE C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO “SOSKIN®: A
RANDOMIZED CLINICAL TRIAL OF ON-LINE COGNITIVE-BEHAVIORAL
THERAPY FOR SKIN PICKING DISORDER” AO PERIÓDICO “THE AMERICAN
JOURNAL OF PSYCHIATRY”**

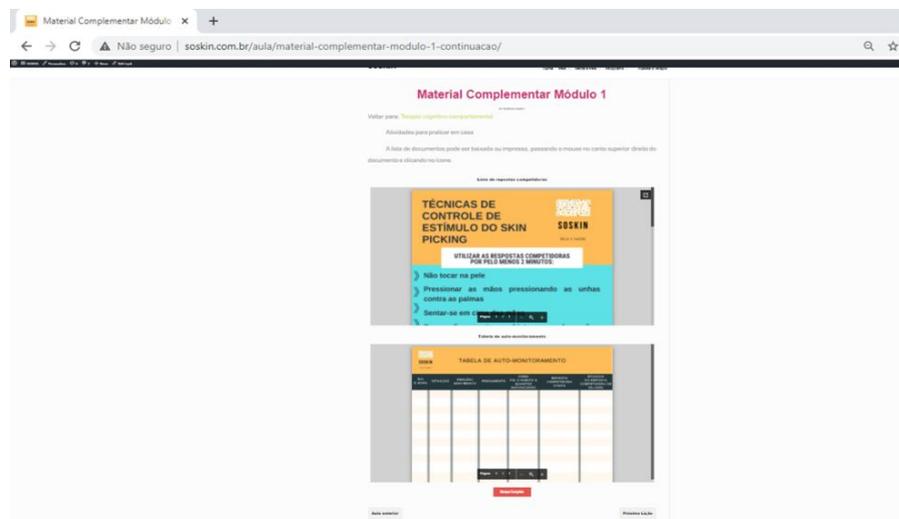
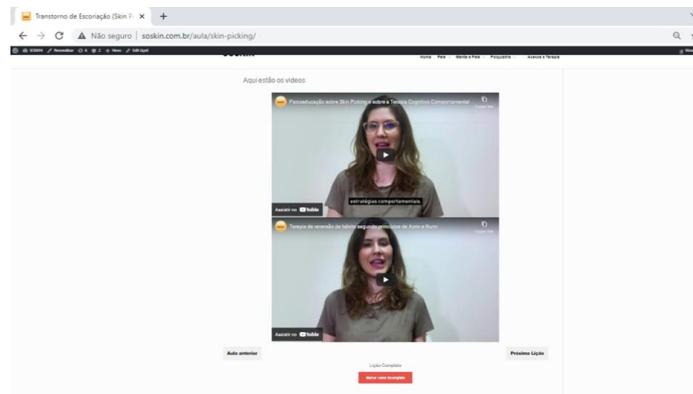
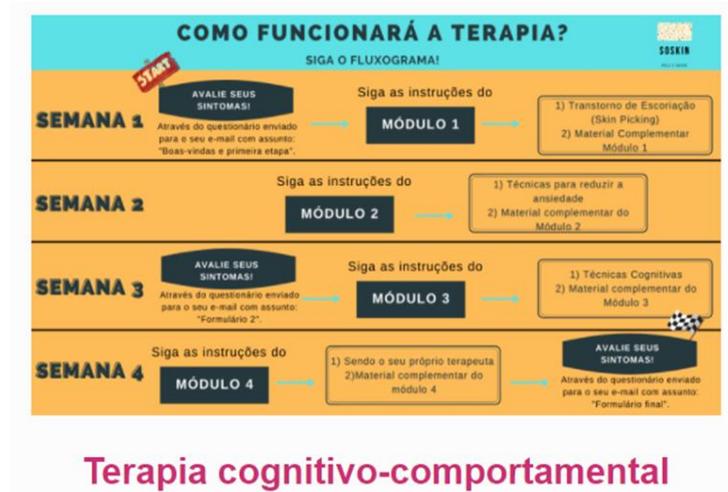
The American Journal of
Psychiatry

**SOSkin®: a randomized clinical trial of on-line cognitive-
behavioral therapy for Skin Picking Disorder.**

Journal:	<i>The American Journal of Psychiatry</i>
Manuscript ID	AJP-20230517
Manuscript Type:	Article
Date Submitted by the Author:	28-Jun-2023
Complete List of Authors:	Castro Menezes Xavier, Alice; Universidade Federal do Rio Grande do Sul Prati, Clarissa; Federal University of Rio Grande do Sul G. Brandão, Murilo; Federal University of Rio Grande do Sul Barbieri Ebert, Alice; Federal University of Health Sciences of Porto Alegre de Amorim Macedo, Malu Joyce; Federal University of Rio Grande do Sul Baptista Fernandes, Maria João; Federal University of Health Sciences of Porto Alegre Manfro, Gisele; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal Blaya Dreher, Carolina; Hospital de Clinicas de Porto Alegre; Federal University of Health Sciences of Porto Alegre
Keywords:	Cognitive < Psychotherapy, Behavioral < Psychotherapy

APÊNDICE D – IMAGENS DO PRODUTO SOSKIN®





(Mais informações podem ser obtidas diretamente na plataforma, endereço <http://www.soskin.com.br/>)

ANEXO A – SKIN PICKING SCALE-REVISED

Instructions: For each item, pick the one answer which best describes the past week. If you have been having ups and downs, try to estimate an average for the past

week. Please be sure to read all answers in each group before making your choice.

(1) How often do you feel the urge to pick your skin?

0 No urges

1 Mild, occasionally experience urges to skin pick, less than 1 h/day

2 Moderate, often experience urges to skin pick, 1–3 h/day

3 Severe. Very often experience urges to skin pick, greater than 3 and up to 8 h/day.

4 Extreme, constantly or almost always have an urge to skin pick

(2) How intense or “strong” are the urges to pick your skin?

0 Minimal or none

1 Mild

2 Moderate

3 Severe

4 Extreme

(3) How much time do you spend picking your skin per day?

0 None

1 Mild, spend less than 1 h/day picking my skin, or occasional skin picking.

2 Moderate, spend 1–3 h/day picking my skin, or frequent skin picking.

3 Severe, spend more than 3 and up to 8 h/day picking my skin, or very frequent skin picking.

4 Extreme, spend more than 8 h/day picking my skin, or near constant skin picking.

(4) How much control do you have over your skin picking? To what degree can you stop yourself from picking?

0 Complete control. I am always able to stop myself from picking.

1 Much control. I am usually able to stop myself from picking

2 Some control. I am sometimes able to stop myself from picking.

3 Little control. I am rarely able to stop myself from picking.

4 No control. I am never able to stop myself from picking.

(5) How much emotional distress (anxiety/worry, frustration, depression, hopelessness, or feelings of low self-esteem) do you experience from your skin picking?

0 No emotional distress from picking.

1 Mild, only slight emotional distress from my picking. I occasionally feel emotional distress because of my picking, but only to a small degree.

2 Moderate, a fair amount of emotional distress from my picking. I often feel emotional distress because of my picking.

3 Severe, a large amount of emotional distress. I almost always feel emotional distress because of my picking.

4 Extreme, constant emotional distress. I feel constant emotional distress and see no hope of this changing.

(6) How much does your skin picking interfere with your social, work (or role functioning)? (If currently not working determine how much your performance would be affected if you were employed.)

0 None

1 Mild, slight interference with social or occupational activities but overall performance not impaired

2 Moderate, definite interference with social or occupational performance, but still manageable.

3 Severe, causes substantial impairment in social or occupational performance.

4 Extreme, incapacitating

(7) Have you been avoiding doing anything, going any place, or being with anyone because of your skin picking? If yes, then how much do you avoid?

0 None

- 1 Mild, occasional avoidance in social or work settings.
- 2 Moderate, frequent avoidance in social or work settings.
- 3 Severe, very frequent avoidance in social or work settings.
- 4 Extreme, avoid all social and work settings as a result of the skin picking/scratching.

(8) How much skin damage do you currently have because of your skin picking? Only consider the damage produced by the behavior of picking.

0 None (no skin damage from picking)

1 Mild (Slight damage in the form of small scabs, sores, scrapes etc. Damage covers a very small area and no attempts are made to cover or treat the damage).

2 Moderate (Noticeable scars, scabs, or small open sores (0.1 cm in diameter)). Picking results in attempts to cover or treat the damage with in-home remedies (e.g., bandages, creams, ointments) that do not require the assistance of a physician.

3 Severe. (Large scars, scabs or open sores (1 cm in diameter)), infected areas and/or noticeably disfigured skin. Picking results in extensive attempts to cover the damage and may require periodic treatment by a medical professional (e.g., prescription antibiotics, dermabrasion, etc.)

4 Extreme. (Large open wounds or craters, frequent bleeding, large scarred areas). Damage may require extensive covering and medical intervention (e.g., plastic surgery, stitches, hospitalization, etc.)

Total score: Severity score: Impact score:

ANEXO B – ESCALA DE ANSIEDADE GENERALIZADA 7 (GAD-7)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? (Marque sua resposta com “X”)

	Nenhuma Veza	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - PHQ-9

Agora vamos falar sobre como o(a) sr.(a) tem se sentido nas últimas duas semanas. (Marque sua resposta com “X”)

	Nenhum Dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3
2. Sentir para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	0	1	2	3
4. Se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comeu demais?	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?	0	1	2	3

ANEXO D - ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA - DLQI

O objetivo deste questionário é medir o quanto o seu problema de pele afetou sua vida no decorrer da última semana. Marque com uma X a melhor resposta para cada pergunta. Ao final, some a pontuação sendo: MUITÍSSIMO: 3; Muito: 2; Um pouco: 1; Nada: 0.

1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada

2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada

3. Na última semana, quanto sua pele interferiu em suas compras ou em suas atividades dentro e fora de casa?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada

4. Na última semana, quanto sua pele influenciou a escolha das roupas que você vestiu?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada

5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada

6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada

7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola?

Sim Não Não relevante

Caso sua resposta seja NÃO, na última semana quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola?

Muito Um pouco Nada

8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada Não relevante

9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada

10. Na última semana, quanto seu tratamento de pele foi um problema, deixando sua casa desorganizada ou tomando muito de seu tempo?

MUITÍSSIMO Muito Um pouco Nada

ANEXO E – ESCALA DE USABILIDADE DO SISTEMA

1. Eu acho que gostaria de usar esse sistema com frequência.
2. Eu acho o sistema desnecessariamente complexo.
3. Eu achei o sistema fácil de usar.
4. Eu acho que precisaria de ajuda de uma pessoa com conhecimentos técnicos para usar o sistema.
5. Eu acho que as várias funções do sistema estão muito bem integradas.
6. Eu acho que o sistema apresenta muita inconsistência.
7. Eu imagino que as pessoas aprenderão como usar esse sistema rapidamente.
8. Eu achei o sistema atrapalhado de usar.
9. Eu me senti confiante ao usar o sistema.
10. Eu precisei aprender várias coisas novas antes de conseguir usar o sistema.

Como calcular o escore da escala:

Some a pontuação total de todas as questões ímpares (questões 1, 3, 5, 7 e 9) e, em seguida, subtraia 5 do total para obter (X).

Some a pontuação total de todas as questões de número par (questões 2, 4, 6, 8 e 10), então subtraia esse total de 25 para obter (Y).

Some a pontuação total dos novos valores (X+Y) e multiplique por 2,5.

Interpretação do escore total:

- Até 20,5 = pior imaginável
- 21 a 38,5 = pobre
- 39 a 52,5 = média
- 53 a 73,5 = bom
- 74 a 85,5 = excelente
- 86 a 100 – melhor imaginável