

Adaptação transcultural da *Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale* para o idioma português (Brasil)

Brazilian Portuguese cross-cultural adaptation of the Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale

EDSON LUIZ TOLEDO¹, ROGÉRIA TARAGANO¹, TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS², CRISTIANO NABUCO DE ABREU³, NORMAN HEARST⁴, MARIA APARECIDA CONTI⁵

¹ Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Proamiti-IPq-HC-FMUSP).

² FMUSP, Departamento de Psiquiatria da USP, IPq-HC-FMUSP, Programa de Transtornos Alimentares (Ambulim).

³ HC-FMUSP, Proamiti-HC-FMUSP, Ambulim-HC-FMUSP.

⁴ Departamento de Medicina Comunitária e Familiar e Departamento de Epidemiologia e Bioestatística da Universidade da Califórnia.

⁵ Faculdade de Saúde Pública da USP, Ambulim-HC-IPq-FMUSP.

Recebido: 3/7/2010 – Aceito: 24/10/2010

Resumo

Contexto: A tricotilomania (TTM) caracteriza-se pelo ato de arrancar, de forma recorrente, os próprios cabelos por prazer, gratificação ou alívio de tensão, acarretando perda capilar perceptível. A *Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale* é um instrumento utilizado recentemente em muitos estudos para avaliar sintomas de TTM. **Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo adaptar essa escala para o idioma português. **Métodos:** Envolveu cinco etapas: (1) tradução; (2) retradução; (3) revisão técnica e avaliação das equivalências semântica e conceitual por especialistas em saúde mental; (4) avaliação do instrumento por estudantes, por meio da avaliação do grau de compreensão e (5) análise da consistência interna do instrumento pelo coeficiente alfa de Cronbach. **Resultados:** O instrumento foi traduzido e adaptado para o idioma português. Demonstrou ser de fácil compreensão e o valor da consistência interna correspondeu a 0,96. **Conclusão:** O instrumento encontra-se traduzido e adaptado para o idioma português. São necessárias análises de equivalência de mensuração e reprodutibilidade.

Toledo EL, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2011;38(5):178-83

Palavras-chave: Tricotilomania, adaptação transcultural, escalas, psicometria, estudos de validação.

Abstract

Background: Trichotillomania (TTM) is characterized by the act of pulling out, in a recurrent way, your own hair for pleasure, gratification or tension release, leading to a perceptible hair loss, and it is included in the Impulse Control Disorders Unclassified Elsewhere of the DSM-IV-TR (APA, 1994) section. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale is an instrument used recently in many studies to assess trichotillomania symptoms. **Objective:** The present paper aims to adapt this scale into the Portuguese language. To cross-culturally adapt the Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale to Portuguese and evaluate its internal consistency. This instrument aims to evaluate Trichotillomania. **Methods:** The work consisted of five steps: (1) translation; (2) back-translation; (3) peer review and evaluation of semantic and conceptual equivalences using experts; (4) instrument evaluation through a sample of students, by evaluating their level of understanding; and (5) analysis of the instrument's internal consistency through Cronbach's α -coefficient. **Results:** The instrument was translated and adapted to Portuguese, and shown to be easily understood, with an internal consistency value of 0.96. **Discussion:** The instrument is now translated and adapted to Portuguese. Measurement and reproducibility analyses are needed.

Toledo EL, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2011;38(5):178-83

Keywords: Trichotillomania, cross-cultural adaptation, scales, psychometric, validity studies.

Introdução

No transtorno do impulso, o que se observa é a falência da resistência a um desejo e a realização de um ato, independentemente da capacidade de proporcionar ou não prazer¹. A tricotilomania (TTM) é caracterizada por episódios periódicos de arrancar cabelos e que resulta em perda progressiva e notável deles. O indivíduo diagnosticado com TTM experimenta senso crescente de tensão antes do comportamento, alívio e satisfação ao finalizá-lo e, em alguns casos, pode experimentar culpa por tê-lo feito. Não sendo explicado por outro transtorno mental ou condição médica, frequentemente traz prejuízo no funcionamento social e ocupacional². Estudos clínicos iniciais sugerem que a TTM é extremamente rara, entretanto avaliações recentes em populações não clínicas registraram taxa de prevalência em torno de 3%³, sendo prevalente no sexo feminino⁴.

Os estudos⁵⁻⁷ que exploram o impacto e os prejuízos psicossociais causados pela TTM confirmam a importância em promover e melhorar recursos no cuidado ao paciente, o que se desdobra em ações de

promoção e aumento do repertório clínico, quer no diagnóstico ou na futura intervenção terapêutica. Transtornos de humor e ansiosos são frequentemente relatados, bem como o impacto diário no funcionamento geral, como afetos negativos, restrição das atividades recreativas e interação social, diminuição da produtividade no lar, trabalho e escola.

Um aspecto importante e pouco discutido da TTM é o seu impacto social e até mesmo econômico. Apenas para ilustrar, pesquisa com pacientes tricotilomaniacos tem demonstrado alta porcentagem de expressão de sintomas depressivos, bem como sentimentos de vergonha, irritabilidade e baixa autoestima.

Além disso, também há o registro da evitação social, com 60% deles recusando a procura por centros de estética ou lazer e 35% dos pacientes evitando intimidade sexual⁶. Seedat e Stein⁷ relataram que pacientes com TTM apresentavam prejuízos acadêmicos e profissionais, seja por baixa aspiração ou perda de dias na escola ou trabalho, e muitos pacientes evitavam procurar ajuda pelo fato de sentirem-se envergonhados ou amedrontados e, quando o faziam, era somente após nove anos de TTM.

Nossa experiência clínica tem demonstrado que o paciente com TTM frequentemente evita atividades sociais, como entretenimento, férias, cortar o cabelo, revelando baixa habilidade para a manutenção de relacionamentos íntimos. Não menos importante é o impacto econômico que a TTM pode acarretar no médio e longo prazo, seja limitando o avanço em sua carreira profissional, seja pelo investimento financeiro desmedido para esconder as falhas no cabelo ou uso de medicamentos.

A avaliação da TTM realizada por meio de uma escala de avaliação específica é de fundamental importância para um diagnóstico preciso. Atualmente, não há nenhuma avaliação ou conjunto de avaliações aceitas em língua portuguesa, embora vários métodos diferentes sejam utilizados, como a entrevista clínica, o automonitoramento, o autorrelato, o relato de sintomas comórbidos ou mesmo o uso de métodos objetivos e subjetivos que possam quantificar a quantidade de cabelo perdida³.

Algumas das propostas para a avaliação e mensuração dos comportamentos ligados à TTM já estão amplamente descritas na literatura. Serão descritos os principais instrumentos e suas características psicométricas.

a) *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* é uma medida clínica de severidade dos sintomas em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Esse instrumento inclui 10 itens avaliados em uma escala *Likert* que varia de 0 ponto (nenhum sintoma) a 4 pontos (sintomas extremos). A avaliação total se dá por meio da soma dos 10 itens. As obsessões são aferidas do item 1 a 5 e são utilizadas para avaliar a severidade da compulsão. Já a severidade dos sintomas compulsivos segue a mesma lógica e é representada pela soma obtida dos itens 6 a 10^{8,9}.

Vale ressaltar que uma adaptação da Y-BOCS intitulada Y-BOCS-TTM foi apresentada recentemente e substituiu os conceitos de “obsessão” por “pensamentos sobre arrancar cabelo” e “compulsão” por “arrancar cabelo”. Semelhante à Y-BOCS, a versão para TTM também possui 10 itens, e do item 1 a 5 avalia-se a severidade dos pensamentos repetitivos e do item 6 a 10, a severidade dos comportamentos relacionados com a TTM¹⁰.

b) *National Institute of Mental Health – Trichotillomania Impairment Scale (NIMH-TIS)* oferece uma medida global de severidade da TTM, fornecendo uma ideia da gravidade ao se basear no grau da perda do cabelo verificada, na quantidade de dinheiro e tempo gastos arrancando ou escondendo o cabelo e no senso de controle do paciente sobre o comportamento. A avaliação varia de 0 = nenhum prejuízo, passando de 1-3 = prejuízo mínimo, de 4-6 = prejuízo moderado e, finalmente, de 7-10 = prejuízo de moderado a severo¹¹.

c) *National Institute of Mental Health – Trichotillomania Symptom Severity Scale (NIMH-TSS)* é uma escala que avalia a severidade da TTM e também é derivada do Y-BOCS, pois é composta por seis itens que avaliam: o tempo gasto na última semana arrancando cabelo, o tempo gasto no dia anterior arrancando cabelo, quais os pensamentos ou sentimentos precederam o comportamento, tentativa para resistir ao desejo de arrancá-los, o quanto essa compulsão/hábito aborrece o paciente e o quanto arrancar cabelo interfere em sua vida diária. Os pensamentos ou sentimentos precedentes ao episódio e a tentativa de resistir ao desejo de arrancar (itens 3 e 4 da escala) são avaliados por uma escala *Likert* de 0 a 3 pontos e os itens 1, 2, 5 e 6 são avaliados por uma escala de 0 a 5 pontos. Pontuações mais altas indicam maior grau de severidade dos sintomas. O valor total de severidade é calculado somando-se os seis itens¹¹.

d) *Psychiatric Institute Trichotillomania Scale (PITS)* é uma escala com seis itens que avalia os seguintes sintomas: número de locais de onde o cabelo foi arrancado na cabeça, duração do tempo gasto arrancando ou pensando em arrancar cabelos, frequência em resistir ao impulso de executar o ato, o quanto a TTM interfere ou impede de fazer alguma coisa, a angústia associada e, finalmente, severidade de perda de cabelo. Os itens são avaliados em uma escala *Likert*, que varia de 0 a 7 pontos, e os escores mais elevados indicam maior severidade dos sintomas. A avaliação total é calculada somando-se as respostas de todos os seis itens¹².

e) *Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania – Adult Version (MIST-A)* é uma escala que foi desenvolvida para avaliar os

subtipos da TTM: o “automático” e o “focal”. O MIST-A compõe-se de 15 itens, sendo 10 deles para o subtipo “focalizado” e os outros 5 para o “automático”¹³.

f) *Minnesota Trichotillomania Assessment – II (MTA-II)* é a única entrevista clínica estruturada que foi desenvolvida para gerar dados descritivos sobre os sintomas do comportamento de arrancar cabelos¹³. Essa avaliação contém perguntas pertinentes para avaliação da tricotilomania, segundo os critérios do DSM-IV-TR², entretanto os dados de validação e confiabilidade não estão disponíveis, o que dificulta o seu uso como um instrumento diagnóstico¹⁴.

g) *Clinical Global Impression (CGI)* é uma avaliação clínica que verifica, de forma global, a severidade dos sintomas, resposta e eficácia do tratamento em pacientes com transtornos mentais, incluindo a condição/gravidade da TTM no momento em que é feita a avaliação. O grau de severidade da CGI é obtido usando-se uma escala *Likert* de 7 pontos, sendo 1 ponto para não doente, até 7 pontos para extremamente doente¹⁵.

h) Por fim, a *Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale*^{16,17} é um instrumento que apresenta sete itens que são obtidos por meio do autopreenchimento e são avaliados na escala *Likert* de pontos, variando de 0 a 4 pontos, ou seja, quanto maior sua pontuação, maior o grau de severidade dos sintomas da TTM.

A *Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale*, em seu estudo original, comprovou a existência de um único fator que respondeu por 88% da variância e sua consistência interna foi satisfatória ($\alpha = 0,89$). Os sete itens que compõem a versão final da escala foram: frequência dos impulsos, intensidade dos impulsos, habilidade para controlar os impulsos, frequência do arrancar cabelo, tentativas para resistir ao ato de arrancar cabelo, controle sobre o ato de arrancar cabelo e angústia associada¹⁶.

Ainda em seu estudo de validação, a MGH-HPS¹⁷ foi comparada a outros instrumentos – PITS¹⁰ e CGS¹⁵ –, comprovando forte correlação ($r = 0,63$ $p < 0,001$; $r = 0,75$ $p < 0,0001$), respectivamente. Na reprodutibilidade, os dados foram igualmente satisfatórios (0,97, $p < 0,0001$).

Embora vários desses instrumentos sejam utilizados para avaliação da TTM, ainda não há um consenso acerca do mais adequado. Sendo a MGH-HPS um instrumento que poderá facilmente monitorar o curso da TTM e os efeitos no tratamento, somado ao seu formato autoaplicável, breve, de fácil administração, o que permite seu uso rotineiro, no ambiente clínico ou em protocolos de pesquisa, objetiva-se no presente estudo descrever sua adaptação transcultural para a língua portuguesa (Brasil).

Método

Realizou-se um estudo metodológico, de acordo com os critérios sugeridos por Herdman *et al.*¹⁸ e aplicados por Conti *et al.*^{19,20} e Teixeira *et al.*²¹.

Para tanto, foram cumpridas cinco etapas. A primeira etapa consistiu na tradução do instrumento original do idioma inglês para o português, feita por um profissional graduado em tradução e intérprete, com especialização em língua inglesa. Para a segunda etapa, a versão traduzida foi novamente vertida para o inglês, por um professor nativo de língua inglesa (NH).

A terceira etapa referiu-se à revisão técnica e à avaliação da equivalência semântica das versões, desenvolvida por três psicólogos, sendo um deles especialista na área de adaptação de escalas (MAC) e os outros dois com experiência em tricotilomania (ELT, ROT), priorizando-se o significado referencial e o significado geral dos itens que compõem o instrumento. Foram realizados ajustes e uma nova versão do instrumento foi elaborada. Na etapa seguinte (quarta), o instrumento foi apresentado a 12 especialistas da área de saúde mental para a avaliação da clareza e grau de compreensão de cada questão e do instrumento em sua íntegra. Foi solicitado que avaliassem o instrumento, questão a questão, e respondessem a uma escala verbal-numérica adaptada, de acordo com o procedimento realizado por Conti *et al.*¹⁹ e Teixeira *et al.*²¹.

Foram orientados para responder à seguinte questão: “Sua participação consistirá em seu preenchimento, após uma leitura criteriosa, avaliando o quanto você entendeu de cada item que compõe este ques-

tionário?” As respostas eram do tipo escala *Likert*: 0 – não entendi nada; 1 – entendi só um pouco; 2 – entendi mais ou menos; 3 – entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 – entendi quase tudo; 5 – entendi perfeitamente e não tenho dúvidas. Foi estabelecido que as respostas 0, 1, 2 e 3 seriam consideradas como indicadores de compreensão insuficiente. Foi solicitado, ainda, caso o especialista não compreendesse a questão ou a linguagem não parecesse adequada, que sugerisse alterações, justificando os motivos. Ao final, uma nova versão do instrumento foi formulada pelos pesquisadores, incluindo as alterações pertinentes.

Para a quinta etapa, o instrumento foi apresentado a 115 jovens, de ambos os sexos, com idade média de 23 anos (desvio-padrão: 3,7 anos), estudantes do ensino superior do curso de Administração. Os jovens foram selecionados de forma aleatória simples e concordaram em participar voluntariamente. Na instituição houve um sorteio para a seleção de quatro salas e todos os alunos, em período de aula, responderam ao questionário autoaplicado sob supervisão do último autor (MAC). Não houve recusa e/ou desistência. Para uma parcela do grupo (16 jovens), o instrumento foi aplicado na apresentação de uma escala verbal numérica adaptada^{21,22}, de acordo com a metodologia descrita acima para os profissionais. E para o restante do grupo (99 jovens), o instrumento foi aplicado em sua íntegra, com a intenção de avaliar o grau de consistência interna das questões, por meio da análise do coeficiente alfa de Cronbach (Figura 1).

Ainda nessa etapa, para o segundo grupo de jovens (99 jovens), foi aplicado, concomitantemente, o Questionário de Saúde Geral de Goldenberg (QSG)^{23,24} na versão abreviada. Essa escala é composta de 12 itens, na forma *Likert* de pontos e avalia o bem-estar psicológico. Os itens negativos foram invertidos, de modo que quanto maior a pontuação, melhor o nível de saúde mental. Utilizou-se como o ponto de corte o valor correspondente a 20 pontos, e assim, aquele participante que não obteve o valor mínimo esperado foi excluído do estudo. A amostra final foi composta por 68 sujeitos (21 jovens excluídos).

Desenvolveram-se análise descritiva (média, desvio-padrão, proporção) e análise de inferência (alfa de Cronbach).

Foi solicitadas autorização e permissão do editor para a realização do estudo. O presente estudo está de acordo com a norma nº 196, inciso IX.2, letra “c”, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de

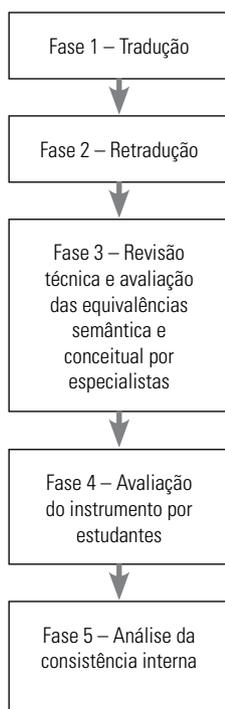


Figura 1. Etapas do processo de adaptação transcultural da MGH-HPS.

Pesquisa (CAPPesp) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme Protocolo nº 013/08.

Resultados

Tradução e adaptação transcultural

Na presente tradução, houve necessidade de alterar expressões e palavras e rever as conjugações verbais. Já para a adaptação transcultural, algumas expressões foram excluídas, conforme descrito a seguir.

Quanto ao título da escala, a palavra que mais se aproxima da tradução literal de “*hairpulling*” é “puxão de cabelo”, dessa forma a palavra “*pulling*” foi traduzida como “arrancar”, o que em português faz mais sentido, já que puxar necessariamente não significa arrancar. Assim, o título ficou: “Escala de Arrancar Cabelo” ou em sua forma abreviada: EAC-MGH.

Nas duas vezes em que a expressão “*for the next three questions*” é mencionada, optou-se pela inserção da numeração, de acordo com a questão a que ela se referenciava. Dessa forma, a apresentação ficou como: “para as questões 1, 2 e 3” e “para as questões 4, 5 e 6”, respectivamente.

Na língua inglesa, o substantivo “*hair*” pode ser utilizado tanto para cabelo como para pelo, assim, na versão final, acrescentou-se a palavra “pelo”, uma vez que em português a palavra “cabelo” refere-se ao conjunto de pelos da cabeça e especificamente pelo refere-se ao fio que cresce em outras partes do corpo. Assim, foi padronizada a expressão: cabelo e/ou pelo para a palavra “*hair*”, uma vez que o comportamento tricitolomaniaco pode ocorrer em qualquer parte do corpo onde tenha cabelo e/ou pelo⁴.

Outra exclusão referiu-se aos sete subitens que descrevem o comportamento que será mensurado (frequência, intensidade, habilidade para controlar o impulso, tentativas de resistir, controle sobre o arrancar cabelo e angústia associada). Acreditamos que, ao citá-los, poderiam induzir à resposta, já que fazem referência ao que se está avaliando.

Após a versão da segunda etapa, retradução para o inglês (NH), e a versão final, achamos adequado manter as palavras impulsos e vontade, nas questões 1, 2 e 5, embora na versão original os autores utilizassem apenas a palavra “*urges*”. Entendemos que impulsos e vontade estão dentro do contexto da escala, o que reforça seu significado conotativo e garante coloquialidade, reforçando sua compreensão.

Nas questões 1, 2, 3, 4, 5 e 6 da versão original, a expressão “*on na average day*” foi traduzida como “em um dia normal”, novamente para garantir seu aspecto coloquial.

Outra alteração realizada foi a retirada da expressão “esta semana eu” (*this week I*) que inicia todos os itens. Optou-se em colocá-la em um novo parágrafo, logo após cada uma das sete perguntas, seguida do ponto de reticências (esta semana eu...). Dessa forma, evitou-se a repetição da expressão, o que deixou o instrumento mais compreensível.

Na questão 3, item 2, a expressão “*some of the time*” foi adaptada para “em alguma parte do tempo”, o que garante seu caráter intensificador da afirmação.

Um fator importante a ser mencionado refere-se aos termos dos marcadores de frequência da escala. Na escala original, os autores deixam claro que a avaliação visa produzir escores com a frequência de ocorrência dos eventos, partindo-se da negativa do impulso até a total capacidade de resistir a ele. Assim, na versão original, as palavras “*occasionally*” (ocasional), “*often*” (frequentemente), “*very often*” (muito frequentemente) e “*so often*” (tão frequentemente) dos itens 1, 2, 3 e 4, referentes à pergunta 4, foram, na versão final, substituídas por: “poucas vezes”, “frequentemente”, “muito frequentemente” e “excessivamente”, respectivamente. Entendemos que essas palavras expressam melhor a noção de quantidade de impulso relacionado ao comportamento em questão. Ainda nessa mesma questão, no item 4, na frase “*This week I pulled my hair so often it felt like I was always doing it*” (esta semana eu puxei tão frequentemente meu cabelo que sentia como se eu sempre estivesse fazendo isso), optou-se pela expressão “Esta semana eu arranquei o meu cabelo/pelo

excessivamente, a ponto de sentir que estava arrancando-o sempre”, portanto o deslocamento/ou substituição na construção da frase foi necessário para que a expressão mantivesse seu poder intensificador do comportamento de arrancar cabelo/pelo.

Na instrução original para as perguntas 4, 5 e 6: “... rate only the actual hairpulling”, a tradução literal seria: “... taxa só o ato atual de puxar cabelo”. A versão traduzida e adaptada ficou “... avalie somente o comportamento atual de arrancar o cabelo/pelo”. Na comparação entre as etapas de tradução, retradução e versão final, houve a necessidade de alterar a expressão e palavra para facilitar a melhor compreensão semântica da instrução.

Nos enunciados das questões 4 e 6, o vocábulo “actually”, que tem como significado literal “de fato” ou “realmente”, foi adaptado com o sinônimo “efetivamente”, por entendermos que se adéqua melhor às questões.

Já no enunciado da questão 5, com relação à mesma palavra “actually”, optou-se em manter o seu significado literal “de fato”, uma vez que, ao associá-la à palavra “tentativa”, não dá margem à dúvida quanto ao ato de resistir ao comportamento de arrancar cabelo.

Na questão 7, a expressão “on edge” (impaciente) foi traduzida e adaptada como “com os nervos à flor da pele”. Assim, mantemos o sentido figurado da expressão, pois dessa forma ficaria mais adequado ao propósito de estar mensurando a angústia associada ao comportamento de arrancar cabelo.

No enunciado da questão 7, o vocábulo “distress”, que literalmente significa aflição, optamos pelo vocábulo “sofrimento”, que melhor expressa o desconforto associado ao comportamento tricotilomaniaco e também evidencia o caráter mais objetivista, que em certa medida é uma das funções básicas do presente instrumento.

O termo “hairpulling”, que aparece nas sete perguntas e seus itens, foi substituído pela expressão “arrancar o meu cabelo”, pois nas frases expressa melhor a noção atemporal do ato de arrancar cabelo.

Compreensão verbal

Para os especialistas (n = 12), as questões demonstraram ser de fácil compreensão, registrando valor médio superior a 4,8 (valor máximo 5,0). O mesmo pode ser registrado para participantes (n = 16), com média superior a 4,0 (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação dos especialistas e estudantes da Escala de Arrancar Cabelos (EAC-MGH) (São Paulo, 2010)

Questões	Especialistas (n = 12)	Estudantes (n = 16)
	Grau de compreensão Média (desvios-padrão)	Grau de compreensão Média (desvios-padrão)
Instrução EAC 1	4,8 (0,4)	4,6 (0,9)
Instrução EAC 2	4,9 (0,3)	4,9 (0,5)
Instrução Questão 1	5,0 (0,0)	4,9 (0,3)
Questão 1	4,6 (0,9)	4,7 (0,6)
Instrução Questão 2	5,0 (0,0)	4,5 (1,0)
Questão 2	5,0 (0,0)	4,8 (0,5)
Instrução Questão 3	4,9 (0,3)	4,4 (0,4)
Questão 3	4,8 (0,4)	4,8 (0,4)
Instrução EAC 3	5,0 (0,0)	4,9 (0,5)
Instrução Questão 4	4,9 (0,3)	4,8 (0,5)
Questão 4	4,4 (0,8)	4,7 (0,6)
Instrução Questão 5	5,0 (0,0)	4,7 (0,8)
Questão 5	4,8 (0,4)	4,6 (0,9)
Instrução Questão 6	4,9 (0,3)	4,6 (0,8)
Questão 6	4,7 (0,6)	4,7 (0,6)
Instrução EAC 4	5,0 (0,0)	5,0 (0,0)
Instrução Questão 7	5,0 (0,0)	4,8 (0,4)
Questão 7	4,6 (0,8)	4,6 (0,8)
Total	4,8 (0,3)	4,5 (0,7)

Consistência interna

O instrumento demonstrou valores do coeficiente alfa de Cronbach satisfatório. Para todas as questões que compõem a escala, correspondeu a 0,96.

Discussão

Estudos de adaptação transcultural são essenciais para garantir a qualidade da informação que o instrumento almeja identificar. Esse ponto é sinalizado por Conti *et al.*²⁰, já que os instrumentos de avaliação representam importante elo entre os dados coletados e seu conteúdo teórico. O presente estudo tomou esse cuidado, descrevendo o processo de adaptação transcultural da *Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale* (MGH-HPS) e apresentando dados que caracterizaram algumas de suas propriedades psicométricas.

O processo de adaptação transcultural envolveu etapas de tradução, retradução e três versões do instrumento para concluirmos a sua versão final. Constatou-se análises de compreensão verbal em duas avaliações (especialistas e estudantes), com resultados satisfatórios. Embora seja esperado que a população-alvo, ou seja, o indivíduo com TTM avaliasse o instrumento, esse procedimento não foi dotado. Mesmo assim o resultado final foi satisfatório. Quanto à estrutura do conteúdo, não foram necessárias mudanças estruturais, somente adaptações e exclusões de algumas expressões como “poucas vezes”, “frequentemente”, “excessivamente” e também na forma de apresentação das questões que compõem o instrumento. Assim, a EAC-MGH demonstrou ser de fácil compreensão e aplicação.

Na análise da consistência interna, o instrumento apresentou resultados satisfatórios (coeficiente $\alpha = 0,96$), superando os valores descritos no estudo original (coeficiente $\alpha = 0,89$). Observa-se que a consistência interna do instrumento respondeu, preservando a coerência e a integração dos itens que compõem o construto. Sendo assim, podemos inferir que a EAC-MGH identificou o mesmo construto apontado no estudo original.

Cabe aqui observar que a prevalência da TTM era uma condição extremamente rara nos anos 1970, com taxas em torno de 1% nos anos 1990. Entretanto, a TTM tem-se mostrado com prevalência crescente no século XXI, apresentando taxas em torno de 3%. Essa alta porcentagem nos leva a hipotetizar que a TTM tenha sido subvalorizada no passado como diagnóstico primário em saúde mental e que nos dias atuais, como maior acesso aos sistemas de saúde e de informação, tenha se tornado mais conhecida, não só pelos pacientes, mas também pela comunidade médica, o que pode ter corroborado para o aumento do registro de diagnósticos. Esse fato vem preocupando os profissionais da área de saúde mental e contribuindo significativamente para o crescente número de estudos de etiologia, prevalência e tratamento da TTM.

Pesquisas em grupos clínicos identificaram o gênero de pacientes que se apresentam para tratamento de TTM, que, em sua maioria, são do sexo feminino e primordialmente compostos por adolescentes e adultas^{14,25}. Estudo prospectivo para demonstrar a incidência de transtornos mentais entre gêneros apresentou uma razão de 1,54 como medida de risco para as mulheres em relação aos homens²⁶. Essa predominância de gênero também pode refletir uma diferença subjacente observada em pacientes com TTM, ou seja, maior aceitabilidade social da perda do cabelo e menor frequência na busca de ajuda médica, no sexo masculino⁹.

Embora o número de pessoas que buscam atendimento clínico seja diferente, as características fenomenológicas ainda parecem ser semelhantes entre homens e mulheres^{27,28}. Dessa forma, o presente estudo apresenta a versão da EAC com características similares ao estudo original. Essa versão adaptada é de fundamental importância para o desenvolvimento de futuros estudos da área, com enfoque clínico e epidemiológico.

Conclusão

Foram realizadas a tradução e a adaptação da *Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale* para o idioma português

e sua versão final encontra-se disponível no Anexo 1; as tabelas nas versões original, traduzida e retrotraduzida estão à disposição dos interessados com os autores. A análise da consistência interna comprovou boa concordância entre os itens, com valores muito próximos dos do estudo original. Os dados descritos são satisfatórios, o que possibilita a indicação da escala para o idioma português. A realização de estudos futuros de validação de construto para análise confirmatória e exploratória dos itens será útil, o que possibilitará o uso da presente escala para a avaliação da TTM.

Referências

- Tavares H, Gentil V, Oliveira CS, Tavares GA. Jogadores patológicos, uma revisão: psicopatologia, quadro clínico e tratamento. *Rev Psiq Clín.* 1999;26(4):179-87.
- American Psychiatric Association – Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-IV), 4th ed. Washington, DC; 1994. p. 586-8.
- Toledo EL, Taragano RO, Cordás TA. Tricotilomania. *Rev Psiq Clín.* 2010;37(6):251-9.
- Christenson GA, Pyle RA, Mitchell JE. Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *J Clin Psychiatry.* 1991;52:415-7.
- Diefenbach GJ, Tolin DF, Hannan S, Crocetto J, Worhunsky P. Trichotillomania: impact on psychosocial functioning a quality of life. *Behav Res Ther.* 2005;43(7):867-84.
- Stemberg RMT, Thomas AM, Mansueto CS, Carter JG. Personal toll of trichotillomania: behavioral and interpersonal sequelae. *J Anxiety Disord.* 2000;14:97-104.
- Seedat S, Stein DJ. Psychosocial and economic implications of trichotillomania: a pilot study in a South African sample. *CNS Spectr.* 1998;3:40-3.
- Goodman WK, Prince LH, Rasmussen SA, Mazure L, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:1006-11.
- Goodman WK, Prince LH, Rasmussen SA, Mazure L, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, II: Validity. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:1012-6.
- Stanley MA, Prather RC, Wagner AL, Davis ML, Swann AC. Can the Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale be used to assess trichotillomania? A preliminary report. *Behav Res Ther.* 1993;31:171-7.
- Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL, Levane MC, Goldberger EL, Cheslow DL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hairpulling). *N Engl J Med.* 1989;321(8):497-501.
- Winchel RM, Jones JS, Molcho A, Parsons B, Stanley B, Stanley M. The Psychiatric Institute Prichotillomania Scale (PITS). *Psychopharmacol Bull.* 1992;28:463-76.
- Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Cashin SE, Keuhen NJ, Trichotillomania Learning Center-Scientific Advisory Board (TLC-SAB). The Milwaukee Inventory for Subtypes of Trichotillomania-Adult Version (MIST-A): Development of an Instrument for the Assessment of “Focused” and “Automatic” Hair Pulling. *J Psychopathol Behav Assess.* 2008;30:20-30.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry.* 1991;148:365-70.
- National Institute of Mental Health. CGI: Clinical Global Impressions. In: Guy W, Bonato RR, eds. Manual for the ECDEU Assessment Battery 2. Rev ed. Chevy Chase, Md: National Institute of Mental Health; 1970. p. 12-1-12-6.
- Keuthen NJ, O’Sullivan RL, Ricciardi JN, Shera D, Savage CR, Borgmann AS, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 1. Development and Factor Analyses. *Psychother Psychosom.* 1995;64:141-5.
- O’Sullivan RL, Keuthen NJ, Hayday CF, Ricciardi JN, Buttolph ML, Jenike MA, et al. The Massachusetts General Hospital (MGH) Hairpulling Scale: 2. Reliability and Validity. *Psychother Psychosom.* 1995;64:146-8.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7(4):323-35.
- Conti MA, Slater B, Latorre MRDO. Tradução, validade e reprodutibilidade da EEICA – Escala de Avaliação da Insatisfação Corporal para Adolescentes – no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2009;43(3):515-24.
- Conti MA, Scagliusi F, Queiroz GKO, Hearst N, Cordas TA. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal. *Cad Saude Publica.* 2010;26(3):503-13.
- Teixeira PC, Matsudo S, Hearst N, Cordas TA, Conti AM. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo da versão brasileira do “The Commitment Exercise Scale”. *Rev Psiquiatria Clin.* 2011;38(1):24-8.
- Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica.* 2007;41(4):665-73.
- Pasquali LG, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de saúde geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira/ Goldberg health questionnaire (GHQ): Brazilian adaptation. *Psicol Teor Pesqui.* 1994;10(3):421-37.
- Gouveia VV, Chaves SSS, Oliveiras ICP, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PR. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicol Teor Pesqui.* 2003;19(3):241-8.
- Swedo SE, Leonard IL, Rapoport JL, Lenane MC, Goldberger EL, Cheslow DL. A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *N Engl J Med.* 1989;321:497-501.
- Andrade LH, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clín.* 2006;33(2):43-54.
- Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Adult men and women with trichotillomania: a comparison of and female characteristics. *Psychosomatics.* 1994;35:142-9.
- Oguchi T, Miura S. Trichotillomania; its psychopathological aspect. *Compr Psychiatry.* 1977;18:177-82.

Anexo 1
ESCALA DE ARRANCAR CABELO (EAC-MGH)

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Para cada questão, escolha uma afirmação do grupo de respostas, a qual melhor descreve seus comportamentos e/ou sentimentos durante a última semana. Se você tem tido altos e baixos, tente estimar uma média para a última semana. Certifique-se de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer sua escolha. Nas questões 1, 2 e 3, avalie apenas os impulsos para arrancar seu cabelo e/ou pelo.

1. Em um dia normal, com que frequência você sentiu o impulso de arrancar seu cabelo e/ou pelo?

Esta semana eu...

0. Não senti vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
1. Poucas vezes senti vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
2. Frequentemente senti vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3. Muito frequentemente senti vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4. Senti uma vontade constante de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.

2. Em um dia normal, quão intensos ou fortes foram os impulsos de arrancar o seu cabelo e/ou pelo?

Esta semana eu...

0. Não senti vontade de arrancar meu cabelo e/ou pelo.
1. Senti uma leve vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
2. Senti uma moderada vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3. Senti uma forte vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4. Senti uma extrema vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.

3. Em um dia normal, quanto de controle você tem sobre seus impulsos para arrancar o seu cabelo e/ou pelo?

Esta semana eu...

0. Sempre pude controlar os impulsos, ou eu não senti vontade de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
1. Na maioria do tempo, fui capaz de desviar a minha atenção dos impulsos para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
2. Em alguns momentos, fui capaz de desviar a minha atenção dos impulsos para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3. Raramente fui capaz de desviar a minha atenção dos impulsos para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4. Não fui capaz, nenhuma vez, de desviar minha atenção dos impulsos para arrancar meu cabelo e/ou pelo.

Nas questões 4, 5 e 6, avalie somente o comportamento atual de arrancar o cabelo e/ou pelo.

4. Em um dia normal, quantas vezes você efetivamente arrancou seu cabelo e/ou pelo?

Esta semana eu...

0. Não arranquei meu cabelo e/ou pelo.
1. Poucas vezes arranquei meu cabelo e/ou pelo.
2. Frequentemente arranquei meu cabelo e/ou pelo.
3. Muito frequentemente arranquei meu cabelo e/ou pelo.
4. Arranquei o meu cabelo e/ou pelo excessivamente, a ponto de sentir que estava arrancando-o sempre.

5. Em um dia normal, com que frequência você tentou, de fato, impedir-se de arrancar seu cabelo e/ou pelo?

Esta semana eu...

0. Não senti nenhum impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
1. Quase o tempo todo tentei resistir ao impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
2. Em alguns momentos tentei resistir ao impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3. Raramente tentei resistir ao impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4. Não tentei resistir ao impulso para arrancar o meu cabelo e/ou pelo.

6. Em um dia normal, com que frequência você foi, efetivamente, bem-sucedido ao impedir-se de arrancar o seu cabelo e/ou pelo?

Esta semana eu...

0. Não arranquei o meu cabelo e/ou pelo.
1. Durante quase todo o tempo, fui capaz de resistir ao ato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
2. Na maior parte do tempo, fui capaz de resistir ao ato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3. Em alguns momentos, fui capaz de resistir ao ato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4. Raramente fui capaz de resistir ao ato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.

Para a última questão, avalie as consequências de seu comportamento de arrancar o cabelo e/ou pelo.

7. Arrancar o cabelo e/ou pelo pode fazer algumas pessoas sentirem-se mal-humoradas, "com os nervos à flor da pele", ou tristes. Durante a semana passada, o quanto de desconforto você sentiu com o fato de arrancar o cabelo e/ou pelo?

Esta semana eu...

0. Senti-me muito pouco desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
1. Senti-me pouco desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
2. Senti-me moderadamente desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
3. Senti-me muito desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.
4. Senti-me excessivamente desconfortável com o fato de arrancar o meu cabelo e/ou pelo.