



FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2020/2021

Ana Cristina Neto Peixoto

Skin Picking: Considerações clínicas

Skin Picking: Clinical considerations

fevereiro, 2021

FMUP

Ana Cristina Neto Peixoto

Skin Picking: Considerações clínicas

Skin Picking: Clinical considerations

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria e Saúde Mental

Tipologia: Monografia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Professor Doutor Manuel António Fernandez Esteves

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista :

Acta Médica Portuguesa

fevereiro, 2021

FMUP

Eu, Ana Cristina Neto Peixoto, abaixo assinado, nº mecanográfico 201308147, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 27/02/2021.

Assinatura conforme cartão de identificação: *Ana Cristina Neto Peixoto*

NOME

Ana Cristina Neto Peixoto

NÚMERO DE ESTUDANTE

201308147

E-MAIL

Anacristinapeixoto15@hotmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Psiquiatria e Saúde Mental

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Skin Picking: Considerações clínicas

ORIENTADOR

Professor Doutor Manuel António Fernandez Esteves

COORDINADOR (se aplicável)

(não aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☒
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	☐
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	☐

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, _27_/_02_/_2021_

Assinatura conforme cartão de identificação: Ana Cristina Neto Peixoto

Dedicatória

Ao longo destes 6 anos, muitas foram as adversidades que surgiram. Foi um caminho difícil, com muitas horas de estudo, muito cansaço e sobretudo muita dedicação.

Chegar à reta final de mais uma etapa, que é o curso de medicina, e, prestes a entrar numa próxima, não teria sido possível sem o apoio de todos os que me acompanharam ao longo deste percurso.

Quero agradecer em primeiro lugar ao meu orientador Professor Doutor Manuel Esteves, que me ajudou e apoiou na realização deste trabalho, e por ter despertado em mim o interesse e gosto pela psiquiatria e saúde mental.

Agradeço também aos meus colegas de faculdade que foram a minha segunda família ao longo destes anos.

E por fim, destaco os meus pais, o meu irmão e os meus avós que me apoiaram incondicionalmente e fizeram com que nunca duvidasse das minhas capacidades e do sonho de ser médica.

Aos meus pais, os meus maiores exemplos.

Skin Picking: Considerações clínicas

Skin Picking: Clinical considerations

Autores: Ana Cristina Peixoto¹, Manuel Esteves²

Filiação:

¹ Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina Universidade do Porto

² Médico Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental no Centro Hospitalar de São João, Porto e Professor Doutorado da Faculdade de Medicina Universidade do Porto

Correspondência:

Ana Cristina Neto Peixoto
Rua de Moscalhos, 58
4475-261 Milheirós-Maia
anacristinapeixoto15@hotmail.com

Título Breve

Skin Picking: Considerações clínicas

Skin Picking: Considerações clínicas

RESUMO

INTRODUÇÃO: *Skin-Picking* também conhecida como escoriação neurótica, escoriação psicogénica ou dermatotilexomania, é uma perturbação psiquiátrica comum na população geral, descrita na literatura médica desde o século XIX, que se caracteriza pelo ato repetido de tocar, cortar, beliscar ou arranhar a pele, gerando lesões cutâneas visíveis e perceptíveis em regiões corporais previamente ou aparentemente saudáveis. Apresenta evolução crónica, prevalência entre 1,4% a 5,4%, mais comum no género feminino e com início sobretudo na adolescência.

Com este artigo de revisão pretendemos estudar a clínica da dermatotilexomania, com intuito de familiarizar os diversos profissionais de saúde da sua importância, e avaliar relações e semelhanças com outras perturbações psiquiátricas que possam ser confundidoras e dificultar o diagnóstico de *skin picking*, permitindo desta forma que os pacientes sejam corretamente e precocemente tratados.

MÉTODOS: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica via internet, recorrendo ao programa de pesquisa científica PubMed. Foram analisados artigos entre 2008 e 2020, tendo sido selecionados os mais relevantes e pertinentes para o tema em questão.

RESULTADOS: Após revisão dos diferentes artigos, verificamos que doentes com *skin picking*, padecem não só de dor física, mas também de dor psicológica. São vários os fatores que desencadeiam esta perturbação, e grande parte dos doentes descrevem estados de elevada tensão e nervosismo prévios aos episódios, que atenuam com o ato de lesar a própria pele.

Além disso, a idade de surgimento dos sintomas, tem vindo a revelar-se um marcador clínico importante.

A face é a região mais afetada, e o método de manipulação da pele é altamente variável. Verificamos também que *skin picking* e tricotilomania apresentam semelhanças em relação a dados demográficos, traços de personalidade e comorbilidades e que o ato de cutucar a pele, também se assemelha a rituais compulsivos verificados na POC.

CONCLUSÃO: Apesar de se tratar de uma patologia bastante prevalente e com impacto considerável a nível mundial, é ainda nos dias de hoje sub-diagnosticada, pouco estudada e com baixas taxas de adesão terapêutica.

Trata-se de uma população muito heterogénea, que apresenta semelhanças com outras perturbações psiquiátricas e que muitas vezes camufla as lesões, sendo por isso necessária uma avaliação física e psiquiátrica completa, que inclua os diversos diagnósticos diferenciais, e uma consciencialização por parte dos profissionais de saúde, de forma a diminuir falsos diagnósticos que atualmente se verificam, permitindo um correto e precoce tratamento destes doentes.

Palavras chave: *Skin Picking*, dano físico, dano psicológico, idade

Skin Picking: Clinical considerations

ABSTRACT

INTRODUCTION: Skin picking also known as neurotic excoriation, psychogenic excoriation or dermatothylexomania is a common psychiatric disorder in general population, described in the medical literature since 19th century, which is characterized by the repeated act of touching, cutting, pinching or scratching the skin, generating visible and perceptible skin lesions in previously or apparently healthy body regions. It has chronic evolution, prevalence between 1,4% to 5,4%, more common in females and beginning mainly in adolescence.

With this review article we intend to study the dermatothylexomania clinic, in order to familiarize the different health professionals of its importance, and to evaluate relationships and similarities with other psychiatric disorders that can be confusing and hinder the diagnosis of skin picking, thus allowing patients to be properly and early treated.

METHODS: A bibliographic research was carried out with internet, using the PubMed scientific research program. Articles between 2008 and 2020 were analyzed, and the most relevant to the topic in question were selected.

RESULTS: After reviewing the different articles, we found that skin picking patients suffer not only from physical pain, but also from psychological pain. There are several factors that trigger this disorder, and most patients describe states of high tension and nervousness prior to the episodes, which attenuate with act of injuring their own skin. In addition, the age of onset of symptoms has proved to be an important clinical marker. The face is the most affected area, and the method of handling the skin is highly variable. We also found that skin picking and trichotillomania have similarities in relation to demographic data, personality traits and comorbidities and the act of picking the skin, also resembles compulsive rituals verified in obsessive compulsive disorder.

CONCLUSION: Despite being a very prevalent pathology and with considerable impact worldwide, it is still under-diagnosed, poorly studied and with low rates of therapeutic adherence.

It is a very heterogeneous population which has similarities with other psychiatric disorders and that often camouflages the lesions, therefore requiring a complete physical and psychiatric evaluation, which includes the differential diagnoses, and awareness by health professionals in order to reduce the false diagnoses that currently occur, allowing patients to be treated early and correctly.

Keywords: skin picking, physical damage, psychological damage, age

Índice

Introdução	5, 6
<i>Skin Picking</i> : definição, clínica e escalas de avaliação	7,8,9
Consequências físicas e psicológicas	10
Fatores desencadeantes e diagnóstico diferencial	10,11
Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Perturbações Relacionadas	12,15
Conclusão	16
Referências bibliográficas	17,18
Anexos	19

Introdução

Skin-Picking também conhecida como escoriação neurótica, escoriação psicogénica ou dermatotilexomania, é uma perturbação psiquiátrica relativamente comum na população geral, que se caracteriza pelo ato repetido de tocar, cortar, beliscar ou arranhar a pele, gerando lesões cutâneas visíveis e perceptíveis em regiões corporais previamente ou aparentemente saudáveis, que se associam a dor física mas também a significativo sofrimento psicossocial.¹⁻⁴

Apesar de estar descrita na literatura médica desde o século XIX, apenas recentemente se verificou que se sobrepõe com outras condições clínicas como é o caso da tricotilomania que abordaremos mais adiante.^{2, 5}

É um comportamento tipicamente crónico, com prevalência que varia entre 1,4% a 5,4% e que pode persistir durante décadas apesar das suas graves consequências tanto a nível físico como psicológico.⁶⁻⁸ Em 3,1% dos casos permanece ao longo da vida.²

São vários os fatores que desencadeiam *skin picking* nos quais se destacam a ansiedade, stress, nervosismo, sedentarismo, cansaço, mas também condições dermatológicas como a acne ou eczema.²

Grande parte dos doentes descrevem estados de elevada tensão e nervosismo prévios aos episódios de escoriação, que atenuam com o ato de lesar a própria pele, sendo este o principal motivo de perpetuação desta síndrome.⁹

No entanto, apesar do alívio e aparente bem-estar momentâneo descritos, estes doentes sentem-se simultaneamente envergonhados e constrangidos ao verem-se ao espelho e perante o juízo crítico de quem os rodeia.⁹

Atualmente pouco se sabe sobre a heterogeneidade da população com dermatotilexomania, embora estudos anteriores sugiram uma distinção clínica entre escoriação impulsiva vs. escoriação compulsiva.⁶

A idade parece ser um marcador importante desta patologia, uma vez que o aparecimento de sintomas precoces difere do surgimento de sintomas tardios, no que se refere à gravidade e eficácia dos diferentes tratamentos que se encontram disponíveis.⁶

Existem diferentes graus de severidade que variam de leve a grave, condicionando de modo exorbitante a qualidade de vida dos pacientes em diferentes níveis, comprometendo a sua produtividade em diversos setores.^{2, 6, 7}

Pode manifestar-se em qualquer idade, mas é mais comum na adolescência, sobretudo no início da puberdade e apenas uma pequena fração de doentes procura tratamento.³

Atualmente, sabe-se que é comum a associação entre dermatotilexomania com outras perturbações mentais, nas quais se destacam a ansiedade em 48% dos casos, depressão maior entre 8 e 28% e abuso de substâncias numa percentagem que varia de 14 a 36%.^{3, 6, 9, 10}

Uma elevada fração de pacientes reportam episódios de *skin picking* em contextos de alteração do estado emocional maioritariamente despoletados por eventos de stress.^{3, 6, 9, 10}

Assim, por se tratar de uma patologia com prevalência e impacto consideráveis a nível mundial, na qual os doentes despendem de várias horas do dia, seria de esperar que a procura por auxílio médico também o fosse proporcionalmente.

Contudo, não é o que se verifica, uma vez que grande parte dos doentes não acredita que a cura se relacione com questões terapêuticas, fazendo com que esta patologia não seja percebida por muitos clínicos e dê origem a falsos diagnósticos.^{1, 2}

Como consequência, é nos dias de hoje francamente sub-diagnosticada, com dados muito limitados relativamente à fisiopatologia e com baixas taxas de adesão terapêutica.^{1, 2, 7}

Skin picking

Skin Picking é uma perturbação incapacitante que começou a ser abordada no século XIX, mas que continua a ser pouco reconhecida.^{2, 10}

Recentemente formalizado na DSM5 (5th Editions of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), apresenta os seguintes critérios de diagnóstico:^{10, 11, 12}

- *Skin picking* recorrente, resultando em lesões dermatológicas visíveis;
- Inúmeras e repetidas tentativas de diminuir ou parar este comportamento;
- Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo a nível social, ocupacional, com afetação no dia-a-dia e na vida do doente;
- Lesões não podem ser justificadas pelo consumo de substâncias psicoativas ou outras condições médicas;
- Não é explicado por sintomas de outros transtornos mentais;

O ato de lesar a pele está associado a uma redução imediata de tensão, a que se segue o constrangimento e a vergonha. No entanto, pensa-se que esta redução imediata de stress, seja o gatilho para os repetidos episódios de *skin picking*, que se prolongam durante anos e em alguns casos acompanham os doentes ao longo da vida.⁹

O método de manipulação da pele é altamente variável, dura em média 60 minutos e pode surgir desde o simples ato de coçar, até um comportamento deliberado de autolesão, capaz de provocar danos físicos muito distintos que podem culminar em hemorragias e infeções que necessitam de auxílio médico.⁴

Em doentes com elevado grau de escoriação, verificam-se elevados níveis de tensão nos momentos prévios à lesão e uma sensação de alívio e bem-estar imediatamente a seguir, por comparação com doentes que apresentam clínica mais leve.⁹

As feridas são provocadas a qualquer hora do dia, por movimentos coordenados e repetidos. De acordo com um estudo realizado a jovens estudantes na Alemanha, Böhne et al.¹¹, a face é o local mais agredido, em 94,7% dos casos, seguindo-se as cutículas com uma percentagem de 52,6%. Regiões como o dorso, braços, pernas, pescoço e escalpe também estão frequentemente envolvidas.^{2, 8, 9, 11, 12}

A maior parte dos doentes utiliza os dedos e as unhas da mão dominante, especialmente o dedo indicador, no entanto há pacientes que se auxiliam de objetos como pinças, alfinetes e navalhas.⁹

Há ainda relatos de doentes que utilizam os objetos disponíveis na altura e que possam ajudar na lesão.⁹

A dermatotilexomania pode ter início em qualquer idade, mas é mais comum na adolescência, sobretudo no início da puberdade e no género feminino.^{2, 6} Ao longo dos anos, a idade de início da patologia tem vindo a revelar-se um marcador clínico importante que ajuda na distinção de várias outras patologias psiquiátricas como a perturbação de ansiedade generalizada, doença bipolar, esquizofrenia e agorafobia.⁶

Verifica-se que doentes com sintomas de início em idades mais jovens, apresentam clínica mais grave, escoriações mais focadas e localizadas a determinada região corporal, mais comorbilidades, danos psicológicos e maior prevalência de história familiar quando comparados com doentes que apresentam sintomas mais tardios, sendo este achado de

extrema importância no que toca à compreensão das diferentes respostas aos tratamentos e na evolução dos sintomas que vão surgindo.⁶ Tendo em conta o estudo EJ Ricketts et al.⁶, verificou-se que pacientes mais jovens apresentam maior constrangimento social (92,2 %, $p=0,008$), mais ansiedade (80,6%, $p=0,003$), mais escaras e infeções (83,7%, 45,5%, $p=0,001$, $p=0,047$ respetivamente), quando comparados com pacientes cujos sintomas surgiram mais tardiamente.⁶

Atualmente pouco se sabe sobre a heterogeneidade da população com dermatotilexomania, embora existam estudos que sugiram a distinção clínica entre escoriação impulsiva vs. escoriação compulsiva.⁶

Em relação à escoriação impulsiva, verifica-se uma associação positiva com a gravidade deste comportamento, contrariamente ao que se verifica na escoriação compulsiva que continua a ser mal compreendida, com dados muito limitados relativamente à sua fisiopatologia e tratamentos adequados. No entanto ambos apresentam história familiar associada.¹⁰

Grande parte dos pacientes apresentam comorbilidades concomitantes, sendo a depressão, o distúrbio mais comumente associado, seguindo-se a ansiedade, transtorno por uso de substâncias e perturbação bipolar.⁴

A incapacidade por parte dos doentes de parar de beliscar, picar ou arranhar a pele apesar de todos os esforços é muito típica, gerando vergonha e depressão, o que leva a que haja uma tentativa constante em camuflar as lesões com roupas e maquilhagem, provocando ainda mais ansiedade do que aquela que motivou o comportamento.⁴

Deste modo, é importante uma avaliação clínica exaustiva em casos suspeitos de *skin picking*, que envolva uma história clínica completa na triagem de doença psiquiátrica e um exame físico dermatológico tendo como focos principais a face e os membros superiores.⁴

Apesar de ser uma patologia frequente e com grave impacto na qualidade de vida, apenas uma minoria procura apoio médico e destes, somente 53% são corretamente diagnosticados.^{1-3, 7}

Existem inúmeras escalas que de seguida apresentaremos que auxiliam na avaliação clínica desta síndrome e que permitem compreender a gravidade e resposta aos diferentes tratamentos disponíveis.

“The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Neurotic Excoriation” (NE-YBOCS) é um instrumento confiável, que avalia pensamentos e comportamentos relacionados com *skin picking* nos últimos 7 dias, no entanto não avalia especificamente o sofrimento social causado por esta patologia. É uma escala que depende do conhecimento do clínico sobre o sofrimento emocional, o que não é fácil para um dermatologista que é geralmente o 1º profissional a ser procurado por estes doentes.

“The skin picking scale”, é moderadamente confiável e avalia a gravidade do *skin picking* referente à semana anterior, correlacionando-se com sintomas depressivos.³

“The Skin Picking Symptom Assessment Scale” também baseada nos últimos 7 dias, é menos utilizada e tem como propósito avaliar também a gravidade das lesões.³

“The skin picking reward scale”, tem em conta questões como “gostar” e “querer” no hábito de lesar a pele, é uma escala baseada sobretudo na autorreflexão sobre este comportamento.³

“*The Skin Picking Impact Scale*” (SPIS), é a única que avalia o impacto psicológico que esta perturbação acarreta e não depende de conhecimento clínico, permitindo maior vantagem no que se refere à sua utilização, uma vez que embora se trate de uma condição prevalente, é ainda desconhecida por muitos profissionais de saúde. É avaliada pelo paciente, e baseia-se em sintomas dos últimos 7 dias, sendo que quanto mais elevado é o score final, maior é o impacto no dia-a-dia do paciente.³

Apesar das inúmeras escalas existentes, deve ter-se em conta que a maioria depende do conhecimento do doente em relação à patologia, o que é incomum, e apenas avaliam o ato de lesar a pele nos últimos 7 dias, e sendo esta uma condição crónica, o tempo de cicatrização das lesões é mais demorado.³

Além disso, a aplicação destas escalas nos diferentes doentes é influenciada por aspetos emocionais tais como ansiedade e depressão, e varia de acordo com a região corporal mais afetada, verificando-se que pacientes cujas lesões se localizam maioritariamente no rosto, apresentam pontuações mais elevadas devido ao maior impacto que tem na sua autoestima.³

Ainda de referir que nenhuma avalia a gravidade das lesões.³

Deste modo, surgiu a intervenção fotográfica, proposta por 2 dermatologistas experientes no tratamento de *skin picking*, com o objetivo de avaliar lesões que refletissem a patologia em questão e não cicatrizes antigas.

É um método que abrange 4 categorias distintas: escoriação, crosta/hemorragia, ulceração e lesões lineares. Cada categoria é pontuada de 0 a 10 e tem em conta a gravidade, número e tamanho das lesões.

Atualmente, sabe-se que as lesões podem ser causadas não só com recurso aos dedos do próprio paciente, mas também com objetos que permitem a manipulação da pele, podendo culminar em infeções graves e em casos mais graves em sépsis e morte.

Deve ter-se em conta que a gravidade das lesões, embora seja de extrema importância, nem sempre se associa ao impacto que *skin picking* tem na vida destes pacientes.

Como já referido anteriormente, pequenas lesões no rosto podem pontuar mais no SPIS, do que pacientes que apresentem lesões mais extensas, mas que estejam em locais do corpo não tão expostos. Desta forma, a intervenção da fotografia, tem como intuito diagnosticar de lesões mais graves que não foram avaliadas pelas escalas previamente descritas.

“*The Skin picking Impact scale*”, foi validada e traduzida em português brasileiro, verificando-se uma correlação positiva entre o estado clínico global dos pacientes e respetivos sintomas depressivos e ansiosos.

No entanto, a intervenção fotográfica não apresentou correlação com o quadro clínico geral dos pacientes, nem com SPIS, sugerindo que a gravidade da lesão não apresenta impacto individual nestes pacientes, verificando-se quadros clínicos globalmente mais graves em pacientes com lesões mais expostas, independentemente da sua gravidade.

A versão em português brasileiro da escala “*The Skin picking Impact scale*” é considerada um instrumento válido e confiável e que pode facilmente ser utilizado por qualquer clínico.

Em relação à fotografia, pode ser utilizada por dermatologistas, de forma a refletir objetivamente a gravidade das lesões, embora não reflita o sofrimento do indivíduo. No entanto, sempre que possível, devem utilizar-se estes dois métodos de avaliação.^{3, 4}

Em Portugal não encontramos nenhuma escala validada traduzida.

Consequências

Danos físicos e emocionais resultantes das lesões por *skin picking*

São inúmeras as consequências deste comportamento, não só a nível físico, mas também a nível psicológico.

É comum a todos os pacientes a forte sensação de perda de controlo, tensão e pensamentos negativos em geral no momento prévio ao *skin picking*.

Relativamente às complicações dermatológicas, são frequentes as cicatrizes e as infeções, que na sua maioria necessitam de tratamento antibiótico.⁹

Além disso, também estão descritas lesões de elevado grau inflamatório e hemorragia.⁹

Na presença de feridas mais graves, que não resolvam apenas com tratamento médico, são necessárias intervenções cirúrgicas, acarretando desta forma importantes custos terapêuticos.^{6, 7, 9}

Uma vez que a face é a região mais afetada e as lesões geralmente são moderadas a graves, estes doentes ao longo dos anos vão ficando desfigurados, o que promove ainda mais tensão, stress emocional, ansiedade, vergonha e depressão que os impede ou dificulta a capacidade de desenvolver relacionamentos mais íntimos com terceiros.^{6, 7}

A acrescentar ainda que, apesar de não se verificar défice a nível de aprendizagem nos jovens estudantes com dermatotilexomania, verificam-se níveis mais altos de depressão, stress e baixa autoestima quando comparados com estudantes sem *skin picking*, comprometendo desta forma o seu percurso académico.⁶

Fatores desencadeantes e diagnóstico diferencial

Os pacientes com dermatotilexomania despendem de muito tempo a beliscar, picar, cortar ou a arranhar a pele, podendo ser vários os episódios de *skin picking* durante um dia.⁹ Estão conscientes dos seus atos e fazem-no geralmente quando estão sozinhos em casa, após várias tentativas de autocontrolo.⁹

Reconhecem ser os responsáveis pelas lesões dermatológicas que apresentam, contudo descrevem este comportamento como involuntário e automático, após várias tentativas de o parar, sem sucesso.⁹

São pacientes que apresentam dificuldades em estabelecer vínculos afetivos e em manter relações amistosas e românticas no geral.

A maior parte dos doentes encontra-se num estado basal de ansiedade, tensão e de rejeição pessoal que podem despoletar esta patologia.

Além disso o sedentarismo e a sensação de cansaço também foram descritos como fatores desencadeantes, bem como condições dermatológicas nas quais se destacam a acne, eczema, dermatite atópica, imperfeições na pele como crostas, cicatrizes e insatisfação com a aparência, podem ser o gatilho para mais um episódio de *skin picking*.^{2, 9}

Por fim há casos descritos de que a comichão e sensação de corpo estranho também poderão motivar este tipo comportamento.⁹

Existem algumas lesões dermatológicas que podem dar origem a falsos diagnósticos, como é o caso de lesões decorrentes da urticária, que também são infligidas pelo próprio doente, em consequência do prurido e lesões presentes em doentes com parasitose delirante. Estes dois casos em particular, devem ser avaliados com especial atenção, uma vez que constituem diagnósticos diferenciais de *skin picking*.⁸

Cada episódio pode durar de 5 minutos a 3 horas, sendo que a maior parte tem duração aproximada de hora ou inferior e ao longo de um dia podem ser vários os episódios.⁸

Como resultado, verifica-se que clinicamente estes comportamentos interferem negativamente na qualidade de vida dos doentes.

Embora alguns participantes apenas manifestem sofrimento de leve a moderado, a grande maioria apresenta-se muito angustiada com o resultado da aparência da sua pele.⁹

Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Perturbações Relacionadas

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicado em 2013, surge o conceito de Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados (OCD - obsessive-compulsive related disorders) na qual se enquadram várias patologias, que apresentam sobreposições importantes, como comorbilidades, história familiar e fatores desencadeantes, mas também diferenças no que se refere ao método de avaliação e tratamento.^{14,17}

- Perturbação obsessivo-compulsiva (previamente classificada como perturbação de ansiedade)¹⁴
- Perturbação dismórfica corporal (previamente classificada como perturbação somatoforme)¹⁴
- Perturbação de acumulação¹⁴
- Tricotilomania e Skin-picking (previamente classificadas como perturbações de controlo de impulsos e atualmente caracterizadas como transtornos comportamentais repetitivos focados no corpo)^{14, 17}
- Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado induzido por substância/medicamento¹⁴
- Transtorno obsessivo-compulsivo e relacionado como resultado de outra condição médica¹⁴

Abordando de forma generalizada as patologias acima elencadas:

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é uma condição incapacitante, mais comum em mulheres, com início sobretudo na adolescência, no entanto pode surgir em qualquer idade.^{14,17}

Apresenta etiologia multifatorial, com predisposição genética entre 45% e 65%, sabe-se que o seu aparecimento súbito e precoce, é geralmente precedido por infeção *Streptococcica*.¹⁴

Consiste em pensamentos incómodos intrusivos, que provocam no doente uma sensação de desconforto. Assim numa tentativa de reduzir a ansiedade e angústia associadas a estas obsessões, o paciente gera compulsões ou rituais que podem ser pessoais e privados ou que podem envolver outros participantes.^{14,18}

Definem-se como obsessões, os pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes que são indesejados e que na sua maioria causam acentuado sofrimento, destacando-se como mais comuns o medo da contaminação, da agressão sexual e da religião. O paciente tenta suprimir esses pensamentos, impulsos ou imagens com outro pensamento ou ação, isto é, substitui a obsessão, por uma compulsão, com intuito de reduzir a ansiedade, angústia ou prevenir determinada situação temida.¹⁴

Grande parte dos doentes sentem-se constrangidos e por isso especula-se que exista atraso no tratamento desta patologia.¹⁴

A perturbação dismórfica corporal caracteriza-se por uma preocupação excessiva com defeitos leves ou inexistentes na aparência. Geralmente tem início na infância ou na adolescência e é mais comum no género feminino.¹⁹

A preocupação com o aparente defeito, ocupa várias horas do dia do paciente e é seguido de comportamentos repetitivos como olhar ao espelho, beliscar, picar e arranhar a pele, tendo como principal objetivo melhorar a aparência. Este ato de lesar a pele, é secundário a uma condição psiquiátrica, que neste caso é a perturbação dismórfica corporal, e, portanto, estes doentes não apresentam os critérios de diagnóstico de *skin picking*.¹⁴

É uma patologia que causa sofrimento significativo e prejuízo no trabalho ou na escola, apresentando geralmente concomitância com depressão, abuso de substâncias, transtorno de ansiedade social e transtorno obsessivo-compulsivo, que muitas vezes culmina em suicídio.¹⁹

Em relação à perturbação de acumulação, é mais comum também no género feminino e na adolescência.

Define-se pela dificuldade de descartar ou separar de bens, independentemente do seu valor real, estando associada na maioria das vezes a aquisição persistente de objetos. As posses são acumuladas em grande número, preenchem e desorganizam o espaço vital ativo, ao ponto do seu uso pretendido não ser possível, resultando em deficiência funcional significativa e sofrimento.^{20, 21}

É uma patologia que parece estar associada a crenças subjetivas sobre o valor instrumental, sentimental ou intrínseco dos objetos.^{20, 21}

Por último, a tricotilomania, é uma patologia comum, descrita desde o século XIX, com prevalência que pode variar entre 0,5% e 2,0%, mais comum em mulheres e com início na fase da adolescência.^{9, 22}

Apresenta os seguintes critérios de diagnóstico, de acordo com o DSM-5:¹²

- Arrancar frequentemente cabelo, resultando em perda capilar;
- Tentativas frequentes de diminuir ou parar o comportamento;
- Sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo a nível social, ocupacional ou em outras áreas importantes do dia-a-dia;
- Os puxões ou a queda de cabelo não têm causa atribuível a outras condições médicas como patologias dermatológicas;
- Não é explicável por sintomas de outras alterações psiquiátricas como por exemplo na perturbação dismórfica corporal em que os doentes podem remover pêlos corporais que considerem feios ou anormais ou como na perturbação obsessivo compulsiva em que o ato de arrancar cabelo faz parte de um ritual ou mesmo pacientes com psicose que podem ter este comportamento em resposta a delírios;²²

A região mais afetada é o couro cabelo (72,8%), seguindo-se as sobrancelhas em 56,4% dos casos, e tal como se verifica na dermatotilexomania, também na tricotilomania existem um conjunto de fatores desencadeantes deste tipo de comportamento.²²

Destacam-se como principais gatilhos, o sensorial (espessura do cabelo, comprimento, localização e sensações físicas no couro cabeludo), o emocional, sobretudo a ansiedade e a tensão, e o fator cognitivo em que se incluem pensamentos rígidos e erros cognitivos sobre o cabelo e a aparência. Também estão descritos como fatores associados, a

disfunção psicossocial, baixa autoestima e ansiedade social, em grande parte devido à incapacidade de parar o comportamento e à alopecia que daí advém.²²

No entanto, apesar de todas as advertências a nível da qualidade de vida que esta patologia acarreta, aproximadamente 65% dos doentes nunca procurou tratamento.²²

***Skin picking*, tricotilomania e POC (perturbação obsessivo-compulsiva)**

O *skin picking* e a tricotilomania são 2 patologias predominantemente comportamentais, que habitualmente coexistem. Integram o grupo de transtornos comportamentais focados e repetitivos no corpo (BFRB – body-focused repetitive behavior), verificando-se semelhanças no que diz respeito a dados demográficos, traços de personalidade e comorbilidades.^{17,22,23}

Indivíduos com tricotilomania e dermatotilexomania concomitante despendem de mais tempo nos comportamentos associados às perturbações, menor insight, maior severidade sintomática e taxas mais elevadas de depressão quando comparados com pacientes que apenas apresentam uma das perturbações.¹⁷

Eventos de stress, ansiedade, tédio, sensação de cansaço e raiva, foram identificados como possíveis gatilhos em ambas as patologias.¹⁷

Ao longo dos anos, verificou-se que estes doentes apresentam dificuldade em dosear vínculos afetivos, gerando regularmente conflitos nas relações em que se encontram. Revelam a necessidade de ter elevado suporte emocional, mas também lhes é importante proteger as pessoas que lhes são mais próximas.¹⁷

Maioritariamente demonstram sentimentos de culpa e traços obsessivos que se revelam pela persistência na realização de pequenas tarefas do dia a dia, evidenciando desta forma personalidades controladoras, o que nos leva a pensar que a personalidade desempenha um papel importante do desenvolvimento da tricotilomania e dermatotilexomania.¹²

Além disso, verifica-se elevada prevalência de história familiar, sugerindo a importância da transmissão genética na etiologia destes comportamentos.¹² Por outro lado, também a presença de eventos traumáticos na infância, história de negligência familiar, violência física ou outros eventos que culminem em situações de stress prolongado, parecem estar envolvidos na etiologia e no desencadear destas patologias.¹²

Os sintomas motores repetitivos verificados no *skin picking* assemelham-se a rituais compulsivos da POC, contudo nos primeiros há uma menor probabilidade de se relatarem pensamentos obsessivos sobre a pele. No entanto, pacientes com altas taxas de sintomas obsessivo-compulsivos apresentam risco aumentado para desenvolver alterações comportamentais como cutucar a pele por mecanismos neurobiológicos e comportamentais comuns destas duas condições clínicas.

Do mesmo modo, também os sintomas motores repetidos de puxar o cabelo partilham semelhanças com rituais compulsivos da POC, sugerindo a hipótese de uma via neurológica comum subjacente.¹³ Contudo, tal como referido anteriormente, também na tricotilomania, os puxões de cabelo raramente são motivados por intrusões cognitivas e pensamentos obsessivos, ao contrário do que se verifica na POC.¹⁴

A acrescentar ainda, os sintomas da tricotilomania e *skin picking* geralmente surgem no início da adolescência, contrariamente ao que se verifica na POC que se manifesta maioritariamente no fim desta fase.¹⁴

Muitas vezes a tricotilomania e a dermatotilexomania são erradamente diagnosticados como POC e, portanto, é essencial uma avaliação clínica cuidada de modo a permitir a sua distinção, para que se proceda ao tratamento mais adequado de cada uma das condições acima referidas.

Conclusão

A dermatotilexomania, *skin picking*, escoriação neurótica ou escoriação psicogénica, de acordo com os critérios da DSM-5, define-se por *skin picking* recorrente, não explicado por outras alterações mentais ou dermatológicas, resultando em diversas lesões cutâneas.

É uma perturbação psiquiátrica crónica, que pode acompanhar o doente ao longo da vida, mais comum no género feminino, com início sobretudo na adolescência, que se associa a sofrimento físico e psicológico clinicamente significativo, prejuízo social e/ou ocupacional. Maioritariamente os doentes descrevem estados de elevada ansiedade e nervosismo, que aliviam imediatamente a seguir às lesões cutâneas provocadas.

As regiões mais afetadas são o rosto e as cutículas, e os doentes utilizam sobretudo os dedos e as unhas da mão dominante. O tempo despendido é variável, pode ocorrer a qualquer hora do dia e gerar diferentes lesões que variam desde baixa gravidade clínica até graves infeções que necessitam de tratamento antibiótico e hemorragias sujeitas a intervenções cirúrgicas.

Com o intuito de auxiliar o diagnóstico desta perturbação, utilizam-se escalas que permitem compreender a gravidade e a resposta aos tratamentos disponíveis. De entre as mais utilizadas, a SPIS (*“The Skin Picking Impact Scale”*), validada e traduzida em Português Brasileiro, é a única que tem em conta o impacto psicológico que esta síndrome acarreta e não depende do conhecimento clínico, permitindo uma maior vantagem à sua utilização, no entanto também apresenta limitações acima descritas. Em Portugal não encontramos nenhuma escala traduzida e validada.

Verificamos ainda que o *skin Picking* e a tricotilomania, habitualmente coexistem, e apresentam semelhanças no que diz respeito a dados demográficos, traços de personalidade e comorbilidades. Doentes que apresentam ambas as patologias despendem de mais tempo nos comportamentos associados às perturbações, insight reduzido e maior gravidade sintomática, quando comparados com doentes que apenas apresentam uma das perturbações.

De referir ainda que os sintomas motores repetitivos que se verificam quer no *skin picking*, quer na tricotilomania, se assemelham a rituais compulsivos da POC, o que implica um diagnóstico criterioso, de forma a diminuir falsos diagnósticos que hoje em dia se verificam.

Em suma, apesar de prevalente, a dermatotilexomania continua a ser sub-diagnosticada, não só porque a maioria dos doentes se sentem constrangidos e não procuram tratamento específico, nem auxílio médico e apenas o reportam quando questionados diretamente, mas também porque muitos dos profissionais de saúde não estão familiarizados em relação a esta perturbação e por isso não a investigam.

Referências bibliográficas:

1. Grant JE, Chamberlain SR. Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. *J Psychiatr Res.* 2020;130:57-60.
2. Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:1867-1872.
3. Xavier ACM, Souza CMB, Flores LHF, et al. Improving skin picking diagnosis among Brazilians: validation of the Skin Picking Impact Scale and development of a photographic instrument. *An Bras Dermatol.* 2019;94(5):553-560.
4. Kwon C, Sutaria N, Khanna R, et al. Epidemiology and Comorbidities of Excoriation Disorder: A Retrospective Case-Control Study. *J Clin Med.* 2020;9(9).
5. Anwar S, Jafferany M. Trichotillomania: a psychopathological perspective and the psychiatric comorbidity of hair pulling. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat.* 2019;28(1):33-36.
6. Ricketts EJ, Snorrason Í, Kircanski K, et al. A latent profile analysis of age of onset in pathological skin picking. *Compr Psychiatry.* 2018;87:46-52.
7. Snorrason I, Olafsson RP, Houghton DC, et al. 'Wanting' and 'liking' skin picking: A validation of the Skin Picking Reward Scale. *J Behav Addict.* 2015;4(4):250-262.
8. Misery L, Chastaing M, Touboul S, et al. Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles. *Acta Derm Venereol.* 2012;92(4):416-418.
9. Neziroglu F, Rabinowitz D, Breytman A, et al. Skin picking phenomenology and severity comparison. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2008;10(4):306-312.
10. Grant JE, Chamberlain SR. Clinical correlates of symptom severity in skin picking disorder. *Compr Psychiatry.* 2017;78:25-30.
11. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, et al. Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif.* 2002;26(3):320-339.
12. Özten E, Sayar GH, Eryılmaz G, et al. The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:1203-1210.
13. Wabnegger A, Schienle A. The Role of the Cerebellum in Skin-Picking Disorder. *Cerebellum.* 2019;18(1):91-98.
14. Brock H, Hany M. Obsessive-Compulsive Disorder. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC. 2020.
15. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry.* 2016;173(9):868-874.

16. Gerstenblith TA, Jaramillo-Huff A, Ruutiainen T, et al. Trichotillomania comorbidity in a sample enriched for familial obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2019;94:152123.
17. Grant JE, Leppink EW, Tsai J, et al. Does comorbidity matter in body-focused repetitive behavior disorders? *Ann Clin Psychiatry*. 2016;28(3):175-181.
18. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):52.
19. Hardardottir H, Hauksdottir A, Bjornsson AS. [Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment]. *Laeknabladid*. 2019;105(3):125-131.
20. Kalogeraki L, Michopoulos I. [Hoarding Disorder in DSM-5: Clinical description and cognitive approach]. *Psychiatriki*. 2017;28(2):131-141.
21. Mathews CA. Hoarding disorder: more than just a problem of too much stuff. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(8):893-894.
22. Grant JE, Stein DJ. Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11. *Braz J Psychiatry*. 2014;36 Suppl 1:59-64.
23. Sani G, Gualtieri I, Paolini M, et al. Drug Treatment of Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder), Excoriation (Skin-picking) Disorder, and Nail-biting (Onychophagia). *Curr Neuropsychopharmacol*. 2019;17(8):775-786.

Anexos

1. Normas Acta Médica Portuguesa
2. Reporting guidelines SANRA



Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2016, 30 dezembro 2016

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A Acta Médica Portuguesa não cobra quaisquer taxas

relativamente ao processamento ou à submissão de artigos.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa, em 2014, foi de aproximadamente de 20% dos mais de 700 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International

Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final
4. Concordam que são responsáveis pela exactidão e integridade de todo o trabalho

As condições 1, 2, 3 e 4 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright* (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/AMP_template-Declaracao-Responsabilidade-Autoral.doc).

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o carregamento na plataforma electrónica de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref. AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s)

Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito (modelo disponível em http://www.actamedicaportuguesa.com/info/consentimento_informado_do_doente.doc).

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá no prazo máximo de vinte dias, carregar na plataforma electrónica da Acta Médica Portuguesa uma versão revista do artigo, com as alterações inseridas destacadas com cor diferente, bem como um novo Documento Suplementar respondendo a todas as questões colocadas.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes

da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação

fast-track, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

a) O editor é responsável por garantir a qualidade da revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.

c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.

d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.

e) A identidade dos revisores é confidencial.

f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.

g) O editor-chefe tem total independência editorial.

h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.

i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.

j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.

k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.

l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.

m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o "AMA Manual of Style", 10th ed. e/ou "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via "Submissão Online" da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão *online* terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo

b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)

c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho

d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito

e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

a) Título (sem autores)

b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.

c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria

deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. [clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Referências.

A linha de autoria deste tipo de artigos não deverá exceder quatro autores. Outros contributos poderão ser reconhecidos no final do texto, sob o parágrafo “Agradecimentos”.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 referências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma

experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão "Units of Measure" no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 dpis de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário "Inserir Figura nº 1... aqui".

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário "Inserir Tabela nº 1... aqui". Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

Quaisquer tabelas submetidas que sejam mais longas/largas do que duas páginas A4 serão publicadas como Apêndice ao artigo.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

- **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

- **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis.¹⁴”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço.⁵⁻⁹

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula.^{12,15,18}

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

nas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1.CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. *Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences [e-book]*. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA

Please rate the quality of the narrative review article in question, using categories 0–2 on the following scale. For each aspect of quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.

1) Justification of the article's importance for the readership

- The importance is not justified. _____ 0
- The importance is alluded to, but not explicitly justified. _____ 1
- The importance is explicitly justified. _____ 2

2

Página 2: "... estudar a clínica de dermatotilexomania com intuito de familiarizar os diversos profissionais de saúde...permitindo desta forma que os pacientes sejam corretamente e precocemente tratados"

2) Statement of concrete aims or formulation of questions

- No aims or questions are formulated. _____ 0
- Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions. _____ 1
- One or more concrete aims or questions are formulated. _____ 2

2

Página 2: "avaliar relações e semelhanças com outras perturbações psiquiátricas"

3) Description of the literature search

- The search strategy is not presented. _____ 0
- The literature search is described briefly. _____ 1
- The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria. _____ 2

2

Página 2: "... realizada uma pesquisa bibliográfica via internet, recorrendo ao programa de pesquisa científica PubMed. Foram analisados artigos entre 2008 e 2020, tendo sido selecionados os mais relevantes e pertinentes para o tema em questão."

4) Referencing

- Key statements are not supported by references. _____ 0
- The referencing of key statements is inconsistent. _____ 1
- Key statements are supported by references. _____ 2

2

Página 7: "Verifica-se que doentes com sintomas de início em idades mais jovens, apresentam clínica mais grave, escoriações mais focadas e localizadas a determinada região corporal, mais comorbilidades, danos psicológicos e maior prevalência de história familiar quando comparados com doentes que apresentam sintomas mais tardios"

5) Scientific reasoning

(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)

- The article's point is not based on appropriate arguments. _____ 0
- Appropriate evidence is introduced selectively. _____ 1
- Appropriate evidence is generally present. _____ 2

2

6) Appropriate presentation of data

(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)

- Data are presented inadequately. _____ 0
- Data are often not presented in the most appropriate way. _____ 1
- Relevant outcome data are generally presented appropriately. _____ 2

2

PONTOS 5 e 6:

Página 8: "Tendo em conta o estudo EJ Ricketts et al.⁴, verificou-se que pacientes mais jovens apresentam maior constrangimento social (92,2 %, p= 0,008), mais ansiedade (80,6%, p=0,003), mais escaras e infeções (83,7%, 45,5%, p=0,001, p=0,047 respetivamente), quando comparados com pacientes cujos sintomas surgiram mais tardiamente"

Sumscore

12

Fig. 1 SANRA - Scale

SANRA – explanations and instructions

This scale is intended to help editors assess the quality of a narrative review article based on formal criteria accessible to the reader. It cannot cover other elements of editorial decision making such as degree of originality, topicality, conflicts of interest or the plausibility, correctness or completeness of the content itself. SANRA is an instrument for editors, authors, and reviewers evaluating individual manuscripts. It may also help editors to document average manuscript quality within their journal and researchers to document the manuscript quality, for example in peer review research. Using only three scoring options, 0, 1 and 2, SANRA is intended to provide a swift and pragmatic sum score for quality, for everyday use with real manuscripts, in a field where established quality standards have previously been lacking. It is not designed as an exact measurement of the quality of all theoretically possible manuscripts. For this reason, the extreme values (0 and 2) should be used relatively freely and not reserved only for perfect or hopeless articles.

We recommend that users test-rate a few manuscripts to familiarize themselves with the scale, before using it on the intended group of manuscripts. Ratings should assess the totality of a manuscript, including the abstract. The following comments clarify how each question is designed to be used.

Item 1 – Justification of the article's importance for the readership

Justification of importance for the readership must be seen in the context of each journal's readership.

Consider how well the manuscript outlines the clinical problem and highlights unanswered questions or evidence gaps – thoroughly (2), superficially (1), or not at all (0).

Item 2 – Statement of concrete/specific aims or formulation of questions

A good paper will propose one or more specific aims or questions which will be dealt with or topics which will be reviewed.

Please rate whether this has been done thoroughly and clearly (2), vaguely or unclearly (1), or not at all (0).

Item 3 – Description of the literature search

A convincing narrative review will be transparent about the sources of information on which the text is based. Please rate the degree to which you think this has been achieved. To achieve a rating of 2, it is not necessary to describe the literature search in as much detail as for a systematic review (searching multiple databases, including exact descriptions of search history, flowcharts, etc.), but it is necessary to specify search terms, and the types of literature included. A manuscript which only refers briefly to its literature search would score 1, while one not mentioning its methods would score 0.

Item 4 – Referencing

No manuscript references all statements. However, those that are essential for the arguments of the manuscript – “key statements” – should be backed by references in all or almost all cases. Exceptions could reasonably be made for rating purposes where a key statement has uncontroversial face-validity, such as “Diabetes is among the commonest causes of chronic morbidity worldwide.”

Please rate the completeness of referencing: for most or all relevant key statements (2), inconsistently (1), sporadically (0).

Item 5 – Scientific reasoning

The item describes the quality of the scientific point made. A convincing narrative review presents evidence for key arguments.

It should mention study design (randomized controlled trial, qualitative study, etc), and where available, levels of evidence.

Please rate whether you feel this has been done thoroughly (2), superficially (1), or hardly at all (0). Unlike item 6, which is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data, this item relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments.

Item 6 – Appropriate presentation of data:

This item describes the correct presentation of data central to the article's argument. Which data are considered relevant varies from field to field. In some areas relevant data would be absolute rather than relative risks or clinical versus surrogate or intermediate end-points. These outcomes must be presented correctly. For example, it is appropriate that effect sizes are accompanied by confidence intervals. Please rate how far the paper achieves this – thoroughly (2), partially (1), or hardly at all (0). Unlike item 5, which relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments, this item is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data.

Fig. 2 SANRA—explanations and instructions document