



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**  
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

**CAROLINA ANDREIA CASTRO LOPES**

***Transtorno de escoriação e o papel do médico de família***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:  
DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO  
DR.<sup>a</sup> LILIANA RUTE ANTÓNIO CONSTANTINO

MARÇO/2017

## Índice

<b>Lista de Siglas e Abreviaturas</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>6</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>8</b>
<b>Material e métodos</b> .....	<b>11</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>13</b>
<b>Discussão</b> .....	<b>22</b>
<b>Conclusão</b> .....	<b>27</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>29</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>30</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>32</b>
<b>Anexo I- Autorização para utilização das versões portuguesas das escalas</b> .....	<b>32</b>
<b>I-MHI-38</b> .....	<b>32</b>
<b>II- WHOQOL-BREF</b> .....	<b>32</b>
<b>III-JSPPE</b> .....	<b>33</b>
<b>Anexo II- Escalas utilizadas</b> .....	<b>34</b>
<b>I-Modelo de entrevista-DSM-V</b> .....	<b>34</b>
<b>II-Qualidade de vida-WHOQOL-BREF</b> .....	<b>35</b>
<b>III-Inventário de saúde mental- MHI</b> .....	<b>39</b>
<b>IV-Funcionalidade Familiar-FACES-IV</b> .....	<b>49</b>
<b>V- Empatia- JSPPE</b> .....	<b>54</b>

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

**DSM-V-** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

**WHOQOL-BREF-** Abbreviated version of Quality of Life, World Health Organization

**MHI-** Mental Health Inventory

**FACES-IV-**the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – version IV

**JSPPPSE-** Jefferson scale of patients perceptions of physician empathy

**SPSS-** Statistical package for Social Science

**N-** número

**DP-** desvio padrão

**TE-** transtorno de escuriação

**MIDAS-** Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin picking

**SPS-** Skin Picking Scale

## **Resumo**

**Introdução:** O transtorno de escuriação é uma doença mental introduzida pela primeira vez como entidade distinta no DSM-V, contudo são poucos os doentes que procuram cuidados de saúde.

**Objetivos:** Estimar a prevalência desta doença nos estudantes universitários portugueses, relacionar esta doença com a qualidade de vida e funcionalidade familiar, e verificar se há relação entre a empatia com o médico de família e a procura de ajuda.

**Métodos:** Realizou-se um estudo transversal. Os critérios de inclusão foram idade mínima de 18 anos e estar matriculado numa Universidade portuguesa. Foi distribuído um inquérito eletrónico entre novembro de 2016 a janeiro de 2017 com caracterização sociodemográfica, o modelo de entrevista do DSM-V para o diagnóstico de transtorno de escuriação e escalas validadas para a população portuguesa: qualidade de vida (WHOQOL-BREF), saúde mental (MHI), funcionalidade familiar (FACES-IV) e empatia do médico de família percebida pelo doente (JSPPPE). Procedeu-se a análise estatística descritiva e inferencial.

## **Resultados:**

Obteve-se uma amostra de 1000 indivíduos maioritariamente entre os 18 e 21 anos (82,1%) com uma média de idades de  $19,52 \pm 1,86$  anos.

A prevalência deste transtorno foi de 34,7% (N=347) dos quais 23,6% (N=82) procurou aconselhamento com o médico de família, e nestes a qualidade de vida era significativamente pior nos domínios psicológico e social (ambos  $p < 0,001$ ). Os que pediram aconselhamento tinham uma pior funcionalidade familiar total ( $p=0,048$ ), pouca flexibilidade ( $p=0,021$ ), pior satisfação ( $p=0,042$ ), comunicação ( $p < 0,001$ ), rácio de flexibilidade ( $p=0,035$ ) e famílias mais caóticas ( $p < 0,001$ ). Doentes com maior empatia pediram mais aconselhamento ao médico de família ( $p=0,041$ ).

Comparando a população com e sem critérios desta doença encontramos pior qualidade de vida na população doente no domínio psicológico ( $p=0,035$ ) e uma pior funcionalidade familiar, pior equilíbrio de flexibilidade ( $p=0,048$ ), comunicação ( $p=0,021$ ), satisfação ( $p=0,043$ ), rácio total de flexibilidade ( $p=0,016$ ), com famílias mais desligadas ( $p<0,001$ ) e caóticas ( $p<0,001$ ).

### **Discussão e conclusão:**

A prevalência desta doença estimada é 34,7%. Verificou-se uma pior qualidade de vida nos domínios social e psicológico, e famílias mais disfuncionais nos doentes. Nestes, os que tinham maior empatia com o seu médico de família foram os que mais o procuraram.

A empatia nos cuidados de saúde primários parece ser importante na procura de cuidados na população estudada.

Tratou-se de um estudo de distribuição eletrónica em que a população poderá não ser totalmente representativa. Sugere-se um estudo mais representativo e a validação de escalas diagnósticas.

**Palavras-Chave:** “Escoriação”, “Prevalência”, “Qualidade”, “Empatia”, “Biopsicossocial”, “Família”, “Funcionalidade”

## **Abstract**

**Introduction:** Excoriation disorder is a mental disease introduced for the first time on DSM-V as a distinct entity, however, a minority of patients seek medical advice.

**Objectives:** Assess the prevalence of this disease in a population of Portuguese university students and if there is a relation with their quality of life and family functionality, and if empathy with their primary care physician is determinant in seeking help.

**Methods:** A transversal study was conducted between November 2016 and January 2017. Inclusion criteria were a minimal age of 18 years old students with Portuguese nationality, enrolled in a Portuguese university. A questionnaire was made available online with sociodemographic data, interview model from DSM-V for diagnostic of excoriation disorder, quality of life (WHOQOL-BREF), mental health (MHI), family functionality (FACES-IV) and patient's perceptions of physician empathy (JSPPE), validated scales for the Portuguese population. Individuals with drug abuse and severe symptoms of mental disease were excluded. The results were interpreted by descriptive statistics and inferential analysis.

**Results:** A total of 1000 people participated in this study. The majority had between 18 and 21 years old (82,1%, n=821) with a mean age of  $19,52 \pm 1,862$  years old.

The prevalence of excoriation disorder is 34,7% (N=347), from which 23,6% (N=82) sought medical advice with primary care physician. These patients had worse results on psychological and social domains (both with a  $p$  value  $< 0,001$ ), and worse family functionality with low flexibility ( $p=0,021$ ), worse satisfaction ( $p=0,042$ ), flexibility ratio ( $p=0,035$ ), total circumplex ratio ( $p=0,048$ ), more chaotic ( $p < 0,001$ ) and communication ( $p < 0,001$ ).

Patients with more empathy with their primary care physician were the ones who sought more help ( $p=0,041$ ).

Comparing healthy subjects with patients with excoriation disorder we found worse results on those who had excoriation disorder on the psychological domain ( $p= 0,035$ ) and their family functionality was worse, flexibility ( $p=0,048$ ), communication ( $p=0,021$ ), satisfaction ( $p=0,043$ ), total flexibility ratio ( $p=0,016$ ), disengaged ( $p<0,001$ ) and chaotic ( $p<0,001$ ).

### **Discussion and conclusion:**

The estimated prevalence of this disorder is 34,7%. These subjects had a poor quality of life on social and psychological, and a higher level of family dysfunctionality. Subjects with more empathy for their primary health care physicians compose the majority who sought medical advice.

Empathy on primary health care seems a key factor on searching for medical advice.

The questionnaire was made available online and the population may not be representative. We suggest a longitudinal study and validation of scales.

**Keywords:** “Excoriation”, “Prevalence”, “Quality”, “Empathy”, “Biopsychosocial”  
” “Family”, “Functionality”

## **Introdução**

Em 1875, William James Erasmus Wilson, Dermatologista, utilizou o termo escoriação neurótica para descrever uma doença que é atualmente conhecida como transtorno de escoriação, “skin picking disorder” ou “dermatillomania”.(1)

Durante muitos anos não foi considerada uma doença, pelo que só foi introduzida pela primeira vez como entidade distinta na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) em 2013 no capítulo de doenças relacionadas com o transtorno obsessivo-compulsivo, e abrange cinco critérios de diagnóstico(2):

- A) Remoção de pele de forma recorrente, resultando em lesões;
- B) Tentativas repetidas de reduzir ou parar este comportamento;
- C) Este comportamento provoca sofrimento clinicamente significativo no relacionamento pessoal, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- D) Este comportamento não é consequência do consumo de substâncias ilícitas ou de outra condição médica;
- E) Este comportamento não é explicado pelos sintomas de outras doenças mentais.

Trata-se, portanto, de um diagnóstico de exclusão.

A etiologia é desconhecida, contudo pensa-se que poderá haver uma predisposição genética, enquanto os fatores ambientais são mais importantes na idade em que esta se inicia.(3)

No que diz respeito à prevalência, esta parece ser aproximadamente de 5,4% na população universitária dos Estados Unidos da América, dos quais cerca de 75% correspondem ao sexo feminino(4).

É uma prevalência baixa, contudo pensa-se que poderá ser maior. Tal como houve relutância na comunidade científica em incluir este transtorno como entidade distinta, também estas pessoas a têm, porque não reconhecem que se trata de uma doença.

Verifica-se que são raros os casos em que é o próprio a procurar os cuidados de saúde, uma percentagem inferior a 20% num estudo(5), e dos que procuram ajuda, procuram primariamente o Médico de Família ou um Dermatologista.

Contudo, o seu impacto não deve ser subestimado porque pode ter consequências significativas tais como: infeções repetidas, desfiguramento, alterações emocionais e interferência na vida social e profissional pelo tempo despendido na remoção de peles.(5)

Diversos estudos foram publicados, e contribuíram para uma maior compreensão desta doença, a sua prevalência, forneceram ferramentas para o diagnóstico, opções terapêuticas e consequências clínicas.(5, 7-9) Num estudo concluiu-se que pessoas com o diagnóstico de transtorno de escoriação têm uma pior qualidade de vida: 10,2% e 30,5% reportaram uma qualidade de vida baixa e muito baixa, respetivamente.(6)

No entanto em Portugal, não há até à presente data, estudos publicados acerca da prevalência desconhecendo-se se é um problema na nossa população e a sua dimensão.

Os objetivos deste trabalho são: estimar a prevalência desta doença numa população específica de estudantes universitários portugueses e perceber a sua relação com a qualidade de vida e a funcionalidade familiar.

A empatia é um elemento chave na relação médico-doente, e esta compreensão mútua e trocas recíprocas podem contribuir para um resultado clínico mais positivo. (10)

Como o Médico de Família é um Profissional de Saúde que acompanha regularmente o doente pretendeu-se como objetivo também avaliar se a empatia com o mesmo é um fator determinante na procura de cuidados no caso deste transtorno.

## **Material e métodos**

### **População:**

Os critérios de inclusão dos participantes foram: estudantes de nacionalidade Portuguesa a frequentar o Ensino Superior com idade mínima de 18 anos.

### **Instrumentos:**

Para o estudo, recorremos a escalas validadas para a população portuguesa e foi construído um questionário constituído por duas partes: dados sociodemográficos e escalas, tendo sido solicitada a permissão dos respetivos autores para a sua utilização neste estudo. O questionário foi disponibilizado na Internet entre o dia 1 de novembro de 2016 e 23 de janeiro de 2017 utilizando a ferramenta “Google Forms”, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos.

#### **1-Dados sociodemográficos**

Um total de oito questões inquirindo a idade, género, estado civil, nacionalidade, concelho, distrito, profissão e Universidade.

#### **2- Modelo de entrevista baseado no DSM-V (2) (anexo II- I)**

Um total de 5 questões que permite fazer o diagnóstico, avaliar as áreas que afetam o indivíduo, e excluir os que tenham uma doença ou história de abuso de substâncias ilícitas que justifique o comportamento de beliscar repetitivamente a pele. Considerou-se como tendo o diagnóstico as pessoas que afirmaram beliscar recorrentemente a pele resultando em lesões, tentativa de reduzir o comportamento, sem história de abuso de drogas, com sofrimento em pelo menos uma área importante na sua vida, e cujos sintomas não eram consequência de uma outra doença mental subjacente.

### **3-MHI (Mental Health Inventory) (11) (anexo II-II)**

Um total de 38 perguntas que avalia 5 domínios: Afeto Positivo, Laços Emocionais, Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional/ Comportamental, que se inserem em duas grandes dimensões Bem-Estar Positivo e Distresse. Escala traduzida e validada para Portugal.

### **4-WHOQOL-BREF (12) (anexo II-III)**

Um total de 26 questões para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida. Integra quatro domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. Escala traduzida e validada para Portugal.

### **5- FACES-IV (13) (anexo II- IV)**

Um total de 62 questões que avalia 4 domínios: Coesão, Flexibilidade, Comunicação e Satisfação. Está, ainda, dividida em 6 subescalas: Coesão e Flexibilidade Equilibradas, Coesão desagregada, Aglutinada, Flexibilidade Rígida e Caótica. Escala traduzida e validada para Portugal.

### **6-) JSPPPE(12) (anexo II- V)**

Um total de 5 questões que pretende avaliar a empatia que o doente sente pelo médico de família. Escala traduzida e validada para Portugal.

Posteriormente, o endereço do questionário foi colocado num fórum de estudantes universitários no seguinte endereço “[www.uniarea.com](http://www.uniarea.com)” tendo sido também solicitado aos que participaram que partilhassem o endereço do questionário com colegas das: Universidade dos Açores, Universidade do Algarve, Universidade de Aveiro, Universidade da Beira Interior, Universidade de Coimbra, Universidade de Évora, Universidade de Lisboa, Universidade Nova

de Lisboa, Universidade da Madeira, Universidade do Minho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Universidade do Porto.

Para a análise dos resultados utilizámos o Statistical Package for Social Science (SPSS) © para o sistema operativo Windows, versão 22. Fez-se análise descritiva e inferencial após análise da distribuição das variáveis a analisar, tendo sido obtida uma amostra com distribuição que se afasta da normalidade, pelo que foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney U para duas amostras independentes. Considerou-se um valor  $p < 0,05$  estatisticamente significativo.

## **Resultados**

Obteve-se uma amostra de 1000 indivíduos cuja caracterização sociodemográfica inclui faixa etária, sexo, estado civil, nacionalidade, profissão e Universidade. Esta caracterização é apresentada na Tabela I.

A faixa etária mais prevalente é dos jovens entre os 18 e os 21 anos (82,1%) com uma média de idades de  $19,52 \pm 1,862$  anos. A segunda mais comum é dos jovens entre os 22 e 24 anos (17,6%). Dos inquiridos há um predomínio do sexo feminino que perfaz um total de 67,6% (n=676).

Quanto ao estado civil, 99,8% são solteiros. A totalidade da amostra tem nacionalidade Portuguesa e é estudante.

A população caracterizada neste estudo frequenta maioritariamente a Universidade da Beira Interior 38% (n=380), seguida da Universidade de Coimbra 22,7% (n=227) e Universidade do Porto (n=207; 20,7%). Não se obteve respostas de estudantes da Universidade dos Açores, nem da Universidade da Madeira.

**Tabela I-** Caracterização sociodemográfica da amostra (n=1000)

		%
<b>Faixa etária</b>	18-21	82,1%
	22-24	17,6%
	25-29	0,3%
	<b>Idade (média±DP)</b>	19,518±1,862
<b>Sexo</b>	Masculino	32,4%
	Feminino	67,6%
<b>Estado civil</b>	Solteiro	99,8%
	Casado	0,2%
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	100%
<b>Profissão</b>	Estudante	100%
<b>Universidade</b>	Algarve	0,3%
	Aveiro	1,4%
	Beira Interior	38%
	Coimbra	22,7%
	Lisboa	12%
	Nova de Lisboa	1,6%
	Minho	2,3%
	Porto	21,7%
<b>Total</b>		100%

DP-desvio padrão

Na Tabela II são apresentados os resultados da entrevista baseada no DSM-V.

Do total da amostra, 65,6% afirma beliscar a pele de forma recorrente, enquanto 34,4% afirma não o fazer.

**Tabela II** -Modelo de Entrevista baseado no DSM-V

		<b>Total</b>
<b>Lesões provocadas pela remoção recorrente de peles</b>	Sim	65,6%
	Não	34,4%
<b>Tentativa de reduzir ou parar o comportamento</b>	Sim	45,8%
	Não	19,8%
	Não se aplica	34,4%
<b>Sufrimento</b>	Familiar	5,3%
	Social	60,3%
	Não sinto sofrimento em nenhuma destas áreas	34,4%
<b>Consumo de drogas</b>	Não	98,2%
	Sim	1,8%
<b>Doença Mental</b>	Não	100%
<b>Outras doenças</b>	Não	100%
<b>Total</b>		100%

Apurou-se que 65,6% parecem cumprir os critérios de transtorno de escuriação, mas destes apenas 45,8% (n=458) tentou reduzir o comportamento sendo excluídos os 19,8% que não o tentou fazer porque não cumprem os critérios de diagnóstico.

Destes 45,8%, observa-se na tabela III que todos referiram: sofrimento em alguma área questionada, todos negam consumo de drogas e todos negam doença mental ou outras doenças. As áreas que provocaram maior sofrimento foram significativamente maiores na área social 70,32% e na área familiar 29,68%. Não se obteve respostas na área do sofrimento profissional.

**Tabela III-** População que cumpre os critérios de diagnóstico de diagnóstico do DSM-V

<b>100%(N=458)</b>		
<b>Lesões provocadas pela remoção recorrente de peles</b>	Sim	100%
<b>Tentativa de reduzir ou parar o comportamento</b>	Sim	100%
<b>Sufrimento</b>	Familiar	70,32%
	Social	29,68%
<b>Consumo de drogas</b>	Não	100%
<b>Doença Mental</b>	Não	100%
<b>Outras doenças</b>	Não	100%
<b>Total</b>		100%

Na tabela IV são apresentados os resultados do MHI, e verifica-se que 24,2% (N=111) apesar de cumprirem os critérios de diagnóstico de transtorno de escuriação, têm sintomas graves de doença mental, e por conseguinte são excluídos deste estudo por não cumprirem os critérios de diagnóstico de transtorno de escuriação. Assim, o total final de indivíduos com este transtorno é de 34,7%. Não se obteve indivíduos com pontuação moderada de sintomatologia mental.

**Tabela IV-** Resultados do MHI na população que cumpre os critérios de TE

<b>TE</b>	
	<b>%(n)</b>
<b>Sintomas Leves</b>	75,8%(347)
<b>Sintomas Graves</b>	24,2%(111)
<b>Total</b>	100%(458)

TE- transtorno de escuriação

Dos doentes que cumprem os critérios de diagnóstico de transtorno de escuriação, apenas 23,6% (N=82) procuraram aconselhamento com o seu médico de família. Não se obteve respostas de inquiridos que tivessem procurado uma outra especialidade médica. A maioria, 76,4% (N=265) não procurou qualquer aconselhamento médico.

Quanto ao WHOQOL-BREF, verifica-se que houve uma diferença estatisticamente significativa nos domínios Psicológico e Social ( $p < 0,001$ ), com pior qualidade de vida nestes domínios nas pessoas que pediram ajuda (tabela V). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos dos que pediram e os que não pediram aconselhamento ao médico de família nos domínios Físico e Social.

Na análise da FACES-IV, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na subescala equilibrada de coesão nem nas subescalas desequilibradas: desligada, emaranhada, rígida nem no rácio total de coesão obtido.

Doentes com transtorno de escuriação que pediram ajuda apresentaram pontuações mais baixas em diferentes subescalas da FACES-IV comparado com os que não pediram, nomeadamente na subescala equilibrada de flexibilidade, subescala de satisfação, rácio de flexibilidade e rácio total circunplexo ( $p=0,021$ ,  $p=0,042$ ,  $p=0,035$  e  $p=0,048$ , respetivamente). Na subescala desequilibrada caótica e subescala de comunicação obtivemos também diferenças entre os grupos ( $p < 0,001$ ), com piores resultados no grupo que pediu ajuda.

Com a análise da JSPPPE constatou-se que os doentes com transtorno de escuriação que pediram aconselhamento ao médico de família tinham significativamente maior empatia que os que não pediram ( $p=0,041$ ).

**Tabela V-** Diferenças na qualidade de vida e funcionalidade familiar entre os doentes com TE que pediram, e os que não pediram aconselhamento ao médico de família

		<b>Pediu (n=82)</b>	<b>Não pediu (n=265)</b>	<b>p*</b>
		<b>Média ± DP</b>	<b>Média ± DP</b>	
<b>WHOQOL-Bref</b>	Físico	72,30±3,87	85,2±3,33	0,812
	Psicológico	28,05±1,45	58,51±1,70	<b>&lt;0,001</b>
	Social	24,05±2,01	67,76±4,32	<b>&lt;0,001</b>
	Ambiental	72,15±5,12	80±2,25	0,937
<b>FACES-IV</b>	Coessão	17,71±3,20	21,42±5,99	0,364
	Flexibilidade	12,39±4,52	20,37±5,40	<b>0,021</b>
	Desligada	23,32±2,40	20,11±5,31	0,092
	Emaranhada	19,46±2,04	18,02±3,74	0,865
	Rígida	23,55±1,69	21,44±3,17	0,27
	Caótica	12,77±4,81	27,05±7,78	<b>&lt;0,001</b>
	Comunicação	10,73±6,61	29,36±8,12	<b>&lt;0,001</b>
	Satisfação	16,54±6,13	26,01±12,58	<b>0,042</b>
	Rácio Coessão	0,87±0,38	1,28±0,66	0,47
	Rácio Flexibilidade	0,54±0,44	1,07±0,55	<b>0,035</b>
	Rácio Total	0,60±0,41	1,17±0,60	<b>0,048</b>
	Rácio Circumplexo			
	<b>JSPPPE</b>		31,19±1,92	8,54±1,87
<b>Total (%)</b>		82 (23,6%)	265(76,4%)	

TE- transtorno de escoriação; DP-desvio padrão; \*p- Teste de Mann-Whitney U

Na Tabela VI são apresentadas as diferenças entre a população com transtorno de escuriação e a população saudável.

Da análise ao WHOQOL-BREF, observamos que doentes com transtorno de escuriação apresentam pior qualidade de vida no domínio psicológico ( $p= 0,035$ ) e não foram encontrados resultados estatisticamente significativos nos domínios: Físico, Social e Ambiental entre as duas populações.

Quanto ao FACES-IV, doentes com transtorno de escuriação apresentam pontuações mais baixas na subescala equilibrada de flexibilidade, subescalas de comunicação e satisfação e rácio de flexibilidade com diferenças significativas ( $p=0,048$ ,  $p=0,021$ ,  $p=0,043$  e  $p=0,016$ , respetivamente) entre os dois grupos. Estes doentes apresentam pontuações mais elevadas nas subescalas desequilibradas desligada e caótica, com diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ( $p<0,001$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas equilibradas de coesão, nas subescalas desequilibradas desligada, emaranhada e rígida, e no rácio de coesão.

**Tabela VI-** Diferenças na qualidade de vida e funcionalidade familiar entre a população saudável e com TE

		<b>TE 34,7%</b>	<b>Saudável 54,20%</b>	<b>p*</b>
		<b>(N=347)</b>	<b>(N=542)</b>	
		<b>Média (%) ± DP</b>	<b>Média (%) ± DP</b>	
<b>WHOQOL-Bref</b>	Físico	80,55±8,40	89,29±7,88	0,488
	Psicológico	67,76±5,55	97,32±1,48	<b>0,035</b>
	Social	76,07±1,22	84,27±7,02	0,174
	Ambiental	72,15±4,92	96,88±5,11	0,125
<b>FACES-IV</b>	Coessão	21,89±6,02	24,97±2,14	0,871
	Flexibilidade	11,02±3,74	20,78±5,45	<b>0,048</b>
	Desligada	18,01±4,44	9,21±1,18	<b>&lt;0,001</b>
	Emaranhada	20,11±5,30	10,67±2,34	0,104
	Rígida	24,78±4,27	15,01±4,44	0,357
	Caótica	28,05±4,85	9,55±1,01	<b>&lt;0,001</b>
	Comunicação	19,97±2,48	45,78±2,99	<b>0,021</b>
	Satisfação	16,79±2,56	42,85±3,72	<b>0,043</b>
	Rácio Coessão	1,25±0,45	2,15±0,66	0,058
	Rácio	0,46±0,12	1,94±0,28	<b>0,016</b>
	Flexibilidade			
	Rácio Total	1,49±0,60	2,11±0,47	0,055
	Circumplexo			

TE transtorno de escuriação; DP- Desvio padrão; p\* Teste Mann-Whitney U

## **Discussão**

Uma limitação deste estudo foi na forma de classificar o diagnóstico, em que foram excluídos indivíduos com sintomas graves de saúde mental por não ser possível garantir que os sintomas que apresentavam de transtorno de escuriação fossem secundários a uma doença mental subjacente, o que levaria a uma classificação errada. Uma história clínica detalhada para determinar a cronologia dos sintomas de transtorno de escuriação e de doença mental teria sido fundamental. Doentes com início mais recente justificaria os sintomas leves de doença mental assim como doentes com maior tempo de evolução justificaria sintomas de maior gravidade. Desta forma poderão ter sido excluídos indivíduos de forma errada deste diagnóstico. Além disso o conceito de sofrimento significativo causado pelo comportamento é muito subjetivo mas essencial a diferenciar este diagnóstico como patológico e pode não ter sido convenientemente compreendido no inquérito escrito, podendo ter levado a um sobre-diagnóstico desta perturbação.

A prevalência do transtorno de escuriação estimada neste estudo é 34,7%, havendo uma grande discrepância entre os estudos já realizados, em que é de 5,4% também numa população estudantil dos Estados Unidos da América (4).

Contudo, no nosso estudo, além do viés de classificação já mencionado, não pode ser excluído viés intencional por parte dos participantes em omitir o consumo de drogas, outra doença ou sintomas graves de doença mental. Ainda, o facto de não se terem observado os participantes de modo a comprovar a existência de lesões ou cicatrizes secundárias a esta patologia, são factores que poderão ter contribuído para uma sobrestimação da verdadeira prevalência nos estudantes universitários portugueses. Isto além do viés de participação que pode ter sido provocado pela participação ser voluntária e a amostra não aleatorizada.

A amostra poderá não ser totalmente representativa desta população pelo facto do questionário ter sido divulgado com recurso a meios eletrónicos pelo que poderá ter havido estudantes excluídos. Houve duas universidades não representadas, Universidade da Madeira e Universidade dos Açores, e outras como a Universidade da Beira Interior, Universidade de Coimbra e Universidade do Porto com maior representação, o que limita a generalização dos dados à população universitária portuguesa. Contudo, obtivemos uma amostra grande pelo que o erro de amostragem será menor.

As áreas que provocaram maior sofrimento na população com transtorno de escoriação foram a área social (70,32%) e a área familiar (29,68%). Não se obteve respostas na área do sofrimento profissional, pelo que se deduz que nenhum dos participantes é trabalhador-estudante. Um maior sofrimento na área social não nos surpreende porque se trata de uma faixa etária que valoriza muito este aspeto nas suas vidas.

Não é possível comparar estes resultados com outros estudos, uma vez que, os publicados até à data têm essencialmente procurado a construção de escalas de diagnóstico mais objetivas para uma melhor caracterização desta doença como “The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking” (MIDAS) (18) e “The Skin Picking Scale”(SPS) (19), não validadas para a população portuguesa, e que por esta razão não foram utilizadas para este estudo.

Da população cumprindo os critérios de diagnóstico de transtorno de escoriação apenas 23,6% (N=82) procurou aconselhamento com o seu médico de família, valores aproximados a um outro estudo realizado nos Estados Unidos da América, em que uma percentagem inferior a 20% procurou os cuidados de saúde primários (5). Verificou-se ainda que os que procuraram esta ajuda tinham uma maior empatia ( $p=0,041$ ) com o seu médico de família com uma média de pontuação de  $31,19 \pm 1,92$ , num máximo de 35 pontos na JSPPPE (14). Confirma-se a hipótese deste estudo, de que a empatia parece ser de facto determinante na procura de cuidados de saúde para esta patologia em particular.

No entanto, não invalida a existência de outros motivos que não levaram à procura de ajuda, como por exemplo, o sentimento de vergonha ou até mesmo o facto de não reconhecerem este transtorno como uma doença. Por não reconhecerem o transtorno de escuriação como doença podem ter solicitado ajuda a profissionais não médicos como por exemplo, psicólogos, a amigos ou até mesmo dentro da própria família. De qualquer forma, o facto de terem recorrido apenas ao médico de família confirma-o como sendo a porta de entrada preferencial para as pessoas com doença mental. Num estudo realizado pela Direção Geral da Saúde realizado em 2015, o registo de utentes com perturbações mentais tem vindo a aumentar nos Cuidados de Saúde Primários, tendo-se concluído que podem significar um aumento da acessibilidade aos serviços não-especializados ou estar associados a uma maior necessidade de procura de ajuda nos últimos anos para problemas de saúde (16).

Na área da saúde mental, a preocupação com a falta de confidencialidade e confiança nos profissionais de saúde gera medo que a própria família ou os pares possam descobrir que lhes foi diagnosticado uma doença mental, o sentimento de que conseguem lidar sozinhos com o problema, bem como a falha no reconhecimento de sintomas mentais são os principais motivos que impedem que o doente procure ajuda. (17)

Na população com transtorno de escuriação que pediu ajuda, encontrámos significativamente piores resultados nos domínios psicológico ( $p < 0,001$ ) e social ( $p < 0,001$ ), que traduzem uma pior qualidade de vida naqueles que pediram ajuda.

Entre a população saudável e com transtorno de escuriação foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa no domínio psicológico ( $p = 0,035$ ), sendo que a população com doença apresentou uma pior qualidade de vida comparado com a população saudável.

Uma pobre qualidade de vida no domínio psicológico é expetável visto tratar-se de uma doença mental. Os resultados do WHOQOL-BREF são concordantes com os resultados obtidos do

modelo de entrevista DSM-V, confirmando-se que de facto estes doentes sentem um prejuízo significativo na área social.

Um outro estudo que avaliou a qualidade de vida global chegou à conclusão que 10,2% e 30,5% tinham uma qualidade de vida baixa e muito baixa respetivamente no transtorno de escuriação (6), resultados concordantes com os nossos resultados porque embora tivéssemos analisado os resultados de cada domínio individualmente, chegámos à conclusão que a população com doença apresentou globalmente piores resultados nos diferentes domínios.

Quanto à funcionalidade familiar, encontramos uma relação estatisticamente significativa entre aqueles que pediram ajuda ao médico de família e piores resultados nas subescalas de flexibilidade ( $p=0,021$ ), satisfação ( $p=0,042$ ), nos rácios de flexibilidade ( $p=0,035$ ), rácio total circunplexo ( $p=0,048$ ), comunicação ( $p<0,001$ ) e família caótica ( $p<0,001$ ). Entre a população saudável e com doença também encontramos resultados significativamente piores na flexibilidade ( $p=0,048$ ), comunicação ( $p=0,021$ ), satisfação ( $p=0,043$ ), rácio total de flexibilidade ( $p=0,016$ ), família desligada ( $p<0,001$ ) e caótica ( $p<0,001$ ), o que é indicador de um desequilíbrio funcional (15). A população doente e a que pediu ajuda insere-se, portanto, em famílias mais disfuncionais.

De notar também que os pediram aconselhamento foram os que apresentaram famílias mais disfuncionais mas também uma maior empatia pelo médico de família ( $p=0,041$ ). Isto poderá significar que a ajuda que não conseguiram encontrar no seio da própria família conseguiram obtê-la no seu médico de família por uma relação médico-doente com maior empatia, logo a empatia sendo um elemento chave na relação médico-doente, esta compreensão mútua e trocas recíprocas podem contribuir para um resultado clínico mais positivo (10). Outra explicação será que, por estarem inseridos em famílias mais disfuncionais, o médico de família ter-se-á

apercebido deste facto, o que terá contribuído para o estabelecimento de uma relação médico-doente mais empática e mais próxima.

Sendo o primeiro estudo que compara a funcionalidade familiar e transtorno de escoriação não há estudos comparativos, mas estes resultados mostram-nos que famílias disfuncionais parecem estar mais relacionadas com doentes com esta patologia.

No entanto uma família é dinâmica, e o momento em que o questionário foi realizado pode ter sido influenciado por factores externos como uma fase familiar mais turbulenta, não sendo possível excluir viés de intenção por parte dos participantes. Este viés poderia ter sido eliminado se os participantes tivessem sido convidados a respondê-lo em dois momentos diferentes, e se tivesse sido obtida também a versão das famílias.

Por fim, o facto de se tratar de um estudo transversal não nos permite avaliar se a disfuncionalidade familiar, a empatia com o médico de família e o facto de recorrerem ao mesmo, ou se a qualidade de vida alterada, são anteriores ou posteriores a este transtorno, ou se tratam da causa ou consequência. Um estudo longitudinal poderia fornecer respostas a estas questões.

## Conclusão

A prevalência de transtorno de escuriação nos jovens estudantes universitários portugueses estimada neste estudo é de 34,7%.

A população com esta doença apresentou uma pior qualidade de vida no domínio psicológico comparado com a população saudável ( $p=0,035$ ) e tinham famílias mais disfuncionais comparativamente à população saudável, com significativamente pior equilíbrio de flexibilidade ( $p=0,048$ ), comunicação ( $p=0,021$ ), satisfação ( $p=0,043$ ), rácio total de flexibilidade ( $p=0,016$ ) e família mais desligada ( $p<0,001$ ) e caótica ( $p<0,001$ ).

Dentro da população com doença os que pediram ajuda ou aconselhamento (23,6%) apresentaram pior qualidade de vida nos domínios psicológico ( $p<0,001$ ) e social ( $p<0,001$ ), tinham famílias mais disfuncionais e uma maior empatia pelo médico de família ( $p=0,041$ ), pelo que a empatia no âmbito dos cuidados de saúde primários parece ser um factor determinante na procura de cuidados de saúde na população com transtorno de escuriação.

Sugere-se a realização de um estudo longitudinal para perceber melhor as relações de causalidade entre estas variáveis, e estendê-lo à população em geral para se conhecer a verdadeira prevalência desta doença em Portugal. Embora de difícil execução uma entrevista clínica seria de grande interesse para caracterização da cronologia dos sintomas, a existência de lesões ou cicatrizes e procurar aprofundar os motivos que impedem a procura de aconselhamento, e, nos que já o obtiveram, perceber qual os conselhos dados pelo médico de família, e se foram eficazes. A validação de escalas mais objetivas como a MIDAS (18) e SPS (19) seria de grande interesse para melhor classificar estas pessoas como sofrendo ou não deste transtorno.

O médico de família foi o único médico a que recorreram as pessoas com doença nesta amostra, logo, este parece ter um papel importante na abordagem destes doentes e será importante

trabalhar a empatia com os pacientes para facilitar a acessibilidade, estar atento às famílias mais disfuncionais e elaborar um plano de ação de modo a melhorar a qualidade de vida e a interação familiar das pessoas com este transtorno.

## **Agradecimentos**

À minha orientadora Doutora Inês Rosendo pela disponibilidade, paciência e dedicação.

À Dr.<sup>a</sup> Liliana Constantino pela co-orientação.

Aos meus pais, Maria José Lopes e João Hélder Lopes, e o meu irmão Tiago Lopes, que sempre me acompanharam.

À minha avó Maria Conceição de Freitas.

À família Castro Viveiros.

## Referências Bibliográficas

1. Adamson HG. Acne urticata and other forms of neurotic excoriations. *Br J Dermatology*. 1915;27:1–122. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth ed: Arlington, VA , American Psychiatric Association; 2013.
3. Browne HA, Gair SL, Scharf JM, Grice DE. Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2014;37(3):319-35.
4. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry*. 2012;169(11):1143-9.
5. Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(1):61-6.
6. Odlaug BL, Kim SW, Grant JE. Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *J Anxiety Disord*. 2010;24(8):823-9.
7. Fried RG, Fried S. Picking apart the picker: a clinician's guide for management of the patient presenting with excoriations. *Cutis*. 2003;71(4):291-8.
8. Monzani B, Rijdsdijk F, Harris J, Mataix-Cols D. The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(2):182-9.
9. Snorrason I, Olafsson RP, Houghton DC, Woods DW, Lee HJ. 'Wanting' and 'liking' skin picking: A validation of the Skin Picking Reward Scale. *J Behav Addict*. 2015;4(4):250-62.
10. Hojat M: *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York, Springer, 2007
11. Pais-Ribeiro J. Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. 2001( *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-995).

12. Oliveira SE, Carvalho H, Esteves F. Toward an understanding of the quality of life construct: Validity and reliability of the WHOQOL-Bref in a psychiatric sample. *Psychiatry Res.* 2016;244:37-44.
13. Olson D. FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *J Marital Fam Ther.* 2011;37(1):64-80.
14. Domingues ACS, Santiago LM, Saraiva CB. A empatia na consulta e a capacitação dos consulentes. Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.2015.
15. Silva MIMC, Sequeira J. Validação da FACES IV- O funcionamento em diferentes etapas do ciclo vital. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga. 2015.
16. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise Portugal – Saúde Mental em Números – 2015 ISSN: 2183-1505
17. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2010;10:113. doi:10.1186/1471-244X-10-113.
18. Michael R. Walther, Christopher A. Flessner, Christine A. Conelea, Douglas W. Woods, The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): Initial development and psychometric properties, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 40, Issue 1, March 2009, Pages 127-135, ISSN 0005-7916
19. Nancy J Keuthen, Sabine Wilhelm, Thilo Deckersbach, Iris M Engelhard, Amy E Forker, Lee Baer, Michael A Jenike, The Skin Picking Scale: Scale construction and psychometric analyses, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 50, Issue 6, June 2001, Pages 337-341, ISSN 0022-3999

## **Anexos**

### **Anexo I- Autorização para utilização das versões portuguesas das escalas**

#### **I-MHI-38**

Cara colega,

Autorizo o uso da MHI-38 que traduzi e estudei para uso com a população portuguesa. No meu site na secção books encontra o manual do MHI.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro  
jlpr@fpce.up.pt  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

#### **II- WHOQOL-BREF**

Cara Carolina Lopes,

Na sequência do pedido efectuado, autorizo o uso da versão traduzida e validada para a população portuguesa. Em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref

- Manual de aplicação e cotação;

- Sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Atenciosamente,

Cláudia Melo.

### **III-JSPPE**

Dear Carolina,

A copy of the translated Portuguese version of Jefferson Scale of Patient Perception of Physician empathy and a relevant article are attached.

Hojat

**Mohammadreza Hojat, Ph.D.**

Research Professor of Psychiatry and Human Behavior

Director of Jefferson Longitudinal Study

Center for Research in Medical Education and Health Care

Jefferson Medical College, Curtis Building

1015 Walnut Street, 3rd Floor, Suite 320

*Philadelphia, PA 19107, USA*

## **Anexo II- Escalas utilizadas**

### **I-Modelo de entrevista-DSM-V**

1- Costuma remover peles de forma recorrente resultando em lesões?

2- Alguma vez tentou reduzir esse comportamento?

3- Assinale as áreas que este comportamento lhe provoca sofrimento

3.1.Sofrimento social

3.2 Sofrimento familiar

3.3.Sofrimento profissional

3.4 Outro. Qual?

4-Consome drogas?

5-Sofre de alguma condição médica ou doença mental?

Sim. Qual?

Não.

## II-Qualidade de vida-WHOQOL-BREF

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	<b>Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?</b>	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	<b>Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?</b>	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	<b>Até que ponto gosta da vida?</b>	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	<b>Em que medida sente que a sua vida tem sentido?</b>	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	<b>Até que ponto se consegue concentrar?</b>	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	<b>Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?</b>	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	<b>Em que medida é saudável o seu ambiente físico?</b>	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

### III-Inventário de saúde mental- MHI

Vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia a dia. Responda a cada uma dela assinalando num dos rectângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

#### 1- Quanto feliz e quanto feliz e satisfeito você tem estado com a sua vida pessoal?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo
--	---	-------------------------------	---	----------------------------------	--

#### 2- Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------	---------------------	-------------	-------

#### 3- Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, no último mês?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**4- Durante o mês passado com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**5- Com que frequência, durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia a dia estava cheia de coisas interessantes?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**6- Com que frequência, durante o último mês, se sentiu relaxado e sem tensão?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**7- Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**8- Durante o último mês, teve alguma vez razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus actos, as suas palavras, os seus, pensamentos, sentimentos ou memória?**

Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso
------------	-----------------	--	------------------------------------	-------------------------	--

**9- Sentiu-se deprimido durante o último mês?**

Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido
--	--	-----------------------------	--	-------------------------------

**10- Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	-------------------------	---------------	--------------------	-------

**11- Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**12- Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**13- No último mês, durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**14- Durante o último mês sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos?**

Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso
--------------------	-----------------	--------------------	---------------	---	---------------------------------------

**15- Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**16- Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**17- Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**18- Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu emocionalmente estável?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**18- Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**19- Com que frequência, no mês passado se sentiu como se fosse chorar?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**20- Durante o último mês, com que frequência você sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**21- Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**22- No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**23- Com que frequência, durante o último mês, sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**23- Durante o último mês, quão incomodado é que você se sentiu devido ao nervoso?**

Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
---	------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------

**24- No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**25- Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?**

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**26- Durante o último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?**

Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
-------------------	--------------------	---------------------------	--------------	------------

**27- No último mês, durante quanto tempo se sentiu, cansado inquieto e impaciente?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**28-No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**28- Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem disposto?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**32 -Durante o último mês, com que frequência se sentiu confuso ou perturbado?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**33- Durante o último mês sentiu-se ansioso ou preocupado?**

Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma
--	------------	---------------	-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------

**34- No o último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?**

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

**35- Com que frequência durante o último mês, se sentiu com dificuldade em se manter calmo?**

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

**36-No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo?**

Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	---

**37-Com que frequência durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado?**

Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
-----------------------	---------------------	----------------	------------------------------------	-------------	-------

**38-Durante o último mês, esteve, ou sentiu-se debaixo de grande pressão ou stress?**

Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma
--	--------------------	------------------------------------	------------------------------	---------------	--------------

#### IV-Funcionalidade Familiar-FACES-IV

	1. Discordo Fortemente	2. Discordo	3. Não Concordo nem Discordo	4. Concordo	5. Concordo Fortemente
1. Os membros da minha família estão envolvidos nas vidas uns dos outros					
2. A nossa família tenta novas formas de lidar com os problemas.					
3. Nós damos-nos melhor com pessoas de fora da nossa família do que com as de dentro					
4. Nós passamos “demasiado” tempo juntos					
5. Na nossa família, há consequências rigorosas para quem quebra as regras					
6. Na nossa família, parece que nunca nos conseguimos organizar					
7. Os membros da minha família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
8. Os pais partilham a liderança na nossa família de forma equitativa					
9. Os membros da minha família parecem evitar o contacto uns com os outros quando estão em casa.					
10. Os membros da minha família sentem-se pressionados a passarem juntos a maior parte do seu tempo livre					
11. Existem consequências claras quando um membro da minha família faz alguma coisa errada					
12. É difícil saber quem é o líder da nossa família					

	1. Discordo Fortemente	2. Discordo	3. Não Concordo nem Discordo	4. Concordo	5. Concordo Fortemente
13. Os membros da minha família apoiam-se uns aos outros durante tempos difíceis					
14. Na nossa família a disciplina/regras são justas					
15. Os membros da minha família sabem muito pouco acerca dos amigos dos outros membros da família					
16. Os membros da minha família são demasiado dependentes uns dos outros					
17. Na nossa família há uma regra para quase todas as situações					
18. Na nossa família as coisas não são feitas					
19. Os membros da minha família consultam/conversam com os outros membros da família sobre decisões importantes					
20. Quando necessário, a minha família é capaz de se ajustar à mudança					
21. Os membros da minha família “estão por sua conta” quando existe um problema para resolver					
22. Os membros da minha família têm pouca necessidade de ter amigos fora da família					
23. A nossa família é extremamente organizada					
24. Não é claro quem é o responsável por coisas (tarefas, actividades) na nossa família					
25. Os membros da minha família gostam de passar algum do seu tempo livre uns com os outros					
26. Na minha família, passamos as responsabilidades domésticas de pessoa para pessoa					
27. A minha família raramente faz coisas/actividades em conjunto					
28. Na minha família sentimo-nos demasiado ligados uns aos outros					

	1. Discordo Fortemente	2. Discordo	3. Não Concordo nem Discordo	4. Concordo	5. Concordo Fortemente
29. A nossa família fica frustrada quando há uma alteração nos nossos planos ou rotinas					
30. Não existe liderança na nossa família					
31. Apesar de os membros da minha família terem interesses individuais, ainda assim participam em atividades familiares					
32. Na nossa família temos regras e papéis claros					
33. Os membros da minha família raramente dependem uns dos outros					
34. Nós ressentimo-nos quando os membros da família fazem coisas fora da família					
35. É importante seguir as regras na nossa família					
36. A minha família tem dificuldade em gerir quem é que faz as tarefas domésticas					
37. A nossa família tem um bom equilíbrio entre separação e proximidade, entre uns e outros					
38. Quando surgem problemas, nós estabelecemos compromissos					
39. Os membros da família funcionam, principalmente, de forma independente					
40. Os membros da família sentem-se culpados se quiserem passar o seu tempo longe da família					
41. Quando uma decisão é tomada, é muito difícil modificá-la					
42. A nossa família sente-se sobre pressão e desorganizada					
43. Os membros da minha família estão satisfeitos com a forma como comunicam uns com os outros					
44. Os membros da minha família são muito bons ouvintes					

	<b>1. Discordo Fortemente</b>	<b>2. Discordo</b>	<b>3. Não Concordo nem Discordo</b>	<b>4. Concordo</b>	<b>5. Concordo Fortemente</b>
45. Os membros da minha família expressam afectos uns pelos outros					
46. Os membros da minha família são capazes de pedir uns aos outros o que querem					
47. Os membros da minha família podem calmamente discutir os problemas uns com os outros.					
48. Os membros da minha família discutem as suas ideias e crenças uns com os outros					
49. Quando os membros da minha família fazem perguntas uns sobre os outros, obtêm respostas honestas					
50. Os membros da minha família tentam compreender os sentimentos uns dos outros					
51. Quando zangados, os membros da minha família raramente referem aspectos negativos acerca uns dos outros					
52. Os membros da minha família expressam os seus verdadeiros sentimentos uns aos outros					

<b>Quão satisfeito está com:</b>	<b>1. Muito Descontente</b>	<b>2. Um Tanto Descontente</b>	<b>3. Geralmente Satisfeito</b>	<b>4. Muito Satisfeito</b>	<b>5. Extremamente Satisfeito</b>
<b>53. O grau de proximidade entre os membros da família</b>					
<b>54. A capacidade da minha família, para lidar com o stress</b>					
<b>55. A capacidade da minha família, para ser flexível</b>					
<b>56. A capacidade da minha família, para partilhar experiências positivas</b>					
<b>57. A qualidade da comunicação, entre os membros da minha família</b>					
<b>58. A capacidade da minha família, para resolver conflitos</b>					
<b>59. A quantidade de tempo que passam juntos como família</b>					
<b>60. A forma como os problemas são discutidos</b>					
<b>61. A justiça das críticas feitas na nossa família</b>					
<b>62. A preocupação dos membros da minha família uns com os outros</b>					

## V- Empatia- JSPPPE

### Instruções:

Gostaria de saber o seu grau de concordância ou discordância com cada uma das seguintes frases acerca do seu médico de família. Por favor, use a escala em 7 (sete) pontos e anote a sua avaliação entre 1 (um) - discordo totalmente e 7 (sete) - concordo totalmente, selecionando o número que melhor corresponde a cada frase.

Nome do médico (facultativo): \_\_\_\_\_

**1 – O meu médico consegue compreender as coisas na minha perspectiva (ver as coisas como eu as vejo).**

*1-----2-----3-----4-----5-----6-----7*

**2 – O meu médico pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.**

*1-----2-----3-----4-----5-----6-----7*

**3 – O meu médico parece preocupado comigo e com a minha família.**

*1-----2-----3-----4-----5-----6-----7*

**4 – O meu médico compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.**

*1-----2-----3-----4-----5-----6-----7*

**5 – O meu médico é um médico que me compreende.**

*1-----2-----3-----4-----5-----6-----7*