

Carolina Valerio

Impacto do tratamento do transtorno obsessivo-  
compulsivo nas comorbidades psiquiátricas no  
curto e médio prazos

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Dra. Roseli Gedanke Shavitt

SÃO PAULO  
2011

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Valerio, Carolina

Impacto do tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo nas comorbidades  
psiquiátricas no curto e médio prazos / Valerio Carolina. -- São Paulo, 2011.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Roseli Gedanke Shavitt.

Descritores: 1.Transtorno obsessivo-compulsivo 2.Diagnóstico duplo  
(Psiquiatria) 3.Tratamento 4.Transtornos de ansiedade

USP/FM/DBD-329/11

## AGRADECIMENTOS

A Deus, ao Espírito Santo e meu Anjo da Guarda, por tudo e sempre...

Aos meus pais, Zezé e José Carlos, por me amaram tanto e incondicionalmente, por me apoiarem, por investirem em mim, e por me estimularem a estudar sempre, dizendo que a maior herança que eles poderiam me deixar é o conhecimento. Obrigada por toda a atenção ao longo da minha formação como pessoa e como profissional. Vocês são os melhores!!!

A minha professora e orientadora, Roseli. Obrigada por sua gentileza de sempre. Obrigada por me acolher tão prontamente no PROTOC. Obrigada por incentivar meu trabalho, por me ensinar, com muita paciência, Psiquiatria e obrigada pela generosidade. Sou grata por ter me deixado trabalhar tão perto de você, sempre uma honra! Obrigada por me fazer saber que posso contar com você sempre, e inclusive no futuro. Você é muito especial.

Ao meu futuro marido, Rodrigo, obrigada por ser o líder da minha torcida. Obrigada por termos evoluído juntos, e por estar ao meu lado. Nossa caminhada juntos tem sido especial e incomparável. Obrigada por me incentivar incessantemente a fazer tudo para me tornar uma profissional melhor. Obrigada pelas palavras de apoio nas horas mais difíceis, e pela paciência nas tantas vezes em que tive que me ausentar. Obrigada pelo bom humor e por me fazer rir, muito! Obrigada por muitas vezes me fazer acreditar o quanto posso ser especial; o orgulho que você sente de mim compensa os sacrifícios.

A minha vó Josephina, tia Sonia e tio João, obrigada por compreenderem as ausências, por torcerem e vibrarem com minhas vitórias, por se orgulharem de mim e por rezarem por mim. Vó, obrigada por todas as velinhas acesas!

A Paolinha, amiga-irmã. Dizem que amigos são irmãos que escolhemos. E com a Paolinha sempre foi assim. Sinto-me menos filha única com você! Ter você como minha amiga é um enorme privilégio, com certeza. Obrigada por sua presença constante na minha vida, por me compreender totalmente e estar disposta a me ouvir sempre! Obrigada por dividir tantos momentos de enriquecimento pessoal. A vida em São Paulo teria sido muito chata e bem mais difícil sem ter dividido com você o apartamento e as incertezas, as dúvidas, as análises comportamentais de nós mesmas, as horas de papo sem fim, os sonhos, as angústias, os passeios e as pequenas aventuras na “cidade grande”. Sou muito feliz por poder dizer, com segurança, que sei, por causa da nossa relação, como é ter uma amiga!

Obrigada ao Euri, por me receber calorosamente no PROTOC, com entusiasmo, energia e cheio de idéias.

Obrigada a Roseli e ao Euri conjuntamente, por acreditaram que uma viagem ao exterior seria algo possível durante a execução deste trabalho. Obrigada por intermediarem meus contatos no McLean Hospital, por confiarem em mim e acreditarem que tudo daria certo e seria uma ótima experiência, como foi!

Obrigada à queridíssima Marinês. Grande amiga e companheira. Meu ombro para chorar em São Paulo quando me vi sozinha. Obrigada por tornar minhas idas para São Paulo mais divertidas, leves e alimentadas: “Vamos na lanchonete? Vamos almoçar? Vamos comprar uma sobremesa? E no caminho a gente aproveitava pra conversar, desabafar, se aconselhar, e rir! E obrigada por me ajudar muito e atentamente com a coleta de dados.”

Ao Victor, obrigada pela consultoria estatística e pelo jeito paciente de conversar comigo sobre as análises. Você sempre foi extremamente compreensivo comigo!

Aos queridos amigos Nil, Cris, Cecília, Sonia, Mari, Alice, Márcia, Juliana, Daniel. Todos vocês fizeram parte da minha jornada no PROTOC e estarão no meu coração.

A Idalina, importante figura para o desenrolar das atividades protoc-ianas, e a todos os membros do PROTOC, colaborando para o grupo manter-se em pleno vapor.

Às minhas amigas e companhias fofas de São Paulo, Pat Martinelli, Pat Mendes, Dora Carol, Karine, Emileane, Tati Bri. A convivência com vocês foi uma das melhores coisas de morar em Sampa. Cada uma com seu jeitinho me ajudou a viver a cidade de uma forma diferente, e todas, sempre, dando força, energia e vibrações para o andamento desse trabalho.

A toda a família do Rodrigo e também minha, dona Cida, Sr. Sebastião, Sr. Victor, Maria Beatriz, João Paulo, Diego, Murilo, Jean e Mateus, Márcia e Ednilson, Cristina e Toninho, Rosana e Nivaldo. Obrigada desde sempre por me acolherem tão maravilhosamente na família, por compreenderem minhas ausências, pelo orgulho que sentem de mim, por dizerem coisas boas nas horas certas e por rezarem por mim!

Aos meus queridos amigos de Palmeiras, obrigada pela torcida de sempre! Obrigada por se preocuparem comigo e por serem capazes de se alegrar com as minhas conquistas.

Aos professores Márcio, Kika e Guilherme pelas contribuições no exame de qualificação.

Aos pacientes. Obrigada aos pacientes do ambulatório do PROTOC, que sempre foram atenciosos comigo e tiveram paciência com a entrevista para a apostila de retorno.

Obrigada, e muito, aos meus pacientes do consultório em Palmeiras, sempre tão compreensivos em relação às minhas ausências. Vocês serão recompensados, espero ter me tornado uma profissional melhor.

Agradeço à FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), pela concessão da bolsa de Mestrado e o apoio financeiro, processo N° 08/55855-2.

## RESUMO

Valerio C. *Impacto do tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo nas comorbidades psiquiátricas no curto e médio prazos* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno de ansiedade caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, que interferem no funcionamento cotidiano do indivíduo. Obsessões são pensamentos, imagens, idéias ou impulsos intrusivos, repetitivos, que costumam gerar desconforto. Compulsões são comportamentos repetitivos, realizados em geral em resposta às obsessões, com a função de aliviar o sofrimento causado pelas mesmas. O TOC apresenta alta taxa de comorbidades psiquiátricas, como depressão, transtornos de tiques, e outros transtornos de ansiedade, e existem evidências de que quanto maior o número de comorbidades psiquiátricas, pior é a resposta ao tratamento do TOC. Entretanto, pouco se sabe sobre a repercussão do tratamento do TOC nos demais transtornos psiquiátricos que, com certa frequência, o acompanham. O objetivo deste estudo foi investigar o impacto dos tratamentos convencionais do TOC sobre as comorbidades psiquiátricas detectadas na entrevista diagnóstica realizada no pré-tratamento. Foram avaliados os pacientes com diagnóstico principal de TOC, admitidos nos projetos de tratamento do Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC) do IPq-HC-FMUSP, entre Julho de 2007 e Dezembro de 2009. Os participantes foram avaliados após 3 e 12 meses de tratamento, quanto à resposta ao tratamento do TOC e quanto à melhora dos demais transtornos psiquiátricos comórbidos. Os dados obtidos foram analisados de forma a se verificar possíveis relações entre a resposta ao tratamento do TOC e a evolução das comorbidades no curto e médio prazos. Os resultados mais robustos mostraram associação entre a resposta ao tratamento do TOC e a resposta positiva dos transtornos depressivos e ansiosos, e também dos transtornos de tiques. Interessante notar que para esta amostra, ter comorbidades psiquiátricas não se associou, estatisticamente, a uma pior resposta ao tratamento. Estudos futuros poderiam se prolongar neste tema, e estudar amostras com de maior número e distribuições mais iguais entre os tipos de tratamento do TOC (medicação e terapia) e entre os grupos de transtornos psiquiátricos adicionais.

Descritores: transtorno obsessivo compulsivo, diagnóstico duplo (Psiquiatria), tratamento, transtornos de ansiedade

## ABSTRACT

Valerio C. *Impact of obsessive compulsive disorder treatment on psychiatric comorbidities in the short and in the mean follow-up* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2011.

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is an anxiety disorder characterized by the presence of obsessions and/or compulsions that cause great impairment in the daily life of patients. Obsessions are thoughts, images, ideas or impulses that are persistent and experienced as intrusive, repetitive and cause anxiety or distress. Compulsions are repetitive behaviors or mental acts executed, in general, in response to obsessions and are intended to prevent or reduce the distress caused by them. OCD is also a chronic disorder that present high rates of psychiatric comorbidities such as depression, tic disorders and other anxiety disorders, and there is some evidence that the higher the number of psychiatric comorbidities, the worse the OCD treatment response. However, little is known about the impact of OCD treatment on the outcome of the psychiatric comorbidities usually present in OCD patients. The aim of this study was to investigate the impact of exclusive, conventional treatments for OCD on the outcome of additional psychiatric disorders of OCD patients detected at baseline. Patients with primary OCD admitted to the treatment protocols of the Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders Program (PROTOC - IPq-HC-FMUSP), between July 2007 and December 2009, were evaluated at pre-treatment and after 3 and 12 months, with regard to OCD treatment response and psychiatric comorbidities status. The data were analyzed to verify possible associations between OCD treatment response and the outcome of psychiatric comorbidities. Results showed a significant association between OCD treatment response and improvement of major depression, dysthymia, other anxiety and tic disorders. Further research focusing on the possible mechanisms by which OCD treatment could lead to improvement of these specific disorders is warranted.

Descriptors: obsessive-compulsive disorder, double diagnosis (Psychiatry), treatment, anxiety disorders.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de atendimento dos pacientes nos projetos de tratamento do Protoc.....	12
Figura 2- Associação entre melhora dos transtornos de ansiedade e a redução dos escores YBOCS.....	19
Figura 3 - Análise da melhora dos transtornos de humor e a redução dos escores YBOCS.....	20
Figura 4 – Análise da melhora dos transtornos de impulsos e a redução dos escores YBOCS.....	21
Figura 5- Correlação positiva entre redução dos escores da BDI e BAI e os escores da YBOCS.....	22
Figura 6 - Presença ou não de comorbidades psiquiátricas e resposta ao tratamento do TOC (YBOCS).....	23
Figura 7- Associação entre melhora dos transtornos de humor e a redução dos escores YBOCS.....	26
Figura 8 - Associação entre melhora dos transtornos de ansiedade e a redução dos escores YBOCS.....	27
Figura 9- Análise da melhora dos transtornos de impulsos, alimentares e somatoformes e a redução dos escores YBOCS.....	28
Figura 10- Correlação positiva entre redução dos escores da BDI e BAI e os escores da YBOCS.....	29
Figura 11- Presença ou não de comorbidades psiquiátricas e resposta ao tratamento do TOC (YBOCS).....	30
Figura 12- Associação entre resposta positiva ao tratamento do TOC e melhora dos transtornos de humor.....	32
Figura 13- Associação entre resposta positiva ao tratamento do TOC e melhora dos outros transtornos de ansiedade.....	33
Figura 14- Presença de comorbidades e associação com resposta ao tratamento do TOC.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência das comorbidades psiquiátricas na amostra que completou 3 meses de tratamento.....	18
Tabela 2 - Frequência das comorbidades psiquiátricas na amostra que completou 12 meses de tratamento.....	25
Tabela 3- Frequência das comorbidades psiquiátricas na amostra sobreposta.....	31
Tabela 4 - Resumo dos resultados nas 3 amostras analisadas neste estudo.....	35

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação.

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

## SUMÁRIO

Agradecimentos  
Resumo  
Abstract  
Lista de figuras  
Lista de tabelas

1. Introdução.....	1
1.1 transtorno obsessivo compulsivo.....	1
1.2 tratamentos convencionais para o TOC.....	2
1.3 comorbidades psiquiátricas.....	4
1.4 TOC e comorbidades psiquiátricas.....	5
2. Justificativa.....	6
3. Objetivos e Hipóteses.....	7
3.1 objetivo principal.....	7
3.2 objetivos secundários.....	7
3.3 hipóteses.....	7
4. Método.....	8
4.1 admissão e amostra.....	9
4.2 tratamentos.....	10
4.3 avaliação clínica.....	13
4.4 critérios de resposta ao tratamento.....	15
4.5 análise estatística.....	15
5. Resultados.....	17
5.1 amostra 3 meses de tratamento.....	18
5.2 amostra 12 meses de tratamento.....	24
5.3 amostra sobreposta.....	31
5.4 síntese dos resultados.....	35
6. Discussão.....	36
6.1 limitações.....	40
6.2 considerações finais.....	40
7. Referências.....	42
8. Anexos.....	54

## **1. Introdução**

### ***1.1 Transtorno Obsessivo Compulsivo***

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno crônico caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, que interferem no funcionamento do indivíduo. Obsessões são pensamentos, imagens, idéias ou impulsos intrusivos, recorrentes, que costumam gerar desconforto, e as compulsões são comportamentos repetitivos, realizados em geral em resposta às obsessões, com a função de aliviar o sofrimento causado pelas mesmas (APA, 1994).

Os sintomas do TOC causam sofrimento e são potencialmente incapacitantes. De acordo com os critérios diagnósticos atuais, para se fazer o diagnóstico de TOC, as obsessões e/ou compulsões devem ocupar mais de uma hora por dia e interferir significativamente na rotina do portador, por exemplo, prejudicando seu funcionamento ocupacional e/ou acadêmico e suas relações interpessoais (APA, 1994).

A prevalência do TOC ao longo da vida é estimada em aproximadamente 2% da população ao longo da vida, independente de sexo, etnia, nível sócio-econômico, religião e nacionalidade (Karno et al., 1988; Karno e Golding, 1991; Sasson et al., 1997; Torres e Lima, 2005; Kessler et al., 2005; Torres et al., 2006). Para os indivíduos do sexo masculino os sintomas surgem mais comumente antes dos 10 anos de idade (de Mathis et al., 2008), enquanto para as mulheres os sintomas começam mais frequentemente no início da idade adulta, sendo que a proporção de afetados na idade adulta se equilibra, observando-se um homem afetado para cada mulher afetada (Rasmussen e Tsuang, 1986).

O TOC é o quarto transtorno psiquiátrico de maior prevalência (Karno e Golding, 1991) ficando atrás apenas das fobias, depressão e dependências químicas, e aparece em décimo lugar dentre as principais causas de incapacitação no mundo, descontadas aquelas de maior mortalidade (Lopez & Murray, 1998). Além disso, como a maioria dos transtornos mentais, o TOC é um transtorno complexo, que

provavelmente tem, em sua origem, a interação de fatores genéticos e ambientais (Walitza et al., 2010).

Indivíduos com TOC, em geral, apresentam grande variabilidade de sintomas e grande número de comorbidades psiquiátricas, além de graus variáveis de resposta ao tratamento (Ruscio et al., 2010; Leckman et al., 2010). Os sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) raramente evoluem para remissão completa (Steketee et al., 1997; Skoog & Skoog, 1999). Assim, o TOC em geral é uma doença crônica, com períodos de melhora e piora, podendo menos freqüentemente seguir um curso episódico (Skoog & Skoog, 1999).

### ***1.2 Tratamentos convencionais para o TOC***

Nas três últimas décadas, diferentes estratégias farmacológicas e psicoterápicas foram testadas para o tratamento do TOC. Atualmente, os tratamentos de primeira escolha envolvem as drogas com efeito serotoninérgico, como a clomipramina e, especialmente, os inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRSs) (Fineberg e Gale, 2005) e as técnicas psicoterápicas baseadas na terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Eddy et al., 2004; Foa et al., 2005; Bandelow et al., 2008). Contudo, pacientes com TOC podem apresentar resposta parcial ou não responder satisfatoriamente a esses tratamentos de primeira linha (Fineberg, 1996; Jenike, 1998; Shavitt et al., 2006). As estratégias de associação medicamentosa com terapia comportamental ou de potencialização medicamentosa costumam ser conduzidas com o objetivo de aumentar a taxa de melhora do TOC (Bandelow et al., 2008).

#### **Abordagem farmacológica**

O tratamento farmacológico de primeira escolha para o TOC consiste nos ISRSs. Entretanto, a primeira droga com eficácia demonstrada no TOC por estudos duplo-cegos, controlados com placebo, foi a clomipramina, um inibidor de recaptura de serotonina com afinidade também por receptores noradrenérgicos, na década de 1980 (Montgomery, 1980; Thorén et al., 1980).

Quase dez anos depois de estabelecida a eficácia da clomipramina, diversos estudos controlados com placebo demonstraram a eficácia dos ISRS, como a fluoxetina (Tollefson et al., 1994), a fluvoxamina (Goodman et al., 1989a), a paroxetina (Zohar & Judge, 1996), a sertralina (March et al., 1998) e o citalopram (Montgomery et al., 2001). Mais recentes, estudos com a venlafaxina, um inibidor da recaptura de serotonina e noradrenalina, mostraram que ela pode ser uma alternativa aos ISRS no tratamento inicial do TOC (Denys et al., 2003), assim como o escitalopram (Stein et al., 2008).

Diferentes ensaios clínicos sugerem que até 40% dos pacientes podem não responder satisfatoriamente ao tratamento com algum desses agentes (Fineberg, 1996; Jenike, 1998; Shavitt et al., 2006). Nesses casos, as estratégias de potencialização mais utilizadas são as combinações de um agente serotoninérgico com dopaminérgicos ou com a própria clomipramina, além da possibilidade de se associar a medicação já em uso, com alguma prática psicoterápica, sendo a indicação de primeira linha a TCC (Bandelow et al., 2008).

### **Abordagem psicoterápica**

O tratamento psicoterápico do TOC baseia-se nas abordagens cognitivo-comportamentais. A intervenção com evidência de eficácia mais consistente é a Exposição com Prevenção de Respostas (EPR), desenvolvida por Marks em 1975. Antes de bem estabelecida, outras estratégias terapêuticas, também derivadas da Modificação do Comportamento, foram testadas (Hodgson et al., 1972; Rachman et al., 1979). A EPR foi validada empiricamente em 1995 (Psychological Task Force), como um tratamento de primeira linha para o TOC.

A EPR tem sido descrita como efetiva para aproximadamente 70% dos casos de TOC e, recentemente, sua eficácia foi comparada à do tratamento farmacológico, tendo se mostrado tão eficaz quanto ou, em alguns estudos, até mais eficaz que o tratamento farmacológico (Cordioli et al., 2003; Foa et al., 2005; Souza et al., 2006). Entretanto, Eddy e colaboradores (2004) afirmam que mesmo utilizando-se técnicas psicoterápicas eficazes, até 50% dos pacientes podem não apresentar resposta satisfatória à TCC. Alguns estudos que utilizaram critérios de inclusão mais amplos,

admitindo pacientes com comorbidades psiquiátricas, mostraram uma taxa de resposta ao tratamento do TOC inferior àquela geralmente encontrada na literatura. (Anderson e Rees, 2007; Tundo et al., 2007; Tolin et al., 2004).

Os dados relativos às intervenções psicoterápicas sugerem que pacientes com sintomas graves, em que predominam obsessões, e pacientes com comorbidades psiquiátricas, como depressão grave, psicoses, transtorno de personalidade esquizotípica, tiques ou Tourette, transtorno bipolar, abuso de álcool ou drogas (Foa et al., 1983; Minichiello et al., 1988), apresentam pior resposta ao tratamento.

### *1.3 Comorbidades psiquiátricas*

O termo comorbidade é formado pela união, no latim, dos termos “cum”, que significa contigüidade, correlação, companhia, e “morbus”, que remete a “estado patológico ou doença”. A palavra comorbidade pode ser utilizada para descrever a ocorrência simultânea de transtornos ou doenças (Petribú, 2001). A Epidemiologia de transtornos crônicos permitiu constatar a possibilidade da presença de mais de um diagnóstico em um mesmo paciente (Andrade, 1993), e a associação entre os transtornos pode tanto refletir um problema diagnóstico como o compartilhamento de aspectos etiológicos.

Feinstein (1970) propôs como conceito de comorbidade “a ocorrência de qualquer entidade clínica distinta adicional que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante o acompanhamento clínico de um paciente que tenha alguma doença *índex* em estudo”. Sendo assim, podemos entender o conceito de comorbidade como a coexistência de transtornos ou doenças (e não sintomas) diagnosticadas em um mesmo paciente (Maser e Cloninger, 1990<sup>1</sup>, *apud* Miranda 1999).

---

<sup>1</sup> Maser JD & Cloninger CR. Comorbidity of anxiety and mood disorders: Introduction and overview. In: Maser JD & Cloninger CR, ed. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington, American Psychiatric Press, 1990, 3-12.

Di Nardo e Barlow<sup>2</sup> (1990, *apud* Petribú, 2001) sugerem que, diante de múltiplos diagnósticos, a escolha do transtorno primário deve ser baseada na relativa gravidade e na interferência sobre o funcionamento do paciente.

O presente estudo pretendeu contribuir para o aprimoramento do conhecimento na área de comorbidades no TOC e suas relações com o tratamento.

#### ***1.4 Transtorno obsessivo compulsivo e comorbidades psiquiátricas***

O TOC é um transtorno heterogêneo, e estudos epidemiológicos e clínicos têm indicado que o TOC apresenta alta taxa de comorbidades psiquiátricas (Miguel et al., 2008; Janowitz et al., 2009; de Mathis et al., 2009; Ruscio et al., 2010), especialmente depressão, outros transtornos ansiosos, transtornos de tiques (Nestadt et al., 2008; de Mathis et al., 2008), e os transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, tais como o transtorno dismórfico corporal, *skin-picking* e tricotilomania (Pauls et al., 1995; Crino & Andrews, 1996; Abramowitz et al., 2003; Nestadt et al., 2000; Nestadt et al., 2008; Lochner and Stein, 2010).

Yaryura-Tobias e colaboradores (2000), Miranda (1999), e Karno e colaboradores (1988) demonstraram que aproximadamente 50% dos pacientes com TOC apresentam pelo menos um transtorno adicional do eixo I do DSM-IV, e no mínimo 40% dos pacientes preenchem critérios para um transtorno de personalidade (Torres, 1994). Mais recentemente, alguns estudos corroboraram esses achados (Ruscio et al., 2010; Whittal et al., 2005; Abramowitz et al., 2003; McLean et al., 2001). Os pacientes com TOC e outros transtornos psiquiátricos comórbidos, além de apresentarem pior qualidade de vida e funcionamento social do que aqueles pacientes com TOC “puro” (Huppert et al., 2009), têm também uma pior resposta ao tratamento (Perugi et al., 1997; Steketee et al., 1999; Shavitt et al., 2006; Belotto et al., 2011a).

---

<sup>2</sup> Di Nardo PA & Barlow DH. Syndrome and symptom co-occurrence in the anxiety disorders. In: Maser Maser JD & Cloninger CR, ed. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington, American Psychiatric Press, 1990, 205-230.

## **2. Justificativa para a realização deste estudo**

As pesquisas sobre TOC e comorbidades psiquiátricas têm sido realizadas com foco no impacto que as comorbidades psiquiátricas teriam no prognóstico e na resposta ao tratamento do TOC. Os resultados descritos relatam, com frequência, que transtornos psiquiátricos adicionais predizem uma pior resposta ao tratamento do TOC ou prejudicam uma boa resposta (Keeley et al., 2008; Shetti et al., 2005; Gershuny et al., 2002; Shavitt et al., 2006) e há também evidências de que quanto maior o número de transtornos psiquiátricos adicionais, pior é a resposta ao tratamento (Abramowitz et al., 2000; Gershuny et al., 2002;; Keeley et al., 2008; Belotto et al., 2011a, 2011b).

Alternativamente, o objetivo deste estudo foi investigar o impacto dos tratamentos convencionais do TOC sobre os transtornos psiquiátricos adicionais, dada a inexistência de estudos sobre o papel dos tratamentos focados no TOC (transtorno primário) na evolução das comorbidades psiquiátricas.

### **3. Objetivos e Hipóteses**

#### ***3.1 Objetivo principal***

O objetivo deste estudo foi investigar o impacto dos tratamentos convencionais do TOC sobre a evolução dos transtornos psiquiátricos comórbidos.

#### ***3.2 Objetivos secundários***

- Avaliar a evolução (melhora ou não melhora) das comorbidades psiquiátricas após o tratamento específico para o TOC, com interesse particular nos transtornos de humor, outros transtornos ansiosos e transtornos de espectro obsessivo-compulsivo (tiques, transtorno dismórfico corporal, tricotilomania e *skin-picking*).
- Verificar a associação entre o número de comorbidades psiquiátricas e o grau de resposta ao tratamento do TOC

#### ***3.3 Hipóteses***

De acordo com os dados disponíveis na literatura e com a observação clínica, foram formuladas as seguintes hipóteses:

(a) Pacientes com boa resposta ao tratamento do TOC apresentarão melhora dos demais transtornos comórbidos;

(b) Para o Episódio Depressivo Maior e Distímia deverá haver melhora dos sintomas depressivos independentemente da melhora do TOC;

(c) Pacientes com maior número de comorbidades psiquiátricas deverão apresentar pior resposta ao tratamento do TOC e menor grau de melhora nas demais condições psiquiátricas.

#### **4. Método**

Este projeto se insere no contexto do Projeto Temático FAPESP (2005/55628-8), intitulado “Caracterização Fenotípica, Genética e Neurobiológica do Transtorno Obsessivo-Compulsivo e suas Implicações para o Tratamento”, coordenado pelo Prof. Eurípedes Constantino Miguel Filho, do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

O módulo IV do referido Temático é composto por estudos de tratamento do TOC, conduzidos no Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC), no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, e foi neste módulo que o presente trabalho foi conduzido.

Este foi um estudo prospectivo, conduzido com pacientes com TOC que procuraram tratamento no PROTOC entre Julho de 2007 e Dezembro de 2009.

Os primeiros três meses foram constituídos de tratamento randomizado, aberto, com terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) ou inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS).

Nos três meses seguintes, os respondedores ao tratamento inicial foram mantidos sob o mesmo tratamento; os não respondedores à TCCG passaram a receber um ISRS, enquanto os não respondedores ao ISRS foram convidados a participar de estudo duplo-cego, controlado com placebo, de potencialização medicamentosa, no qual passaram a receber combinação medicamentosa do ISRS com clomipramina, quetiapina ou placebo (Diniz et al, no prelo). Aqueles que não aceitaram participar deste protocolo foram tratados, a partir deste ponto, de modo personalizado, de acordo com as diretrizes de tratamento farmacológico vigentes.

A partir do sexto mês, o tratamento passou a ser individualizado para todos os integrantes da amostra, que ficaram sob seguimento naturalístico. Nesta fase, a escolha do tratamento se deu com base em características individuais do paciente, sua resposta ao tratamento anterior, tendo sempre o TOC como transtorno principal e seguindo diretrizes internacionalmente aceitas para o tratamento deste transtorno (Bandelow et al, 2008).

Neste projeto, as avaliações aconteceram em três momentos: antes do início do tratamento, após três (curto prazo) e após doze meses (médio prazo) do início do tratamento. Os pacientes foram avaliados em relação à resposta ao tratamento do TOC e em relação à evolução de cada comorbidade psiquiátrica adicional (item melhora global da escala de impressão clínica global).

#### ***4.1 Admissão e Amostra***

Os pacientes procuraram o PROTOC por meio de encaminhamentos de outros serviços psiquiátricos ou foram informados sobre o estudo por meio de anúncios na televisão, jornal, rádio e informativos no metrô e ônibus na cidade de São Paulo.

As pessoas interessadas em participar do estudo foram submetidas a uma triagem inicial, comum a todos os projetos de tratamento (Miguel, 2008), para se verificar se o TOC era o transtorno principal, e se preenchiam os seguintes critérios de inclusão:

- (1) idade entre 18 e 65 anos;
- (2) diagnóstico principal de TOC, de acordo com os critérios do DSM-IV;
- (3) ausência de tratamento prévio adequado para o TOC (ISRS em doses recomendadas por pelo menos 12 semanas ou 20 sessões de TCC);
- (4) escore mínimo na Escala YBOCS de 16 para a presença de obsessões e compulsões ou 10 para a presença de apenas obsessões ou compulsões;
- (5) aceitar participar de pesquisa clínica com possibilidade de uso de placebo (fase 2 de potencialização do ISRS com clomipramina, quetiapina ou placebo).

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- (1) qualquer doença que apresente potencial para invalidar ou tornar difícil a interpretação dos resultados clínicos (por exemplo, antecedente de traumatismo crânio-encefálico com amnésia pós-traumática);

(2) Uso abusivo e/ou dependência atual de álcool ou de outras substâncias psicoativas;

(3) Presença de sintomas psicóticos ou maniformes;

(4) Risco de suicídio;

(5) Presença de doença clínica ou neurológica que contra-indique o uso de medicações do protocolo de pesquisa.

Na triagem, as seguintes avaliações foram realizadas para determinar se o indivíduo era elegível para os estudos de tratamento:

(1) História médica e psiquiátrica;

(2) Screening da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV e módulo completo desta entrevista para o TOC (First et al., 1995);

(3) Exame físico.

Foi também solicitada coleta de sangue para realização de exames gerais, tais como: funções renal e hepática, glicemia, hemograma e eletrocardiograma.

Os pacientes elegíveis que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1), aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do IPq-HC-FMUSP (anexo 2).

#### ***4.2 Tratamentos***

Os pacientes receberam dois tipos distintos de tratamento inicial: terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) e tratamento farmacológico. A distribuição dos pacientes por grupos se deu pelo método de alocação seqüencial (Fossaluza et al., 2009), que permite dividir os grupos equilibradamente quanto a fatores considerados importantes para o estudo, como sexo, idade de início dos sintomas, tratamento prévio, entre outros.

Quando alocados para o tratamento farmacológico, os pacientes receberam fluoxetina, até a dose máxima de 80mg/dia, ao longo de 12 semanas. A fluoxetina foi escolhida por ser facilmente encontrada na rede pública e ter baixo custo relativo aos demais ISRS. Caso apresentassem efeitos colaterais intoleráveis, os pacientes receberam outro ISRS em dose máxima preconizada ou tolerada.

Os pacientes alocados para a TCCG receberam 12 sessões de terapia em grupo de aproximadamente oito pessoas, por duas horas semanais. Tais sessões de terapia foram conduzidas por terapeutas treinados pelo psiquiatra e criador do protocolo de TCCG para TOC, Prof. Aristides Cordioli (Cordioli, 2002).

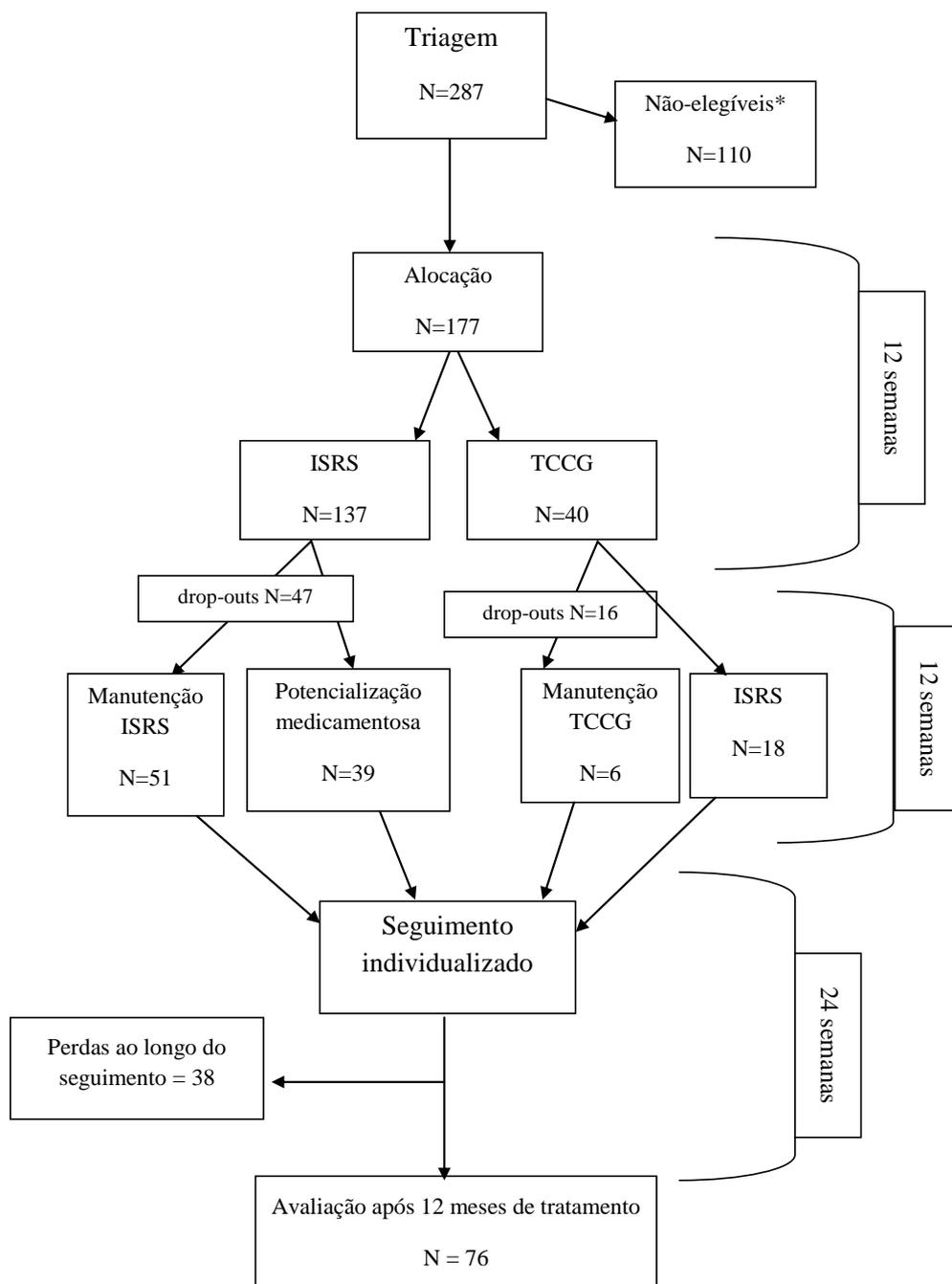
Após terem completado o protocolo inicial de 3 meses e os seguimentos possíveis nos 3 meses seguintes, os pacientes foram seguidos de forma sistemática e naturalística por um período de 6 meses adicionais. Uma tabela com os tratamentos ao longo dos 12 meses para cada paciente deste estudo pode ser vista no anexo 3.

A amostra deste estudo foi composta a partir de 177 pacientes ambulatoriais, triados e elegíveis para os grupos de tratamento no ambulatório do PROTOC, entre Julho de 2007 e Dezembro de 2009. Todos com diagnóstico principal de TOC pelo DSM-IV foram alocados para iniciar o tratamento para o TOC, de 12 semanas com um ISRS, preferencialmente fluoxetina (flx, n=137) ou terapia cognitiva-comportamental em grupo (TCCG, n=40).

Os não respondedores ao tratamento inicial com TCCG iniciaram tratamento com ISRS, e os não respondedores ao ISRS foram convidados a participar de um estudo controlado de potencialização medicamentosa por mais 12 semanas. Após esse período, todos foram acompanhados de forma naturalística, com foco no tratamento do TOC. Um fluxograma do ambulatório do PROTOC durante o período de coleta de dados deste trabalho pode ser visto na figura 1.

Para este estudo, foram incluídos os pacientes que completaram a entrevista de retorno aos 3 (n=51) e 12 meses (n=76) após o início do tratamento, conforme mostra a figura 1.

Figura 1. Fluxograma de atendimento dos pacientes nos projetos de tratamento do Protocolo



\* Motivos de não elegibilidade: TOC não é doença principal, paciente não aceita participar do estudo, gravidez, já faz tratamento adequado, paciente não tolera efeitos colaterais dos ISRSs

### ***4.3 Avaliação clínica***

Os pacientes foram avaliados no pré-tratamento, após 3 e após 12 meses de tratamento.

Para obtenção da história médica e psiquiátrica, os pacientes passaram, no pré-tratamento, por uma entrevista clínica semi-estruturada desenvolvida pela equipe de pesquisadores que compõem do Consórcio Brasileiro para estudos do TOC (C-TOC) (Miguel et al., 2008), onde foram coletados dados como o perfil demográfico, socioeconômico, história familiar e de curso do TOC, além dos tipos e da intensidade dos SOC e de sintomas depressivos e ansiosos.

Também nesse momento pré-tratamento, a presença de comorbidades psiquiátricas do eixo I do DSM-IV foi avaliada por meio da SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – SCID-IV (First et al., 1995), suplementada com os módulos adicionais de acordo com os critérios do DSM-IV para tricotilomania, cleptomania, jogo patológico e piromania.

Optamos por avaliar a evolução das comorbidades psiquiátricas após o tratamento do TOC agrupando os transtornos comórbidos de acordo com os módulos da entrevista diagnóstica, conforme descrito abaixo. Assim, as análises foram conduzidas considerando-se comparações entre a resposta ao tratamento do TOC versus a evolução dos seguintes grupos de transtornos adicionais:

- **Transtornos do Humor** (depressão maior e distímia; não houve casos de transtorno bipolar nesta amostra);
- **Transtornos de Ansiedade** (pânico com e sem agorafobia, agorafobia, fobia social, fobia específica, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade sem outra especificação);
- **Transtornos de Controle dos Impulsos** (transtorno explosivo intermitente, cleptomania, piromania, jogo patológico, tricotilomania, comprar compulsivo, *skin-picking*, automutilação, comportamento sexual impulsivo-compulsivo, uso/abuso da internet e uso/abuso do vídeo-game);

- **Transtornos Alimentares** (anorexia, bulimia, transtorno de compulsão alimentar periódica) e
- **Transtornos Somatoformes** (somatização, transtorno doloroso, hipocondria e transtorno dismórfico corporal).

Transtornos de abuso ou dependência de substâncias também foram diagnosticados, embora não tenham sido considerados na análise estatística, devido ao pequeno tamanho da amostra (n=5).

A presença e a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos foi avaliada pela Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – YBOCS (Goodman et al., 1989b), e os tipos específicos de sintomas foram avaliados pela DYBOCS - Dimensional YBOCS Interview (Rosário-Campos et al., 2006). Os transtornos de tiques foram avaliados pela Yale Global Tic Severity Scale – YGTSS (Leckman et al., 1989).

A gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos foram avaliados, respectivamente, com o Inventário de Depressão de Beck/Beck Depression Inventory – BDI (Beck et al., 1961) e o Inventário de Beck de Ansiedade/Beck Anxiety Inventory – BAI (Beck et al., 1988). Para detalhamento dos instrumentos de avaliação, ver anexo 4.

As avaliações de acompanhamento do tratamento, chamadas Apostilas de Retorno (anexo 5), aplicadas aos três e 12 meses após o início do primeiro tratamento, incluíram os seguintes instrumentos: YBOCS; DYBOCS, BDI e BAI, e escala de Impressão Clínica Global (ICG) (Guy, 1976), item Melhora Global, esta última para o TOC e também para cada comorbidade psiquiátrica adicional.

Todas as entrevistas, tanto as iniciais (pré-tratamento) como as de acompanhamento, foram conduzidas por avaliadores independentes, psiquiatras ou psicólogos, alunos de pós-graduação ou profissionais experientes no tratamento do TOC, com boa confiabilidade inter-avaliadores (Miguel et al., 2008).

#### ***4.4 Critérios de resposta ao tratamento***

A resposta ao tratamento do TOC e a melhora global das comorbidades psiquiátricas foram avaliados após 3 e 12 meses de tratamento, em comparação ao momento zero (pré-tratamento), segundo os seguintes critérios:

- Para o TOC: a resposta ao tratamento foi avaliada de acordo com duas medidas:

1. Como variável categorial, de acordo com um ponto de corte referente à porcentagem de redução do escore inicial da escala YBOCS estabelecido em 35% (> ou = 35% significando resposta). Foi considerada também a presença de resposta ao tratamento um escore 1 (muito melhor) ou 2 (melhor) no item Melhora Global da escala de Impressão Clínica Global – ICG.

2. Como variável contínua, em graus de resposta, sendo a redução percentual do escore inicial da YBOCS calculada da seguinte forma:

$$\text{Grau de resposta} = \frac{\text{YBOCS (inicial - final)} \times 100}{\text{YBOCS inicial}}$$

YBOCS inicial

- Comorbidades psiquiátricas

A evolução das comorbidades psiquiátricas foi avaliada por meio do item Melhora Global da ICG e teve como medidas complementares os escores das escalas Beck-D e Beck-A, sempre em comparação com os escores obtidos na avaliação pré-tratamento.

#### ***4.5 Análise Estatística***

Todas as análises foram conduzidas utilizando-se o software R: A language and environment for statistical computing (2010). Testes qui-quadrado foram usados

para verificar a associação entre resposta ao tratamento do TOC e a evolução de cada grupo de diagnósticos psiquiátricos adicionais (transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos de controle dos impulsos, transtornos somatoformes e transtornos alimentares).

Para verificar se a porcentagem de redução do YBOCS foi diferente em pacientes que melhoraram ou não em cada grupo de comorbidades, foram realizados testes não-paramétricos de Kruskal-Wallis, e para avaliar a alteração das escalas BDI, BAI e YGTSS ao longo do tempo do tratamento do TOC, foram utilizados testes não-paramétricos para medidas repetidas ordinais.

Para verificar correlação entre resposta ao tratamento do TOC e o status dos tiques, foi realizado o coeficiente de correlação de Kendall.

Os diagnósticos individuais foram agrupados para a análise estatística, de acordo com sua classificação no DSM-IV e SCID, para aumentar o poder dos testes. Para todas as análises foram adotados níveis de significância de 5%.

## 5. Resultados

Foram entrevistados 51 pacientes após 3 meses e 76 pacientes após 12 meses do início do tratamento. Destes, 37 constituíram a amostra que vamos chamar aqui de sobreposta, ou seja, a amostra formada por pacientes que tiveram seus dados obtidos nos 2 tempos de medida (3 e 12 meses) após o início do tratamento.

Optou-se aqui por apresentar, em seções diferentes, os dados dos pacientes de 3 meses, 12 meses, e da amostra sobreposta.

Importante explicar a diferença numérica entre a amostra de 3 meses e a de 1 ano. Ela se deve ao andamento dos diferentes projetos de tratamento conduzidos no ambulatório do PROTOC e à perda natural de pacientes em seguimento ao longo do tempo. Assim, alguns pacientes que já haviam recebido o tratamento inicial quando iniciamos este projeto puderam ser entrevistados durante seu tratamento, mas após os primeiros 3 meses, enquanto outros iniciaram o primeiro tratamento a tempo de serem vistos aos 3 e 12 meses. Além disso, alguns pacientes foram entrevistados aos 3 meses de tratamento mas, depois disso, deixaram o ambulatório, por razões como impossibilidade de faltarem ao trabalho para virem à entrevista, mudança de cidade, efeitos colaterais intoleráveis, ou simplesmente não puderam ser localizados a partir de uma determinada data. Uma última razão foi que alguns pacientes permaneceram em atendimento no PROTOC ao longo de 2 anos, porém perderam a entrevista de 3 meses ou de 1 ano de tratamento, e seus dados não entraram neste estudo.

Outra diferença numérica importante será observada em todas as amostras, e diz respeito à diferença entre o número de participantes dos grupos de tratamento inicial (medicação ou terapia), que se deveu a uma randomização de 1 paciente para TCCG para cada 3 pacientes para ISRS, a partir de dezembro de 2008. Essa distribuição visou facilitar o recrutamento de pacientes resistentes ao tratamento para o projeto de potencialização medicamentosa, que foi conduzido no mesmo período (Diniz et al., no prelo).

### 5.1 Amostra após 3 meses do início do tratamento

Dentre os 51 pacientes avaliados após 3 meses de tratamento, 27 (52,9%) eram do sexo masculino, idade média de 35,7 (dp=11,72). Sete (13,7%) não apresentaram comorbidades psiquiátricas e o número médio de transtornos psiquiátricos adicionais foi de 2,98 (variando de 1 a 9). Dessa amostra, o número médio de anos de estudo foi de 13,51 anos, e 22 pacientes terminaram o ensino médio. Em relação ao estado civil, a maior parte da amostra era de solteiros, 29 pacientes (56,9%). Dez (19,6%) pacientes iniciaram o tratamento com TCCG e 41 iniciaram com um antidepressivo ISRS. O número médio de transtornos psiquiátricos comórbidos foi 2,98 por paciente.

A tabela 1 mostra a distribuição dos transtornos psiquiátricos comórbidos avaliados no pré-tratamento para os 44 pacientes que completaram 3 meses de seguimento e que apresentaram comorbidades psiquiátricas (lembrando que 7 pacientes tinham apenas TOC).

Tabela 1. Frequência das comorbidades psiquiátricas na amostra que completou 3 meses de tratamento

GRUPO DE TRANSTORNOS	TRANSTORNOS ADICIONAIS - COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	NÚMERO	%
Transtornos de Humor	episódio depressivo maior	19	37,2
	distímia	13	25,5
Transtornos de Ansiedade	transtorno de ansiedade generalizada	19	37,2
	fobia social	14	27,4
	fobia específica	11	21,6
	transtorno de estresse pós-traumático	5	9,8
	transtorno de pânico	7	13,7
	agorafobia	2	3,9
	transtorno de ansiedade sem outra especificação	1	1,9
Transtornos de Controle do Impulso	transtorno explosivo intermitente	2	3,9
	skin picking	3	5,8
	transtorno do comprar compulsivo	2	3,9
	transtorno do comportamento sexual impulsivo-compulsivo	5	9,8
	transtorno do uso impulsivo-compulsivo da internet	2	3,9
	tricotilomania	1	1,9
	cleptomania	0	0
	piromania	0	0
	transtorno do uso impulsivo-compulsivo do video-game	1	1,9
	auto mutilação	0	0
Transtornos Somatoformes	transtorno dismórfico corporal	8	15,7
	transtorno doloroso	2	3,9
	somatização	0	0
	hipocondria	1	1,9
Transtornos Alimentares	transtorno de compulsão alimentar periódica	5	9,8
	bulímia	1	1,9
Abuso/Dependência de Substâncias	abuso/dependência de substâncias	2	3,9
Transtorno de Tiques	transtorno de tiques	15	29,4
TOC (sem comorbidades psiquiátricas)		7	13,7
Amostra Total		51	100

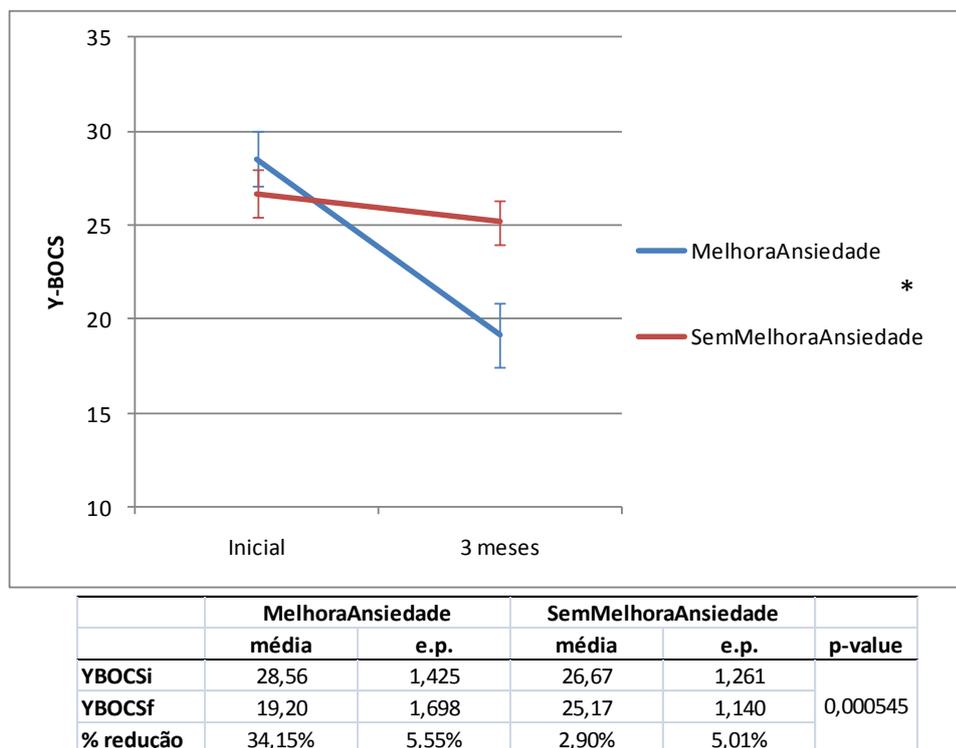
## Resultados clínicos

A percentagem média de redução da YBOCS foi de 13,46% (e.p.=4,04%), e a proporção de respondedores foi de 18,75%.

## TOC e grupos de comorbidades psiquiátricas

Houve associação positiva significativa entre a resposta ao tratamento do TOC e a melhora dos transtornos de ansiedade (p-valor= 0,00054), ilustrado na figura 2. A média de redução da YBOCS entre os pacientes que melhoraram dos transtornos de ansiedade foi de 34,1%, e a média de redução da YBOCS entre os pacientes que não melhoraram dos transtornos de ansiedade foi de 2,9%.

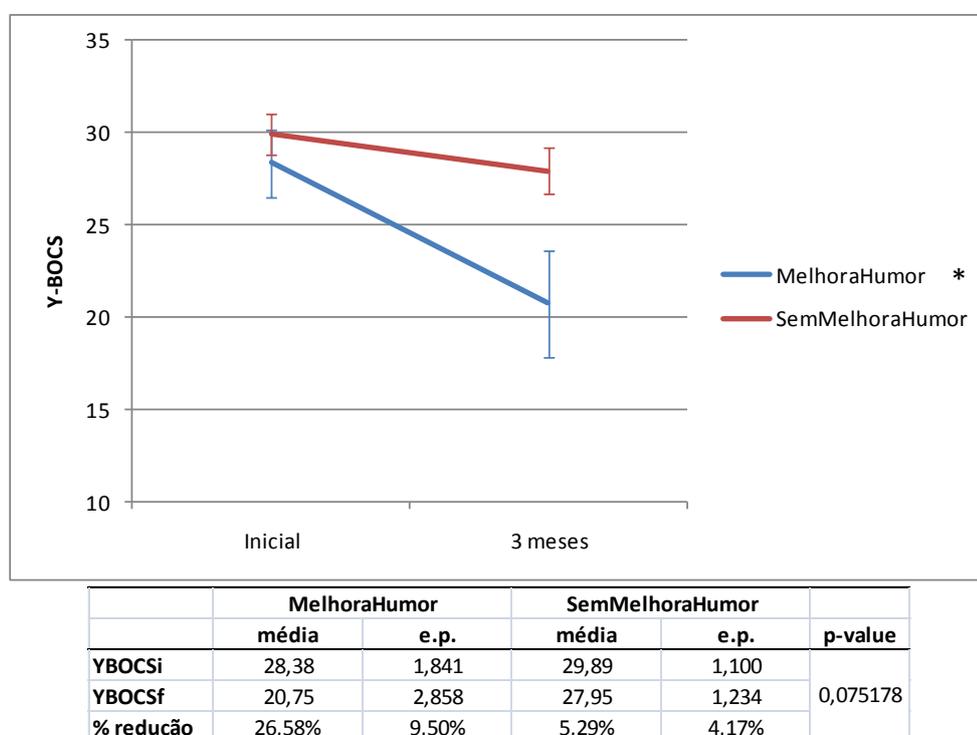
Figura 2. Associação entre melhora dos transtornos de ansiedade e a redução dos escores YBOCS.



\* escores do Item Melhora Global da CGI para os transtornos de ansiedade generalizada, fobia social, fobia específica, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade sem outra especificação.

Para os transtornos de humor, após 3 meses de tratamento do TOC, observou-se uma tendência destes acompanharem a melhora do TOC ( $p$ -valor= 0,075), como pode ser visto na figura 3. A média de redução da YBOCS entre os pacientes que melhoraram dos transtornos de humor foi de 26,5%, e a média de redução da YBOCS entre os pacientes que não melhoraram dos transtornos de humor foi de 5,2%.

Figura 3. Análise da melhora dos transtornos de humor e a redução dos escores YBOCS.

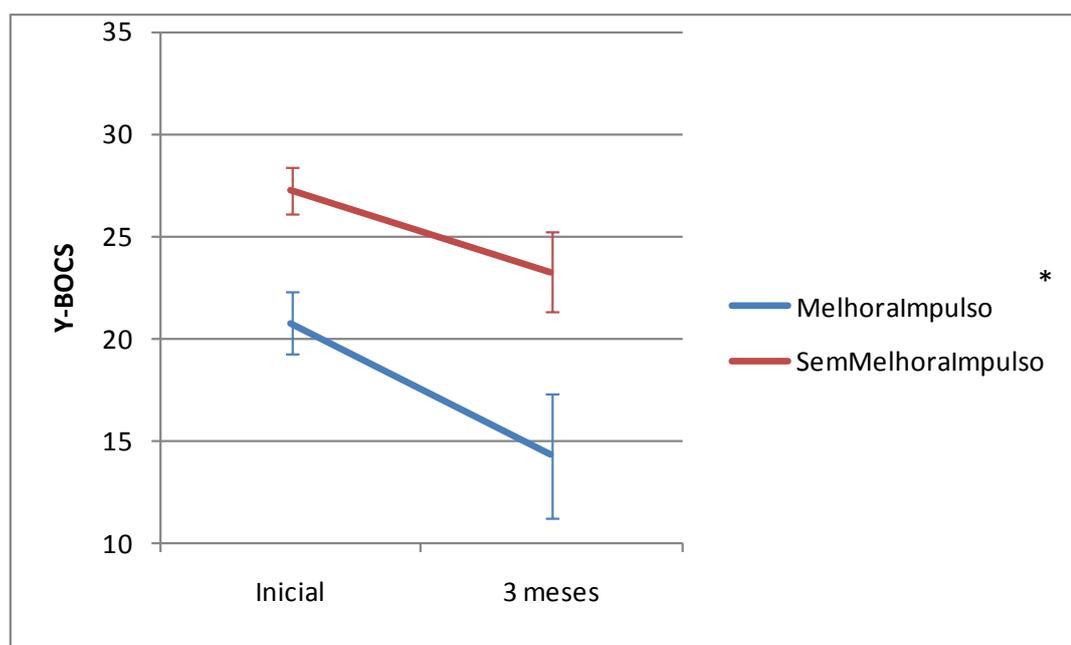


\* escores do Item Melhora Global da CGI para Episódio Depressivo Maior e Distímia.

Embora nenhuma associação estatisticamente significativa tenha sido observada para os outros grupos de comorbidades psiquiátricas; podemos ver pela figura 4 que os transtornos de controle dos impulsos acompanharam a resposta ao tratamento do TOC. A média de redução da YBOCS entre os pacientes que melhoraram dos transtornos de controle dos impulsos foi de 30,1%, e a média de redução da YBOCS entre os pacientes que não melhoraram destes transtornos foi de

14,2%. A diferença entre as porcentagens médias de redução da YBOCS não foi estatisticamente significativa (p-valor=0,364).

Figura 4. Análise da melhora dos transtornos de impulsos e a redução dos escores YBOCS.



\* escores do Item Melhora Global da CGI para os transtornos explosivo intermitente, *skin-picking*, comprar compulsivo, comportamento sexual impulsivo-compulsivo, transtorno do uso impulsivo-compulsivo da internet, tricotilomania, cleptomania, piromania, transtorno do uso impulsivo-compulsivo do video-game e auto mutilação.

A evolução dos demais grupos de transtornos psiquiátricos (somatoformes e alimentares) não mostrou associação significativa com a resposta ao tratamento do TOC. As figuras ilustrativas podem ser vistas no anexo 6.

#### *Transtornos de espectro obsessivo-compulsivo*

O coeficiente de correlação da evolução do TOC e dos tiques, após 3 meses de tratamento, foi de 0,06, porém, sem significância estatística (p-valor=0,601).

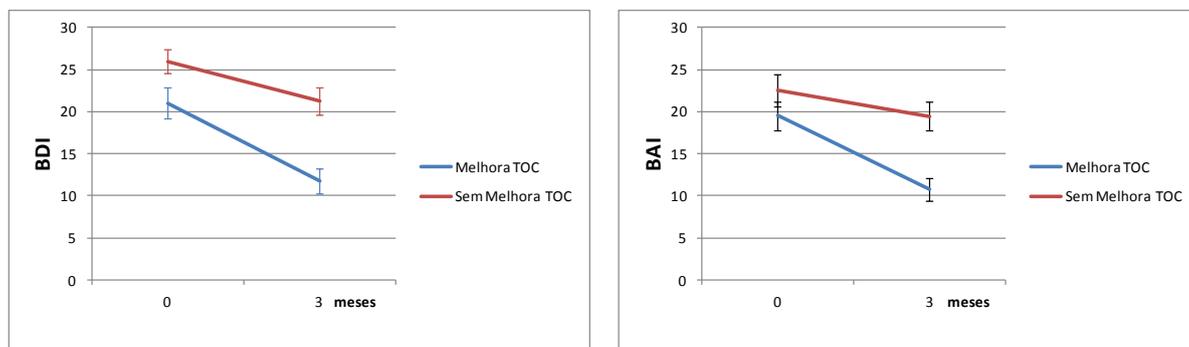
A análise específica dos outros transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (transtorno dismórfico corporal, tricotilomania e *skin-picking*) não apresentou

resultado significativo. Dos 51 pacientes avaliados após 3 meses de tratamento, 8 tinham transtorno dismórfico corporal, nenhum deles melhorou e um paciente relatou piora. Para este grupo, a redução da YBOCS foi muito pequena, de 3,4%. De 3 pacientes com *skin-picking* e 1 paciente com tricotilomania, nenhum deles relatou melhora (relataram “sem alteração” – escore 4 CGI) após 3 meses de tratamento do TOC, diferente do transtorno dismórfico corporal, nenhum destes pacientes piorou, entretanto, neste houve uma leve piora dos escores da YBOCS, de -2,36%. (anexo 6).

### *Sintomas depressivos e ansiosos – inventários de Beck*

Análises da redução dos escores nos inventários Beck de depressão (BDI) (p-valor=0,0001) e Beck de ansiedade (BAI) (p-valor=0,0052) mostraram que a redução em ambos os escores se correlacionou com a resposta positiva ao tratamento do TOC, como pode ser observado na figura abaixo.

Figura 5. Correlação positiva entre redução dos escores da BDI e BAI e os escores da YBOCS.



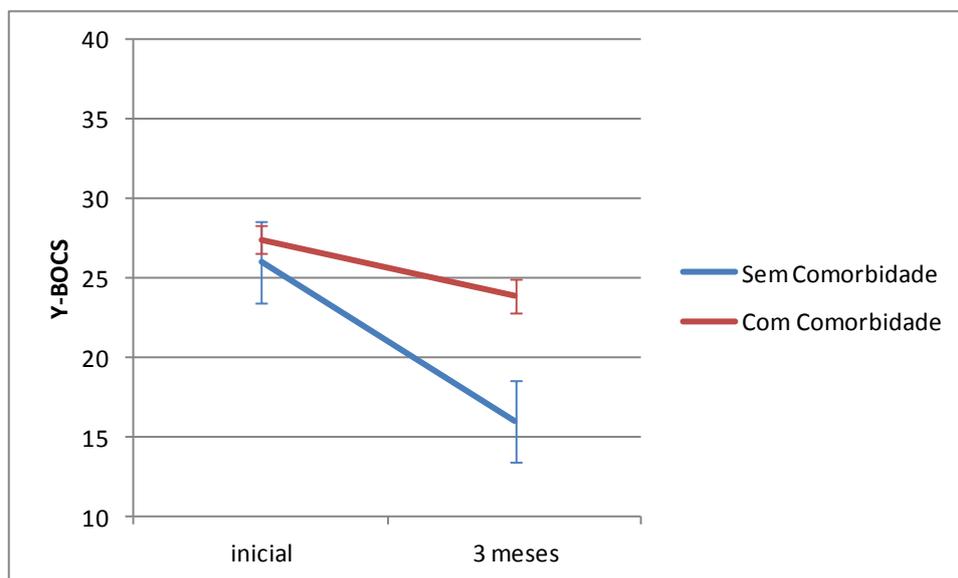
### *Número de comorbidades psiquiátricas e resposta do TOC*

Foram realizadas análises para investigar se quanto maior o número de transtornos psiquiátricos adicionais, pior seria a resposta ao tratamento do TOC. Para isso, foi utilizado o coeficiente de correlação de Kendall (não-paramétrico). De acordo com as análises, o coeficiente de correlação foi de -0,04851 (p-valor=

0,53730), indicando que o número de transtornos adicionais não esteve significativamente relacionado à resposta ao tratamento do TOC após 3 meses de tratamento.

Também foram realizados testes qui-quadrado para verificar a associação da porcentagem de redução dos escores da YBOCS e ter ou não comorbidades psiquiátricas. Para essa amostra, os resultados não sugeriram associação entre maior redução do YBOCS (boa resposta) e ausência de comorbidades psiquiátricas ( $p$ -valor=0,09473) (figura 6). A diferença entre as médias da porcentagem de redução da YBOCS não foi estatisticamente significativa. Dentre os pacientes que não possuíam comorbidades psiquiátricas, a porcentagem média de redução da YBOCS foi de 33,2%, e entre os pacientes com comorbidades, a porcentagem média de redução da YBOCS foi de 11,2%.

Figura 6. Presença ou não de comorbidades psiquiátricas e resposta ao tratamento do TOC (YBOCS).



## ***5.2 Amostra após 12 meses do início do tratamento***

Dentre os 76 pacientes avaliados após 1 ano de tratamento, 39 eram do sexo masculino (51,3%), apresentaram idade média de 35,51 anos ( $dp=11,34$ ). Oito (10,5%) não apresentaram nenhuma comorbidade psiquiátrica, e o número médio de transtornos adicionais foi de 3,45 (variando de 1 a 9). Em relação à escolaridade, a maioria, 35 (46,1%) dos pacientes completou o ensino médio, média de anos de estudo foi de 13,2 anos e quanto ao estado civil, em sua maioria, 44 pacientes (57,9%) eram solteiros. Destes 76 pacientes, 13 (17,1%) começaram seu tratamento com TCCG e 63 começaram o tratamento com ISRS.

O número médio de transtornos psiquiátricos comórbidos foi 3,45 por paciente.

A tabela 2 ilustra a distribuição dos transtornos psiquiátricos comórbidos avaliados no pré-tratamento para 68 pacientes que completaram 1 ano de seguimento e que apresentaram comorbidades psiquiátricas (lembrando que 8 pacientes tinham apenas TOC).

Tabela 2. Frequência das comorbidades psiquiátricas na amostra que completou 12 meses de tratamento

GRUPO DE TRANSTORNOS	TRANSTORNOS ADICIONAIS - COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	NÚMERO	%
Transtornos de Humor	episódio depressivo maior	32	42,1
	distímia	20	26,3
Transtornos de Ansiedade	transtorno de ansiedade generalizada	32	42,1
	fobia social	25	32,9
	fobia específica	17	22,4
	transtorno de estresse pós-traumático	12	15,8
	transtorno de pânico	10	13,2
	agorafobia	2	2,6
	transtorno de ansiedade sem outra especificação	1	1,3
Transtornos de Controle do Impulso	transtorno explosivo intermitente	12	15,8
	skin picking	11	14,5
	transtorno do comprar compulsivo	5	6,6
	transtorno do comportamento sexual impulsivo-compulsivo	5	6,6
	transtorno do uso impulsivo-compulsivo da internet	3	3,9
	tricotilomania	2	2,6
	cleptomania	1	1,3
	piromania	1	1,3
	transtorno do uso impulsivo-compulsivo do video-game	1	1,3
auto mutilação	1	1,3	
Transtornos Somatoformes	transtorno dismórfico corporal	14	18,4
	transtorno doloroso	3	3,9
	somatização	1	1,3
	hipocondria	1	1,3
Transtornos Alimentares	transtorno de compulsão alimentar periódica	8	10,5
	bulimia	2	2,6
Abuso/Dependência de Substâncias	abuso/dependência de substâncias	5	6,6
Transtorno de Tiques	transtorno de tiques	20	26,7
TOC (sem comorbidades psiquiátricas)		8	10,5
Amostra Total		76	100

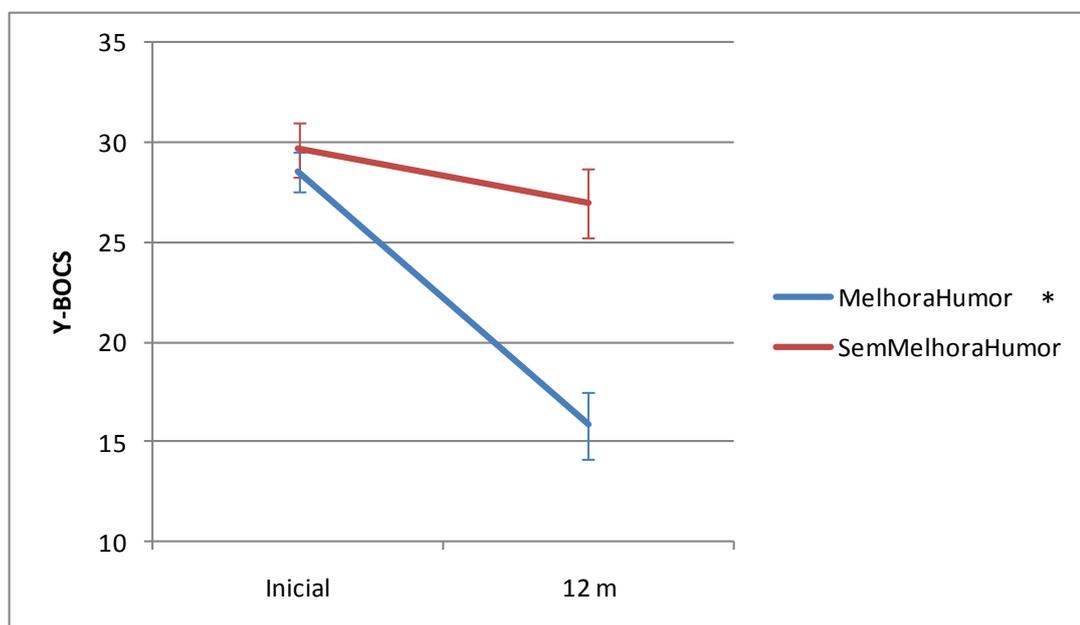
### ***Resultados clínicos***

A média de redução do escore inicial da YBOCS foi de 36,7% (e.p.=4,27%), e a proporção de respondedores foi de 47,95%.

### ***TOC e grupos de comorbidades psiquiátricas***

A associação mais significativa foi encontrada no desfecho dos transtornos de humor, que acompanhou a melhora do TOC (p-valor=0,00214), conforme ilustrado na figura 7. A média de redução da YBOCS entre os pacientes que melhoraram dos transtornos de humor foi de 41,5%, e a média de redução da YBOCS entre os pacientes que não melhoraram dos transtornos de humor foi de 5,3%.

Figura 7. Associação entre melhora dos transtornos de humor e a redução dos escores YBOCS.

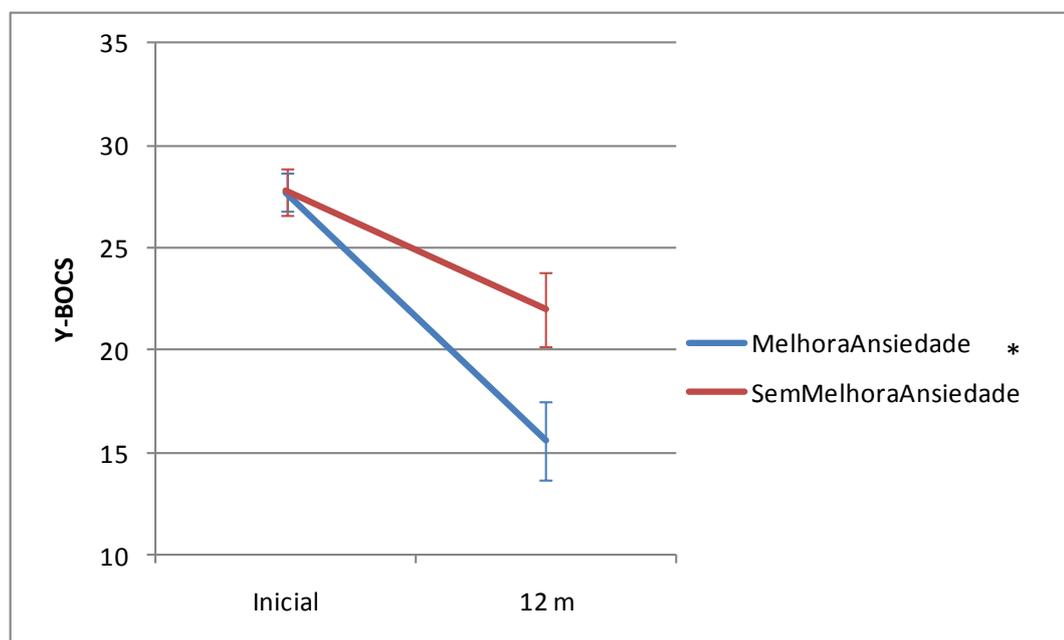


	MelhoraHumor		SemMelhoraHumor		p-value
	média	e.p.	média	e.p.	
YBOCSi	28,53	0,993	29,67	1,376	0,002141
YBOCSf	15,87	1,670	27,00	1,724	
% redução	41,56%	6,79%	8,31%	5,34%	

\* escores do Item Melhora Global da CGI para Episódio Depressivo Maior e Distímia.

Para os outros transtornos de ansiedade, uma tendência de associação foi encontrada ( $p$ -valor=0,05483), como pode ser visto na figura 8. A porcentagem média de redução da YBOCS entre os pacientes que melhoraram dos transtornos de ansiedade foi de 41,7%, e a média de redução da YBOCS entre os pacientes que não melhoraram dos transtornos de ansiedade foi de 20,4%.

Figura 8. Associação entre melhora dos transtornos de ansiedade e a redução dos escores YBOCS.



	MelhoraAnsiedade		SemMelhoraAnsiedade		
	média	e.p.	média	e.p.	p-value
YBOCSi	27,72	0,919	27,75	1,100	0,054839
YBOCSf	15,60	1,889	22,00	1,840	
% redução	41,77%	7,41%	20,41%	6,68%	

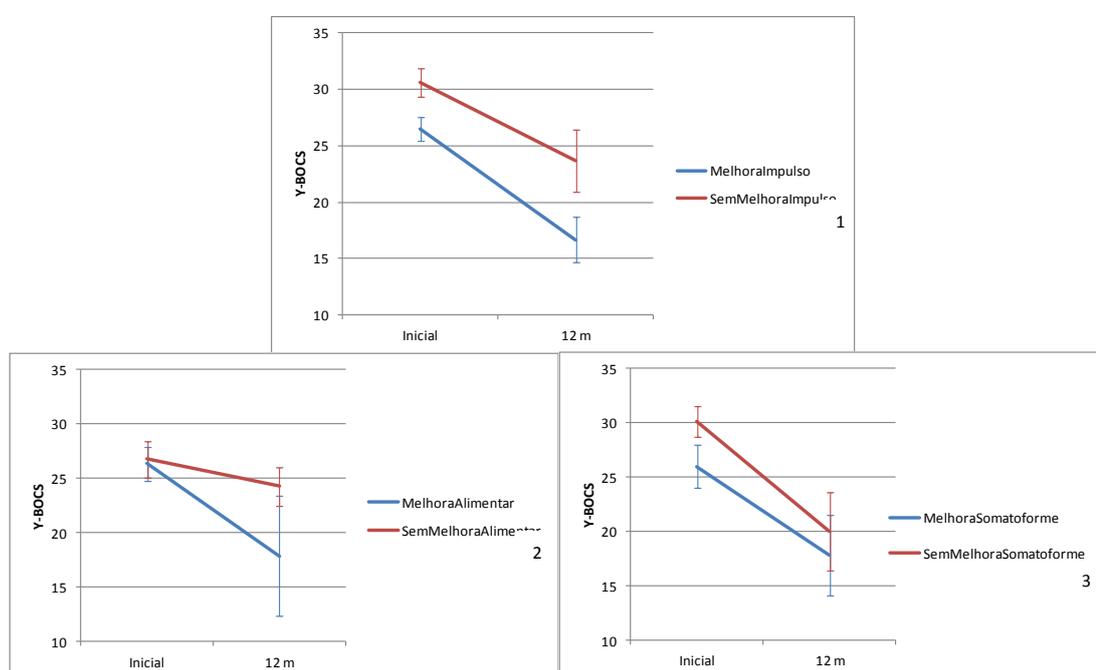
\* escores do Item Melhora Global da CGI para os transtornos de ansiedade generalizada, fobia social, fobia específica, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade sem outra especificação.

Nenhuma associação significativa foi encontrada com os outros grupos diagnósticos, a saber: transtornos de controle dos impulsos (p-valor=0,13730), transtornos somatoformes (p-valor=0,83706) e transtornos alimentares (p-valor=0,47619).

Entre os pacientes que melhoraram dos transtornos de controle dos impulsos, a porcentagem de redução da YBOCS foi de 35,8%, e para aqueles que não melhoraram dos impulsos, a redução da YBOCS foi de 20,2%. No grupo melhor dos transtornos somatoformes, a média de redução da YBOCS foi de 34,3% e para o grupo sem melhora dos transtornos somatoformes, a porcentagem média de redução da YBOCS foi de 31,7%. Dos pacientes que relataram melhora dos transtornos

alimentares, a média de redução da YBOCS foi de 36,7%, e entre os pacientes sem melhora dos transtornos alimentares, a porcentagem média de redução foi de 8,4%. A figura a seguir, mostra que os transtornos psiquiátricos adicionais acompanharam a resposta ao tratamento do TOC (figura 9).

Figura 9. Análise da melhora dos transtornos de impulsos, alimentares e somatoformes e a redução dos escores YBOCS



1 escores do Item Melhora Global da CGI para os transtornos explosivo intermitente, *skin-picking*, comprar compulsivo, comportamento sexual impulsivo-compulsivo, transtorno do uso impulsivo-compulsivo da internet, tricotilomania, cleptomania, piromania, transtorno do uso impulsivo-compulsivo do video-game e auto mutilação.

2 escores do Item Melhora Global da CGI para os transtornos de compulsão alimentar periódica e bulimia.

3 escores do Item Melhora Global para os transtornos dismórfico corporal, doloroso, somatização e hipocondria.

### *Transtornos de espectro obsessivo-compulsivo*

Os transtornos de tiques apresentaram resposta positiva ao tratamento do TOC após 12 meses. O teste estatístico mostrou correlação positiva entre a melhora do TOC e a melhora dos transtornos de tiques, medida pela YGTSS (p-valor=0.043).

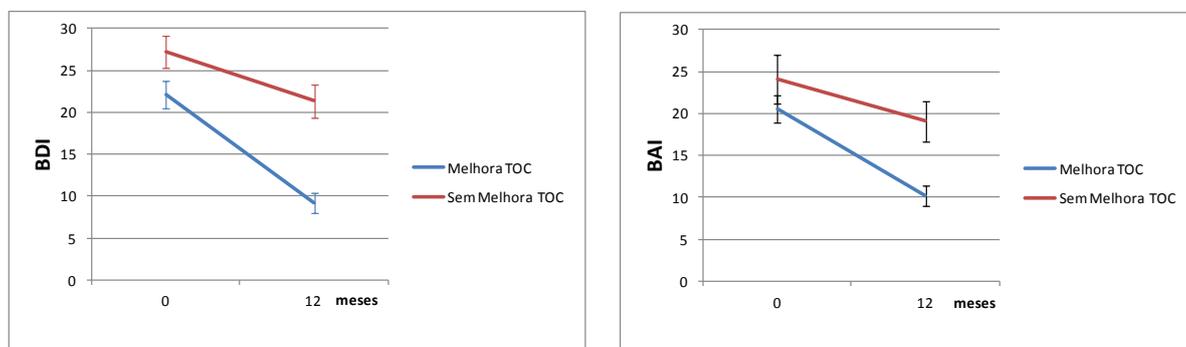
A análise estatística específica sobre a evolução do TOC e dos outros transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (transtorno dismórfico corporal, tricotilomania e *skin-picking*), assim como após 3 meses de tratamento, também não foi significativa após 12 meses.

Dentre os pacientes avaliados após 12 meses de tratamento, os que melhoraram do transtorno dismórfico corporal apresentaram média de redução da YBOCS de 38,8%, e portanto, também apresentaram melhora do TOC. Entre os que não melhoraram do transtorno dismórfico corporal, a média de redução da YBOCS foi de 31,7%, o que podemos considerar como uma leve melhora do TOC. Dos pacientes com *skin-picking* e/ou tricotilomania, os que melhoraram destes transtornos se mostraram levemente melhores do TOC, com porcentagem média de redução da YBOCS de 30,2%. Entre os que não melhoraram dos transtornos *skin-picking* e/ou tricotilomania, a média de redução da YBOCS foi de 20,2%. (figuras no anexo 6).

#### *Sintomas depressivos e ansiosos – inventários de Beck*

Análises da redução dos escores nos inventários Beck de depressão (BDI) (p-valor=0,0000) e Beck de ansiedade (BAI) (p-valor=0,0065) mostraram que a redução em ambos os escores se correlacionou com a resposta positiva ao tratamento do TOC, como podemos observar na figura a seguir (figura 10).

Figura 10. Correlação positiva entre redução dos escores da BDI e BAI e os escores da YBOCS.

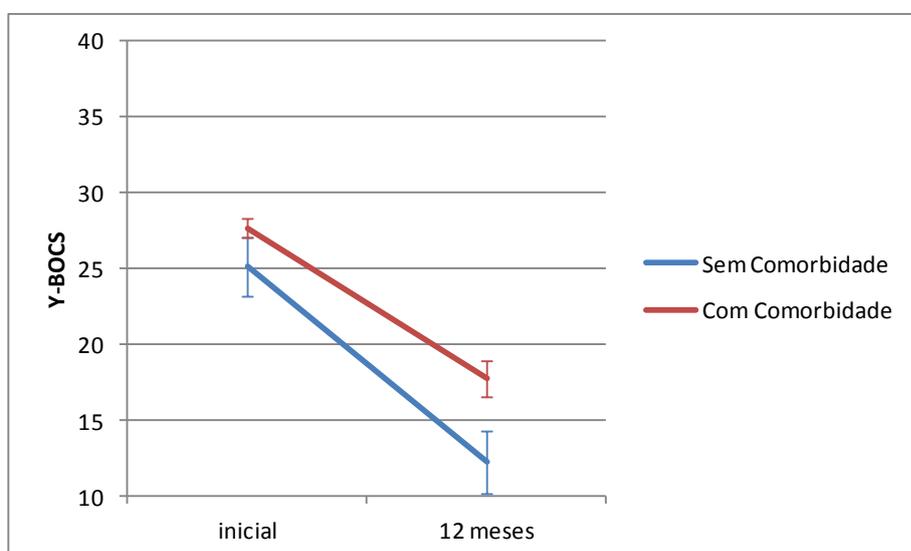


### *Número de comorbidades psiquiátricas e resposta do TOC*

Foram realizadas análises para investigar se quanto maior o número de transtornos psiquiátricos adicionais, pior seria a resposta ao tratamento do TOC. Para isso, foi utilizado o coeficiente de correlação de Kendall (não-paramétrico). De acordo com as análises, o coeficiente de correlação foi de  $-0,07203$  ( $p$ -valor= $0,39540$ ). Esses dados sugerem que o maior número de comorbidades psiquiátricas não esteve significativamente correlacionado à pior resposta ao tratamento do TOC.

Testes qui-quadrado foram feitos para verificar a associação da porcentagem de redução dos escores da YBOCS e ter ou não comorbidades psiquiátricas. Para essa amostra, os resultados não sugeriram associação entre maior redução do YBOCS (boa resposta) e ausência de comorbidades psiquiátricas ( $p$ -valor= $0,4846$ ), como pode ser visto na figura 11. Dentre os pacientes que não possuíam comorbidades psiquiátricas, a porcentagem média de redução da YBOCS foi de  $46,6\%$ , e entre os pacientes com comorbidades, a porcentagem média de redução da YBOCS foi de  $35,9\%$ . A diferença entre os grupos não foi significativa, e nessa amostra, possuir transtornos psiquiátricos adicionais não se associou a uma pior ao tratamento do TOC.

Figura 11. Presença ou não de comorbidades psiquiátricas e resposta ao tratamento do TOC (YBOCS).



### 5.3 Amostra Sobreposta

Dos 37 pacientes que foram avaliados tanto aos 3 meses como aos 12 meses após o início do tratamento, 21 (56,7%) eram do sexo masculino, idade média de 35,2 anos ( $dp=12,1$ ). Nessa amostra, o número médio de anos de estudo foi de 13 anos. Em relação ao estado civil, a maior parte da amostra, 23 pacientes (62,2%) era de solteiros. Sete pacientes iniciaram o tratamento com TCCG e 30 iniciaram com um antidepressivo ISRS. Seis pacientes (16,2%) não apresentaram comorbidades psiquiátricas e o número médio de transtornos psiquiátricos adicionais foi de 2,56 (variando de 1 a 9).

A tabela 3 ilustra a distribuição dos transtornos psiquiátricos comórbidos avaliados no pré-tratamento para os 31 pacientes da amostra que foi acompanhada aos 3 e 12 meses de seguimento e que apresentaram comorbidades psiquiátricas (lembrando que seis pacientes tinham apenas TOC).

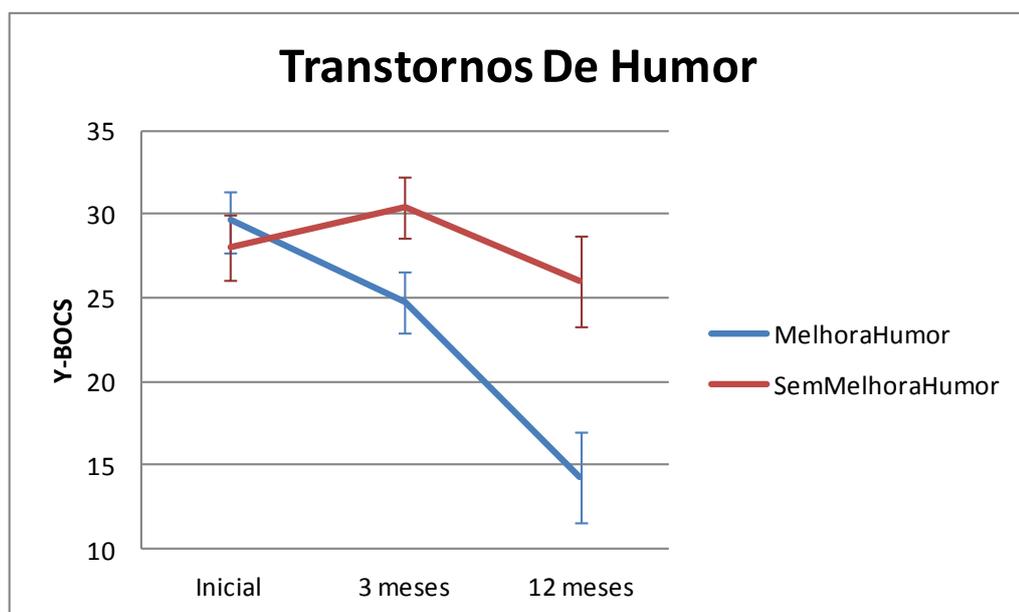
Tabela 3. Frequência das comorbidades psiquiátricas na amostra sobreposta

GRUPO DE TRANSTORNOS	TRANSTORNOS ADICIONAIS - COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	NÚMERO	%
Transtornos de Humor	episódio depressivo maior	14	37,8
	distímia	9	24,3
Transtornos de Ansiedade	transtorno de ansiedade generalizada	11	29,7
	fobia social	11	29,7
	fobia específica	8	21,6
	transtorno de estresse pós-traumático	5	13,5
	transtorno de pânico	5	13,5
	agorafobia	1	2,7
	transtorno de ansiedade sem outra especificação	1	2,7
Transtornos de Controle do Impulso	transtorno explosivo intermitente	1	2,7
	skin picking	3	8,1
	transtorno do comprar compulsivo	1	2,7
	transtorno do comportamento sexual impulsivo-compulsivo	3	8,1
	transtorno do uso impulsivo-compulsivo da internet	2	5,4
	tricotilomania	1	2,7
	cleptomania	-	-
	piromania	-	-
	transtorno do uso impulsivo-compulsivo do video-game	1	2,7
	auto mutilação	-	-
Transtornos Somatoformes	transtorno dismórfico corporal	5	13,5
	transtorno doloroso	2	5,4
	somatização	-	-
	hipocondria	-	-
Transtornos Alimentares	transtorno de compulsão alimentar periódica	4	10,8
	bulimia	1	2,7
Abuso/Dependência de Substâncias	abuso/dependência de substâncias	2	5,4
Transtorno de Tiques	transtorno de tiques	10	27
TOC (sem comorbidades psiquiátricas)		6	16,2
Amostra Total		37	100

Para essa amostra, a porcentagem média de redução da YBOCS, ao longo dos 12 meses de tratamento, foi de 41,2%.

A associação mais robusta foi encontrada no desfecho dos transtornos de humor, o qual acompanhou a melhora do TOC, conforme ilustrado na figura 12. A média de redução da YBOCS entre os pacientes que melhoraram dos transtornos de humor foi de 47,9%, e a média de redução da YBOCS entre os pacientes que não melhoraram dos transtornos de humor foi de 7,3%. A diferença entre as porcentagens de redução da YBOCS foi estatisticamente significativa ( $p$ -valor=0,0194), indicando associação positiva entre melhora do TOC e melhora dos transtornos de humor.

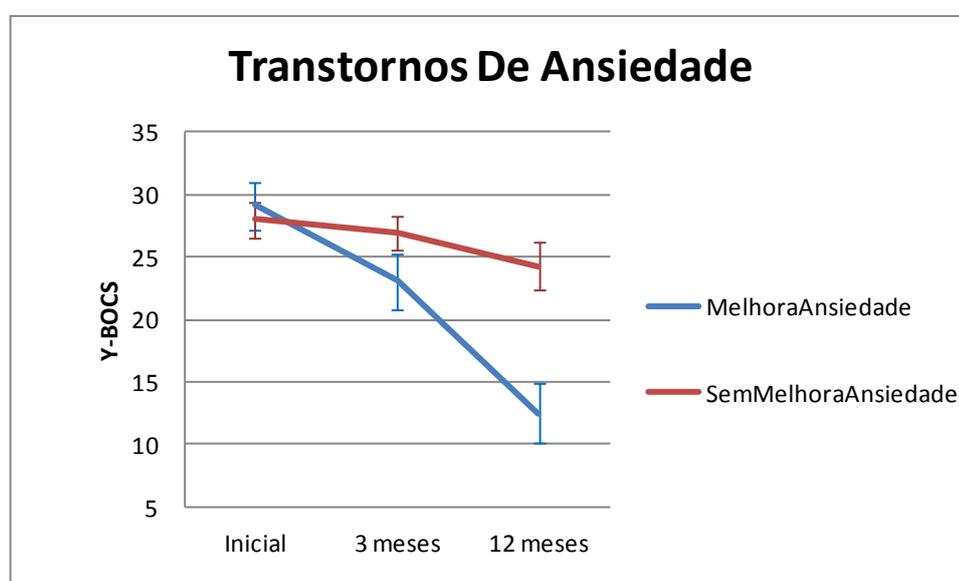
Figura 12. Associação entre resposta positiva ao tratamento do TOC e melhora dos transtornos de humor.



Da mesma forma, foi encontrado entre o TOC e outros transtornos de ansiedade um paralelismo na resposta ao tratamento. Os outros transtornos de ansiedade acompanharam a melhora do TOC, conforme ilustrado na figura 13. A média de redução da YBOCS entre os pacientes que melhoraram dos outros transtornos de ansiedade foi de 56,1%, e a média de redução da YBOCS entre os

pacientes que não melhoraram dos outros transtornos de ansiedade foi de 11,5%. A diferença entre as porcentagens de redução da YBOCS foi estatisticamente significativa ( $p$ -valor=0,0024), indicando associação positiva entre melhora do TOC e melhora dos transtornos de ansiedade.

Figura 13. Associação entre resposta positiva ao tratamento do TOC e melhora dos outros transtornos de ansiedade.



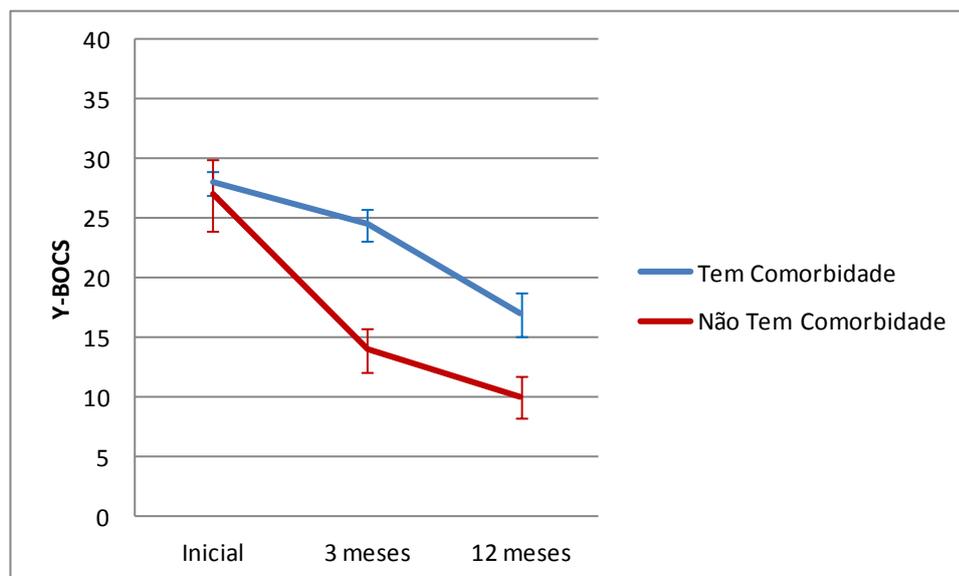
Os outros grupos de comorbidades psiquiátricas não apresentaram relação estatisticamente significativa com a resposta ao tratamento do TOC e estão apresentados no anexo 6.

#### *Número de comorbidades psiquiátricas e resposta do TOC*

A associação da porcentagem de redução dos escores da YBOCS e presença ou ausência de comorbidades não resultou em significância estatística ( $p$ -valor=0,2613). Nessa amostra, entre os pacientes que não possuíam comorbidades psiquiátricas, a porcentagem média de redução da YBOCS foi de 62,6%, e entre os pacientes com comorbidades, a porcentagem média de redução da YBOCS foi de

39,1%. A diferença entre os grupos não foi significativa. Ambos melhoram em relação ao TOC, e sendo assim, para essa amostra, possuir transtornos psiquiátricos adicionais não se associou a uma pior ao tratamento do TOC (figura 14).

Figura 14. Presença de comorbidades e associação com resposta ao tratamento do TOC.



#### 5.4 Síntese dos resultados

De maneira geral, neste estudo, a melhora dos outros transtornos psiquiátricos sempre acompanhou a melhora do TOC ao longo do tratamento. Em alguns casos, a associação entre melhora dos transtornos psiquiátricos adicionais pôde ser demonstrada significativa estatisticamente. Os resultados mais consistentes são em relação à melhora dos transtornos do humor, outros de ansiedade e os tiques, em paralelo à melhora do TOC após o tratamento. Além disso, para todas as observações da amostra (3 meses, 12 meses, e sobreposta), ter comorbidades psiquiátricas não se associou a pior resposta ao tratamento do TOC. Na tabela 4, a seguir, estão apresentados os resultados significantes.

Tabela 4. Resumo dos resultados nas 3 amostras analisadas neste estudo.

	<b>3 meses</b>	<b>amostra 12 meses</b>	<b>sobreposta</b>
transtornos do humor	NS	p-valor=0,00214	p-valor=0,0194
outros transtornos de ansiedade	p-valor= 0,00054	p-valor=0,05483	p-valor=0,0024
transtorno de tiques	NS	NS	NS
transtorno dismórfico corporal	NS	NS	NS
<i>skin-picking</i> + tricotilomania	NS	NS	NS
sintomas depressivos (BDI)	p-valor=0,0001	p-valor=0,0000	p-valor=0,0126
sintomas ansiosos (BAI)	p-valor=0,0052	p-valor=0,0052	p-valor=0,0085

NS = associação não significativa estatisticamente

## 6. Discussão

Este foi um estudo prospectivo, que investigou o impacto do tratamento orientado para o TOC sobre a evolução das comorbidades psiquiátricas. Os resultados mais significantes foram a associação entre a melhora do TOC e a melhora dos transtornos do humor (EDM e distímia) e a melhora do TOC e a boa evolução dos transtornos de tiques. A mesma tendência foi observada para outros transtornos ansiosos, tanto após 3 meses como após 12 meses de tratamento do transtorno obsessivo compulsivo.

A hipótese (a) foi parcialmente confirmada neste estudo. Os pacientes com melhor resposta ao tratamento do TOC foram os pacientes que mais melhoraram dos sintomas dos transtornos de humor e ansiedade. Além disso, pelos gráficos descritivos, (já que o tamanho da amostra não permitiu uma análise estatística confirmatória), pudemos observar que outros grupos de transtornos psiquiátricos (transtornos do controle dos impulsos, transtornos somatoformes e transtornos alimentares) também acompanharam a resposta ao tratamento do TOC, sugerindo que os pacientes que melhoraram do TOC também melhoraram dos outros transtornos psiquiátricos adicionais identificados nesta amostra.

Os sintomas depressivos, assim como os sintomas ansiosos, medidos por escalas de gravidade específicas, também apresentaram um desfecho interessante, com melhora fortemente associada à melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos.

Desta forma, a hipótese (b), que pressupunha uma melhora dos transtornos de humor independente da melhora do TOC, não foi confirmada, uma vez que, para os pacientes que não melhoraram do TOC, a melhora dos sintomas depressivos não foi expressiva. Nessa amostra, a evolução dos sintomas depressivos acompanhou significativamente a resposta ao tratamento do TOC. Estes resultados estão de acordo com alguns estudos anteriores que demonstraram que os sintomas depressivos melhoram durante o tratamento do TOC (Abramowitz et al., 2000, Abramowitz et al., 2003; Anholt et al., 2011). Entretanto, na nossa amostra, para os pacientes que não apresentaram resposta positiva ao tratamento do TOC, os transtornos do humor também não melhoraram, sugerindo que, diferente do que esperávamos, não houve

independência entre o desfecho dos transtornos de humor e do TOC. Anholt e colaboradores (2011) publicaram resultado semelhante, afirmando que, quando o tratamento do TOC é bem sucedido, observa-se que os sintomas depressivos também melhoram. Zitterl e colaboradores (2000) observaram que os sintomas dos transtornos de humor melhoram durante o tratamento do TOC, especialmente quando a depressão era secundária ao TOC. Nesse estudo, a maior parte da amostra apresentou depressão com idade de início posterior à idade de início do TOC. Por outro lado, a ocorrência da depressão não pode ser completamente explicada como uma complicação secundária ao TOC. De acordo com Besiroglu e colaboradores (2007), o TOC e a depressão possivelmente ocorrem através de influências e *feedbacks* recíprocos, e por meio dessa reciprocidade é que a resposta ao tratamento pode se dar de forma semelhante, com influências mútuas. Contribui também para a explicação desse paralelismo entre a evolução do TOC e da depressão a ideia de que os sintomas depressivos em pacientes com TOC podem ser mediados por sistemas neurobiológicos diferentes, em comparação com aqueles pacientes só com TOC (Fineberg et al., 2005), tornando os pacientes com TOC e depressão parecidos entre si, mas diferentes dos pacientes com TOC “puro”.

Interessante notar que os transtornos de tiques também melhoraram após o tratamento do TOC. Aqueles pacientes com TOC e tiques que apresentaram resposta positiva ao tratamento do TOC melhoraram também os sintomas de tiques. Sabe-se que estados ansiosos tendem a aumentar a ocorrência de tiques (Nestadt et al., 2008), sendo assim, a melhora dos transtornos de tiques observada nesse estudo pode ter estado associada à redução da ansiedade. Além disso, a proximidade anatômica dos circuitos neurais envolvidos na manifestação dos sintomas obsessivo-compulsivos e dos tiques (Leckman et al., 2000) pode ter um papel no paralelismo da melhora observada para ambas condições.

Embora não significativa, observou-se tendência dos outros transtornos ansiosos, assim como dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (transtorno dismórfico corporal, *skin-picking* e tricotilomania) de também acompanharem a melhora do TOC, o que pode ser observado nas representações gráficas.

Vale notar que a sobreposição de substratos neurobiológicos do TOC, outros transtornos de ansiedade e transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, padrões de sintomatologia e características clínicas compartilhadas (Jaisoorya et al., 2003; Lochner et al., 2005; Phillips et al., 2007) ou ainda mecanismos de ação do tratamento semelhantes para estes transtornos (Mansari and Blier, 2006) possivelmente podem contribuir para que os outros transtornos de ansiedade e/ou os transtornos de espectro obsessivo-compulsivo melhorem quando o tratamento é focado em um transtorno principal, no caso deste estudo, o TOC.

Os outros transtornos de ansiedade também se beneficiaram do tratamento do TOC. Este resultado é bastante coerente com a realidade da prática clínica, mas pouco demonstrado na literatura. Gershuny e colaboradores (2002) relataram que a presença de transtorno de estresse pós-traumático, em sua amostra, esteve associada a uma pior resposta do TOC ao tratamento. Assim, parece que o TOC responde pior em comorbidade, porém, de acordo com os nossos dados, os transtornos comórbidos responderam razoavelmente ao tratamento do TOC. O tratamento com terapia cognitivo-comportamental para o TOC, de acordo com Storch e colaboradores (2010), não ficou prejudicado em função de comorbidades psiquiátricas frequentes, como o transtorno de ansiedade generalizada, dado que corrobora nosso resultado de resposta ao tratamento dos transtornos ansiosos em paralelo com a resposta do TOC ao tratamento.

O paralelismo observado entre as respostas ao tratamento do TOC para este transtorno e para o transtorno dismórfico corporal, assim como para *skin-picking* e tricotilomania, pode não ter sido confirmado pela análise estatística devido ao tamanho reduzido da amostra. Entretanto, estudos anteriores relatam uma pior resposta quando há comorbidade entre TOC e transtornos do espectro. Frare e colaboradores (2004), por exemplo, afirmam que a co-existência do TOC e transtorno dismórfico corporal pode ser a manifestação de uma forma mais grave da síndrome primária, com psicopatologia e prejuízo no funcionamento do indivíduo mais evidente, portanto, um transtorno de maior gravidade e pior prognóstico. Um outro estudo, de Saxena e colaboradores (2001), demonstra boa resposta ao tratamento quando não há comorbidade entre TOC e transtorno dismórfico corporal,

embora o segundo apresente características de comorbidade com depressão e ansiedade mais graves do que o TOC.

De maneira geral, os dados encontrados na literatura sobre TOC em comorbidade com tricotilomania e *skin-picking* discorrem sobre o perfil sintomatológico e características clínicas partilhadas entre estes transtornos (Lochner et al., 2005; Flessner et al., 2009). Em um estudo recente, Bienvenu e colaboradores (2011) utilizaram informações como comorbidades e história familiar de transtornos mentais para endossar a definição de espectro obsessivo-compulsivo, e demonstraram que o TOC aparece relacionado tanto aos transtornos de ansiedade quando aos atuais transtornos do espectro (tricotilomania, *skin-picking*, transtorno de tiques e transtorno dismórfico corporal). Essa falta de limites claros entre os transtornos e a relação do TOC com os transtornos psiquiátricos adicionais, embora ainda não explorada pela literatura, se relaciona com os achados deste estudo, que demonstraram um padrão de resposta dos transtornos de tiques, transtorno dismórfico corporal, tricotilomania, *skin-picking* e outros transtornos ansiosos acompanhando a resposta ao tratamento do TOC.

A alta taxa de comorbidades psiquiátricas nessa amostra pode ter impedido a confirmação da nossa terceira hipótese, de que a um maior número de comorbidades psiquiátricas corresponderia uma pior resposta ao tratamento do TOC. Poucos pacientes tinham TOC “puro”, o que prejudicou a comparação entre o grupo TOC puro e os grupos TOC com uma ou mais comorbidades. Portanto, não foi possível confirmarmos os resultados previamente descritos na literatura (Nestadt et al., 2000; Keeley et al., 2008; Huppert et al., 2009; Belotto-Silva et al., 2011b). Vale notar que, em termos globais, a taxa de resposta ao tratamento dessa amostra foi semelhante ao de outros estudos que utilizaram critérios de inclusão amplos, aceitando pacientes com diversas comorbidades psiquiátricas (Anderson & Rees, 2007; Tundo et al., 2007; Storch et al., 2008).

Os pontos fortes deste estudo são o seu desenho prospectivo, o tratamento sistematicamente administrado pela mesma equipe, e a originalidade dos dados. Até onde sabemos, este foi o primeiro estudo que objetivou investigar a evolução das comorbidades psiquiátricas após o tratamento direcionado a um transtorno principal.

### ***6.1 Limitações***

As principais limitações deste estudo são: as perdas de pacientes ocorridas ao longo do tempo de tratamento, com o conseqüente tamanho reduzido da amostra final e perda de poder estatístico; a diferença de tamanho entre os grupos de tratamento inicial do TOC. Seria interessante observar o desfecho das diferentes comorbidades em cada grupo de tratamento (medicação ou terapia). Alternativamente, foi avaliada a resposta ao tratamento do TOC e das comorbidades psiquiátricas não em relação a um tipo específico de tratamento, mas sim, em relação a duas modalidades de tratamento de primeira linha para o TOC, cuja eficácia foi descrita como equivalente em diversos estudos (Foa et al., 2005; Souza et al., 2006).

A amostra deste estudo foi composta por pacientes encaminhados e tratados em um ambulatório especializado no tratamento do TOC. Por isso, pode ter ocorrido um viés de seleção, no sentido de terem sido admitidos pacientes com características mais graves, como as comorbidades psiquiátricas, tratamentos anteriores sem sucesso ou outras condições clínicas que dificultam o tratamento. Assim, a generalização desses resultados deve ser considerada como limitada.

A replicação futura dos procedimentos deste estudo, na tentativa de superar suas limitações, contribuirá para a melhor compreensão do fenômeno das comorbidades psiquiátricas e suas relações com o tratamento do TOC.

### ***6.2 Considerações finais***

Neste estudo, a melhora dos transtornos de humor e dos transtornos de tiques acompanharam a resposta positiva ao tratamento do TOC. Outros transtornos de ansiedade, e os transtornos do espectro obsessivo-compulsivo apresentaram tendência de melhora acompanhando a resposta ao tratamento do TOC.

Uma possível sobreposição de substratos neurobiológicos do TOC, dos transtornos de humor, dos outros transtornos de ansiedade e dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo pode ter contribuído para a melhora dessas condições com o tratamento exclusivo para o TOC. Como apontado por Overbeek e

colaboradores (2002), redes e circuitos cerebrais compartilhados podem participar tanto na manifestação como na resposta ao tratamento de diferentes transtornos mentais. Estudos adicionais são necessários, com desenho e metodologia específicos, para esclarecer as razões para os desfechos semelhantes das comorbidades psiquiátricas como transtornos depressivos, transtornos de tiques, outros transtornos de ansiedade e do espectro obsessivo-compulsivo após o tratamento do TOC.

## 7. Referências

Abramowitz J, Franklin M, Street G, Kosak M, Foa E. Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 2000; 31(3): 517–528.

Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychology.* 2003; 71(6): 1049-1057.

Anderson R, Rees C: Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res and Ther.* 2007;45(1):123–137.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV.* 1994. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrade, LHS. Estudo do perfil sintomatológico de pacientes com transtorno de pânico e agorafobia com ataques de pânico. [tese]. 1993. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJLM, Smith JH, Hermesh H, Haan E, van Oppen P. The impact of depression on the treatment of obsessive-compulsive disorder: results from a 5-year follow-up. *J Affect Disord.* 2011; doi:10.1016/j.jad.2011.07.018.

Bandelow B, Zohar, J, Hollander E, Kasper S, Ller HRM, and WFSBP task force on treatment guidelines for anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders. *World J Biol Psychiatry,* 2008; 9(4):248-312.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:53-63.

Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897.

Belotto-Silva C, Diniz JB, Shavitt RG. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in patients with psychiatric comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2011a, 56(2):127.

Belotto-Silva C, Diniz JB, Malavazzi DM, Valério C, Fossaluza V, Borcato S, Seixas AA, Morelli D, Miguel EC, Shavitt RG. Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: A practical clinical trial. *J Anxiety Disord*. 2011b, doi: 10.1016/j.janxdis.2011.08.008.

Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*, 2007; 102:73-79.

Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY, Wang Y, Grados MA, et al. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med*. 2011, 13:1-13.

Cloninger CR. Comorbidity of anxiety and depression. *J Clin Psychopharmacol*. 1990, 10(Suppl 3):43S-46S.

Cordioli, A. V. – Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo. 2002. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em ciências médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Cordioli A, Heldt E, Bochi D, Margis R, Souza M, Tonello J, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*. 2003, 72: 211–216.

Crino RD, Andrews G. Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *J Anxiety Disord*, 1996; 10(1): 37-46.

de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, Fossaluza V, de Bragança Pereira CA, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry*. 2008, 23(3):187-194

de Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, Fossaluza V, Pereira C, Miguel E, do Rosario MC. Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectr*. 2009, 14(7): 362-370.

Denys D, van der Wee N, van Megen HJGM, Westenberg HGM. A double-blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23:568-575.

Diniz JB, Shavitt RG, Joaquim M, Borcato S, Valerio C, D'Alcante CC, Batistuzzo M, Morais I, Fossaluza V, Koran L, Pereira CAB, Miguel EC. A Double-blind Randomized Controlled Trial of Fluoxetine Plus Quetiapine or Clomipramine vs. Fluoxetine Plus Placebo for Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychopharmacology*, no prelo.

Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2004;24(8):1011-1030.

Feinstein, A. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis*. 1970, 23:455-468.

Fineberg N. Refining treatment approaches in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996 11(Suppl 5):13-22.

Fineberg NA, Gale TM. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005; 8(1):107-129.

First MB, Spitzer L, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders-patient edition (Version 2.0). 1995. Biometric Research Department, New York, NY, New York State Psychiatric Institute.

Flessner CA, Berman N, Garcia A, Freeman JB, Leonard HL. Symptom profiles in pediatric obsessive-compulsive disorder (OCD): the effects of comorbid grooming conditions. *J Anxiety Disord*. 2009, 23(6):753-759.

Foa EB, Grayson J, Steketee G, Doppelt H, Turner R, Latimer P. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychology*. 1983; 51(2): 287-297.

Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, Huppert JD, Kjernisted K, Rowan V, Schmidt AB, Simpson HB, TU X. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162:151-161.

Fossaluza V, Diniz JB, Pereira BB, Miguel EC, Pereira CAB. Sequential allocation to balance prognostic factors in a psychiatric clinical trial. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(6):511-8.

Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry* 2004; 19(5):292-298.

Gershuny BS, Baer L, Jenike MA, Minichiello WE, Wilhelm S. Comorbid Posttraumatic Stress Disorder: Impact on Treatment Outcome for Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:852–854.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Delgado PL, Heninger GR, Charney DS. Efficacy of fluvoxamine in obsessive compulsive disorder: a double-blind comparison with placebo. *Arch. Gen.Psychiatry*. 1989a, 46: 36-44.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen S. et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989b; 46:1006-1011.

Guy W. Clinical global impression (CGI). In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology 1976. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH psychopharmacology Research branch. Rockville: National Institute of Mental Health.

Hettema JM. What is the genetic relationship between anxiety and depression? *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2008; 15;148C(2):140-146. Review.

Hodgson R, Rachman S, Marks IM. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: Follow-up and further findings. Original Research Article. *Behav Res Ther.* 1972; (10): 181-189.

Huppert JD, Simpson HB, Nissenson KJ, Liebowitz MR, Foa E. Quality of life and functional impairment in obsessive compulsive disorder. A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depress Anxiety.* 2009; 26: 39-45.

Jaisoorya TS, Janardhan Reedy YC, Srinath S. The relationship of obsessive-compulsive disorder to putative spectrum disorders: results from an Indian study. *Compr Psychiatry.* 2003; 44:317-323.

Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, et al. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depress Anxiety.* 2009; 26:1012-1017.

Jenike MA. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, editors. *Obsessive-compulsive disorder – Practical Management*, 3rd edition. St Louis (MO): Mosby. Inc.;1998. p. 469-532.

Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam A. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry.* 1988; 45:1094-1099.

Karno M, Golding JM. Obsessive-Compulsive Disorder. In: *psychiatric disorders in America.* Robins LN, Regier DA, editors. 1991; New York: The Free Press; p. 204-219.

Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Res* 2008; 28, 118-130.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 593-602.

Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SL, Swartz KL, Stevenson J, et al. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal Am Academy Child and Adolesc Psych* 1989; 28: 566-573.

Leckman JF, Riddle MA. Tourette's Syndrome: When Habit-Forming Systems Form Habits of Their Own? *Neuron*. 2000; 28: 349-354.

Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, et al. Obsessive Compulsive Disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depr and Anxiet*. 2010, 1-21.

Lochner C, Seedat S, du Toit PL, Nel DG, Niehaus DJ, Sandler R, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. *BMC Psychiatry*. 2005; 5:2.

Lochner C, Stein DJ. Obsessive-compulsive spectrum disorders in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Psychopathology*. 2010, 43: 389-396.

Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med*. 1998, (11): 1241-1243.

Mansari ME, and Blier P. Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006, 30(3): 362-373.

March JS, Biederman J, Wolkow R, Safferman A, Mardekian J, Cook EH, Cutler NR, Dominguez R, Ferguson J, Muller B, Riesenber R, Rosenthal M, Salle FR, Wagner KD, SteinerH. Sertraline in children and adults with obsessive-compulsive disorder a multicenter randomized controlled trial. *JAMA*;280(20):1752-1756, 1998.

Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in vivo exposure: a two year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry* 1975; 127:349-364.

McLean P, Whittal M, Thordarson D, Taylor S, Sochting I, Koch W, et al. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 205–214.

Mercadante MT, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, Maia A, Brotto SA, Hounie AG, Souza MO, Bravo MC, Baltieri MA, Alvarenga P, Diniz J, Chacon P, Uemura K, Miguita K, Miguel EC. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: Louzão Neto MR e Elkis H (orgs.). *Psiquiatria Básica*. 2007, 2ed, 315-337.

Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis MA, Torres AR, Fontenelle LF, et al. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (CTOC). The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(3):187-198.

Minichiello WE, Baer L, Jenike MA. Behavior therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: theory and practice. *Compr Psychiatry*. 1988, 29(2):123-137.

Miranda MA. Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Comorbidade: um estudo caso-controle [tese]. 1999. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

Miranda MA, Bordin IA. Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23(suppl):10-2.

Montgomery AS. Clomipramine in obsessional neurosis: a placebo controlled trial. *Pharm Med* 1980;1:189-92.

Montgomery SA, Kasper S, Stein DJ, Bang Hedegaard K, Lemming OM. Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16(2):75-86.

Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57:573-580.

Nestadt G, Di CZ, Riddle MA, Grados MA, Greenberg BD, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, Murphy DL, et al. Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychol Med*. 2008; 39(9):1491-1501.

Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity and treatment effect. *J Clin Psychiatry*. 2002, 63: 1106-1112.

Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J of Psychiatry*. 1995, 152: 76–84.

Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, Presta S, Gemignani A, Milanfranchi A, Lenzi P, Ravagli S, Cassano GB. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 1997 46(1):15-23.

Petribú K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(supl 11): 17-20.

Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety*, 2007; 24:399-409.

Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:28-32.

R Development Core Team (2010). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.

Rachman S, Cobb J, Grey S, McDonald B, Mawson D, Sartory G, Stern R. The behavioural treatment of obsessional-compulsive disorders, with and without clomipramine. *Behav Res Ther.* 1979; (17): 467-478.

Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 1992; 15:743–758.

Rasmussen SA, TSUANG MT. Clinical Characteristics and Family History in DSM-III Obsessive-Compulsive Disorder. *Am. J. Psychiatry.* 1986; 143: 317-322.

Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsovich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y, Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*, 2006;11(5):495-504.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatr*, 2010; 15: 53-63.

Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (sup 12):7-10.

Saxena S, Winograd A, Dunkin JJ, Maidment K, Rosen R, Vapnik T, Tarlow G, Bystritsky A. A retrospective review of clinical characteristics and treatment response in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2001; 62(1):67-72.

Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie A, Rosário Campos M, Diniz JB, et al. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2006, 47: 276–281.

Shetti CN, Reddy YCJ, Kandavel T, Kashyap K, Singiseti S, Hiremath AS, Siddequehusen MUF, Raghunandan S. Clinical predictors of drug non response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1517-1523.

Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(2):121-127.

Souza M, Isolan L, Oliveira R, Heldt E, Manfro G, Cordioli A: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(7):1133–1139.

Stein DJ, Carey PD, Lochner C, Seedat S, Fineberg M, Andersen EW. Escitalopram in Obsessive-Compulsive Disorder: Response of Symptom Dimensions to Pharmacotherapy. *CNS Spectr* 2008; 13(6): 492-498.

Steketee G, Perry JC, Goisman RM, et al. The psychosocial treatments interview for anxiety disorders: a method for assessing psychotherapeutic procedures in anxiety disorders. *J Psychother Pract Res* 1997; 6:194-210.

Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1999; 89: 229-238.

Storch E, Merlo L, Lehmkuhl H, Geffken G, Jacob M, Ricketts E, Murphy T, Goodman W. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A non randomized comparison of intensive and weekly approaches. *J Anxiety Disord.* 2008; 22(7):1146-1158.

Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. A report adopted by the division 12 board – October 1995. <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>.

Thóren P, Alsberg M, Cronholm B, Jornestedt L, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. A controlled clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:1281-85.

Tolin D, Maltby N, Diefenbach G, Hannan S, Worhunsky P. Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: a wait-list-controlled open trial. *J Clin Psychiatry.* 2004, 65(7): 922–931.

Tollefson G, Rampey A, Potvin JH, Jenike MA, Rush AJ, Dominguez RA, Koran LM, Shear K, Goodman W, Genduso LA. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:559-67.

Torres AR. *Figura e fundo: um estudo de comorbidade do distúrbio obsessivo-compulsivo e distúrbios da personalidade [tese]*. 1994. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.

Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(3):237-242.

Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Singleton N. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(11):1978-1985.

Tundo A, Salvati L, Busto G, Spigno D, Falcini R: Addition of cognitive-behavioral therapy for nonresponders to medication for obsessive-compulsive disorders: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1552–1556.

Walitza S, Wendland JR, Gruenblatt E, Warnke A, Sontag TA, Tucha O, Lange KW. Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 19(3):227-235

Whittal M, Thordarson D, McLean P. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther*. 2005; 43:1559–1576.

Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological Insertion of Axis I Disorders in the etiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Anxiety Disord* 2000; 14:19-30.

Zitterl W, Demal U, Aigner M, Lenz G, Urban C, Zitterl-Eglseer K. Naturalistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression. Longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. *Psychopathology*. 2000, 33(2): 75–80.

Zohar J, Judge R. Paroxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. OCD Paroxetine Study Investigators. *Br J Psychiatry* 1996;169(4):468-474.

## **8. Anexos**

## Anexo 1

### HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

#### MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: M  F
- DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
- ENDEREÇO: ..... Nº: ..... APTO: .....
- BAIRRO: ..... CIDADE: .....
- CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....) .....
2. RESPONSÁVEL LEGAL .....
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE: ..... SEXO: M  F
- DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
- ENDEREÇO: ..... Nº: ..... APTO: .....
- BAIRRO: ..... CIDADE: .....
- CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....) .....

---

#### DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

**IMPACTO DO TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NAS COMORBIDADES  
PSIQUIÁTRICAS NOS CURTO E MÉDIO PRAZOS**

PESQUISADOR: Euripedes Constantino Miguel Filho

CARGO/FUNÇÃO: Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da FMUSP e Coordenador do Projeto do Espectro Obsessivo-Compulsivo. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRM-SP 45.280

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento e Instituto de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO  RISCO MÉDIO   
RISCO BAIXO X RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses
-

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

- 1 – Estou sendo convidado a participar deste estudo por ter o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Para obter um maior conhecimento clínico e científico do TOC e outros problemas relacionados a ele, o corpo clínico deste hospital (médicos e pesquisadores) desenvolve pesquisa clínica científica. Por meio desta pesquisa é possível conhecer melhor os mecanismos da doença e, portanto, oferecer novas possibilidades de diagnóstico e tratamento. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto do tratamento do TOC em transtornos psiquiátricos adicionais e investigar de que forma a resposta ao tratamento do TOC se apresenta em outras condições psiquiátricas concomitantes.
- 2 – Fui convidado a participar desta pesquisa porque já participo de outros projetos de tratamento desenvolvidos pelo PROTOC, os quais pretendem avaliar a resposta do TOC ao tratamento com medicação e/ou terapia e avaliação em longo prazo (2 anos) de resposta terapêutica. Caso eu aceite participar desta pesquisa, estou ciente de que, nos 3º e 12º meses após o início do tratamento terei que responder a um questionário padronizado, de duração média de 30 minutos.
- 3 – As entrevistas serão realizadas por profissional treinado do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP.
- 4 – As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto não possuem riscos para o paciente, sendo o único inconveniente, o tempo de duração da entrevista, por vezes demorada.
- 5 – O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode incrementar o conhecimento sobre o transtorno obsessivo-compulsivo e os sintomas psiquiátricos a eles associados, bem como melhorar o entendimento sobre comorbidades psiquiátricas e seus cursos de sintomas. Também estarei recebendo uma detalhada avaliação psiquiátrica que poderá ser útil na clarificação de meu diagnóstico.
- 6 – Caso eu não tenha disponibilidade de permanecer no local durante toda a entrevista, esta poderá ser realizada em etapas.
- 7 – Em qualquer etapa do estudo, estou ciente de que poderei ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr Euripedes Constantino Miguel Filho, que pode ser encontrado no Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 3o. andar, Norte, CEAPESQ, Sala 07, Telefone (11) 30696972. Se eu tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: [cappesq@hcnet.usp.br](mailto:cappesq@hcnet.usp.br).
- 8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e poderei deixar de participar deste estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do tratamento na Instituição.
- 09 – Todas as informações obtidas nesta pesquisa serão mantidas em lugar seguro, codificadas, e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum destes, e a eventual inclusão dos resultados em publicação científica será feita de modo a manter o meu anonimato. Em qualquer momento poderei ter acesso a estas informações.
- 10 – O resultado da pesquisa será divulgado através da comunidade científica e das entidades de associação de portadores. Poderei solicitar informações que serão fornecidas por um médico capacitado a esclarecer as minhas dúvidas a respeito deste estudo e seus resultados.
- 11 – Não terei despesas pessoais em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à minha participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo, terei direito a tratamento médico na Instituição.

12 – Os dados coletados através dos questionários serão utilizados somente para fins desta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Impacto do tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo nas comorbidades psiquiátricas nos curto e médio prazos".

Eu discuti com o Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

-----  
Assinatura do paciente/representante legal

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-----  
Assinatura da testemunha

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.



Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Anexo 2



DEPARTAMENTO & INSTITUTO DE PSIQUIATRIA  
FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Prof. Dr. Valentim Gentil  
Professor Titular e Chefe do  
Departamento de Psiquiatria



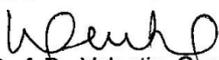
São Paulo, 22 de janeiro de 2009.

AO  
Prof. Dr. Eduardo Massad  
M.D. Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq-  
HC

Senhor Presidente,

Encaminhamos a V.S<sup>a</sup>, em anexo, o projeto de pesquisa "*Impacto do tratamento do transtorno obsessivo compulsivo nas comorbidades psiquiátricas nos curto e médio prazos*", sob a responsabilidade do Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho e da pesquisadora executante Carolina Valério, com aprovação "*ad referendum*" do Conselho do Departamento de Psiquiatria.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. Valentim Gentil  
Professor Titular e Chefe do  
Departamento de Psiquiatria

Anexo: projeto + demais anexos

São Paulo, 20 de janeiro de 2009.

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, Caixa Postal 3671  
05403-010 São Paulo – SP – Brasil

Telefone/fax: (+5511) 3069-6962



## APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 11/03/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0039/09**, intitulado: "**IMPACTO DO TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NOS CURTO E MÉDIO PRAZOS**" apresentado pelo **DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**, inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **PROF. DR. EURÍPEDES CONSTANTINO MIGUEL FILHO**

Pesquisador (a) Executante: **CAROLINA VALERIO**

CAPPesq, 12 de março de 2009

**PROF. DR. EDUARDO MASSAD**  
Presidente da Comissão de  
Ética para Análise de Projetos  
de Pesquisa

### Sub-Projeto – Protocolo de Pesquisa 0968/05

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo – SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: [cappesq@hcnet.usp.br](mailto:cappesq@hcnet.usp.br) / [secretariacappesq2@hcnet.usp.br](mailto:secretariacappesq2@hcnet.usp.br)  
matc

### Anexo 3

Figura. Tratamentos a que foram submetidos os pacientes da amostra 3 meses

Amostra 3 meses - N=51			
identificação	Inicial - 3 meses	6 meses	12 meses
1	flx	flx	flx +propranolol
3	flx	flx+clo+risperidona	flx+qtp
6	flx	flx	drop-out
7	flx	flx	flx
8	sertralina	paroxetina	paroxetina+clo
11	flx	flx+qtp	flx+qtp
12	flx	flx	flx
14	TCCG	flx	flx
15	flx	flx+alprazolam	flx+alprazolam
16	flx	flx+clo	flx+clo
17	flx	flx+clonazepam	flx+clonazepam+TCCG
19	flx	sertralina	metilfenidato
21	flx	flx+clo	flx+qtp
22	flx	flx+qtp	flx
27	flx	flx+qtp	flx+qtp
29	flx	flx+qtp	flx+qtp
32	flx	flx	flx
34	flx	flx	flx
37	flx	flx	flx+TCCG
38	flx	flx	flx
39	TCCG	flx+diazepam	flx+clo
40	flx	flx	flx
41	flx	flx+qtp	sertralina
43	flx	flx	flx+risperidona
44	flx	flx+clo	flx+qtp
47	flx	flx+TCCG	flx
52	flx	flx+qtp	flx+qtp+TCCG
53	flx	clo+qtp	clo+qtp
55	TCCG	flx+clo	paroxetina+qtp
56	TCCG	flx	drop-out
58	TCCG	sem medicação	flx
59	flx	flx	flx
60	flx	flx+clonazepam	flx+clonazepam
61	TCCG	flx	flx+clo
62	flx	flx	flx
63	flx	sertralina	flx
64	flx	flx	flx
65	TCCG	flx	flx
66	flx	flx+n-acetilcisteína	drop-out
68	flx	drop-out	drop-out
69	flx	flx+risperidona	flx
71	flx	flx	flx
72	flx	flx	flx
74	flx	flx	flx
75	flx	encaminhado	encaminhado
76	flx	flx+qtp	flx+qtp+clonazepam
79	flx	flx+clo	flx+clo
81	TCCG	flx	flx+qtp
82	flx+qtp	flx+qtp	flx+qtp
83	TCCG	qtp +clo	flx+qtp
84	TCCG	flx	flx

legenda: TCCG=terapia cognitivo comportamental em grupo, flx=fluoxetina, clo=clomipramina, qtp=quetiapina

Figura. Tratamentos a que foram submetidos os pacientes da amostra 12 meses

Amostra 12 meses - N=76			
identificação	Inicial - 3 meses	6 meses	12 meses
1	flx	flx	flx +propranolol
2	flx	flx	flx+qtp
3	flx	flx+clo+risperidona	flx+qtp
4	flx	flx	flx
5	flx	flx	flx
7	flx	flx	flx
9	TCCG	sem medicação	sertralina + prometazina
10	flx	flx+qtp+TCCG	flx+qtp
11	flx	flx+qtp	flx+qtp
12	flx	flx	flx
13	flx	flx	flx+clo
14	TCCG	flx	flx
15	flx	flx+alprazolam	flx+alprazolam
16	flx	flx+clo	flx+clo
18	flx	aripripazol	sertralina+risperidona
20	flx	flx+clo	sertralina+qtp
21	flx	flx+clo	flx+qtp
22	flx	flx+qtp	flx
23	TCCG	sem medicação	paroxetina+qtp+clonazepan
24	flx	flx	flx
25	TCCG	sem medicação	paroxetina
26	flx	flx	flx
27	flx	flx+qtp	flx+qtp
28	flx	flx	flx
29	flx	flx+qtp	flx+qtp
30	flx+qtp	flx+qtp	flx+qtp
31	TCCG	flx+qtp	flx
32	flx	flx	flx
33	flx	flx	flx+clo
34	flx	flx	flx
35	flx	flx+qtp	flx+qtp
36	flx	flx+nortriptilina	flx+nortriptilina
38	flx	flx	flx
39	TCCG	flx+diazepam	flx+clo
40	flx	flx	flx
41	flx	flx+qtp	sertralina
42	flx	flx+qtp + TCCG	flx
44	flx	flx+clo	flx+qtp
45	flx	flx	flx+qtp
46	flx	flx	flx+clo
47	flx	flx+TCCG	flx
48	TCCG	sem medicação	paroxetina
49	flx	flx	flx
50	flx	flx	flx+risperidona
51	flx	flx	flx
53	flx	clo+qtp	clo+qtp
54	flx	flx	flx
55	TCCG	flx+clo	paroxetina+qtp
57	flx	flx+qtp	flx+risperidona
59	flx	flx	flx
60	flx	flx+clonazepan	flx+clonazepan
62	flx	flx	flx
63	flx	sertralina	flx
64	flx	flx	flx
65	TCCG	flx	flx
67	flx	flx+qtp	flx+trilptal
69	flx	flx+risperidona	flx
70	flx	flx+clo	flx+clo
72	flx	flx	flx
73	flx	flx	flx
74	flx	flx	flx
76	flx	flx+qtp	flx+qtp+clonazepan
77	flx	flx+qtp	flx+qtp
78	flx	flx	flx
79	flx	flx+clo	flx+clo
80	flx	flx	flx+risperidona
81	TCCG	flx	flx+qtp
82	flx+qtp	flx+qtp	flx+qtp
83	TCCG	qtp +clo	flx+qtp
84	TCCG	flx	flx
85	flx	flx	clonazepan +TCCG
86	TCCG	acompanhamento	acompanhamento
87	flx	flx	flx
88	flx	flx	sertralina+qtp
89	flx	flx	flx
90	flx	flx	flx+clo

legenda: TCCG=terapia cognitivo comportamental em grupo, flx=fluoxetina, clo=clomipramina, qtp=quetiapina

Figura. Tratamentos a que foram submetidos os pacientes da amostra sobreposta

<b>Amostra sobreposta - N=37</b>			
identificação	Inicial - 3 meses	6 meses	12 meses
1	flx	flx	flx +propranolol
3	flx	flx+clo+risperidona	flx+qtp
7	flx	flx	flx
11	flx	flx+qtp	flx+qtp
12	flx	flx	flx
14	TCCG	flx	flx
15	flx	flx+alprazolam	flx+alprazolam
16	flx	flx+clo	flx+clo
21	flx	flx+clo	flx+qtp
22	flx	flx+qtp	flx
27	flx	flx+qtp	flx+qtp
29	flx	flx+qtp	flx+qtp
32	flx	flx	flx
34	flx	flx	flx
38	flx	flx	flx
39	TCCG	flx+diazepam	flx+clo
40	flx	flx	flx
41	flx	flx+qtp	sertralina
44	flx	flx+clo	flx+qtp
47	flx	flx+TCCG	flx
53	flx	clo+qtp	clo+qtp
55	TCCG	flx+clo	paroxetina+qtp
59	flx	flx	flx
60	flx	flx+clonazepam	flx+clonazepam
62	flx	flx	flx
63	flx	sertralina	flx
64	flx	flx	flx
65	TCCG	flx	flx
69	flx	flx+risperidona	flx
72	flx	flx	flx
74	flx	flx	flx
76	flx	flx+qtp	flx+qtp+clonazepam
79	flx	flx+clo	flx+clo
81	TCCG	flx	flx+qtp
82	flx+qtp	flx+qtp	flx+qtp
83	TCCG	qtp +clo	flx+qtp
84	TCCG	flx	flx

**legenda:** TCCG=terapia cognitivo comportamental em grupo, flx=fluoxetina, clo=clomipramina, qtp=quetiapina

## Anexo 4

### Descrição dos instrumentos contidos na Apostila de Retorno

*Y-BOCS – Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale (Goodman et al., 1989).*

Escala composta por 10 itens que avaliam a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. As questões são referentes ao tempo gasto pelo paciente, por dia, com as obsessões e compulsões, a interferência na rotina familiar, social, em atividades acadêmicas ou do trabalho, o incômodo associado aos sintomas do TOC, a resistência a esses sintomas e o controle de obsessões e compulsões.

Os escores dessas questões variam de 0 a 4, completando pontuação máxima de 40, com um subtotal máximo de 20 para os sintomas obsessivos e 20 para os compulsivos. É importante ressaltar que apesar da Y-BOCS ser utilizada atualmente como padrão-ouro na avaliação de pacientes com TOC, ela não consegue avaliar as diferentes dimensões de SOC de forma precisa. Com esta finalidade, utilizamos a DY-BOCS como complemento para a avaliação.

*DY-BOCS – Dimensional Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale (Rosário-Campos et al., 2006).*

A proposta desta escala é avaliar a gravidade dos SOC de forma dimensional, tendo demonstrado excelentes propriedades psicométricas. A DYBOCS é composta por questões que avaliam o tempo gasto com os SOC, a ansiedade e o incômodo que provocam e o nível de interferência em atividades diárias, na vida social e acadêmica.

Seus escores variam de 0 a 5, sendo o escore máximo de 15 para cada uma das 6 dimensões. Existe ainda uma avaliação de prejuízo, entendido como déficits na habilidade de lidar com dificuldades, e interferências no funcionamento social e profissional, causado pelos SOC. O escore máximo do prejuízo é de 15, que somado ao escore máximo também de 15 da avaliação global dos SOC, resulta no escore global da escala com variação entre 0 e 30 pontos.

A DY-BOCS complementa os resultados da YBOCS na medida em que engloba a avaliação dos comportamentos evitativos, os rituais mentais e de repetição nas medidas de cada uma das dimensões. Adicionalmente, as obsessões e

compulsões de cada dimensão são avaliadas em conjunto, o que permite caracterizar melhor os tipos de SOC, além da possibilidade de questionar sobre sintomas ambíguos ou de conteúdo misto. Assim, a DY-BOCS permite encontrar padrões diferenciados de resposta terapêutica, de acordo com as dimensões específicas de SOC (Rosário-Campos et al., 2006).

*YGTSS - The Yale Global Tic Severity Scale (Leckman et al., 1988)*

Instrumento clínico que foi desenhado para ser utilizado em estudos da Síndrome de Tourette e dos Transtornos de Tiques. A YGTSS permite avaliar o número, frequência, intensidade, complexidade e a interferência de tiques motores e vocais, além do comprometimento geral provocado pelos mesmos na vida do paciente, em uma escala total possível de 0 a 100.

*Beck-D – Inventário de depressão de Beck (Beck et al., 1961).*

Escala de auto-avaliação composta de 21 itens, que se referem à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, autodepreciação, irritabilidade, distúrbios físicos, os quais pretendem avaliar estados depressivos, durante a última semana. Cada item tem pontuação variando de 0 a 3.

*Beck-A – Inventário de ansiedade de Beck (Beck et al., 1988).*

Também escala de auto-avaliação, de 21 itens com pontuação que varia de 0 a 3. Essa escala pretende avaliar, durante a última semana, sintomas comuns à ansiedade tais como taquicardia, tremores, sudorese, medos, sensações físicas.

*SF-36 – Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (Falcão et al., 2003).*

Os 11 itens desta escala, alguns subdivididos em outras questões, avaliam a qualidade de vida do paciente nas últimas 4 semanas, através de perguntas acerca da saúde física e emocional, e a relação destas com as atividades diárias.

*EAS – Escala de Avaliação Social (Weissman & Payket, 1974).*

O ajustamento social do indivíduo nas duas últimas semanas, anteriores à avaliação, é o que pretende avaliar esta escala. Nela, há perguntas que envolvem atividades de lazer, trabalho e relações sociais, como sub-escalas e para cada

questão, há opções de resposta variando de 1 a 5, além da possibilidade de resposta “não se aplica”. A pontuação é feita de acordo com a soma de cada sub-escala que o indivíduo respondeu.

*ICG - Escala de Impressão Clínica Global (Guy, 1976).*

Em uma versão reduzida, incluída na Apostila de Retorno, a escala pretende avaliar a gravidade atual e a melhora global do TOC e de cada comorbidade (transtornos do eixo I do DSM-IV) que o paciente apresentou na avaliação pré-tratamento, (apostila de primeiro atendimento). São 7 possibilidades para medir a melhora: 1= muito melhor, 2= melhor, 3= ligeiramente melhor, 4= sem alteração, 5= ligeiramente pior, 6= pior e 7= muito pior.

# APOSTILA DE RETORNO

---

(PREENCHER CAMPO ABAIXO SÓ APÓS TERMINO DA APOSTILA)

**TRATAMENTO INICIAL:** \_\_\_\_\_



Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre  
Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo

Versão 2009

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA 1º. ATENDIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO RETORNO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Para citação:**

Juliana B. Diniz, Roseli Gedanke Shavitt, Maria Alice Mathis, Maria Conceição do Rosário  
Euripedes C. Miguel, Centros C-TOC.  
Protocolo de Retorno do PROTOC. Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, Versão 2009

## ESCALA OBSESSIVO-COMPULSIVO DE YALE-BROWN – Y-BOCS

As questões 1 a 5 são sobre **PENSAMENTOS OBSESSIVOS**.

**Obsessões** são idéias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são: medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes.

<p>1. <b><u>TEMPO OCUPADO</u></b> POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS  P.: <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum  <input type="checkbox"/> 1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional  <input type="checkbox"/> 2 = 1 a 3 horas/dia ou freqüente  <input type="checkbox"/> 3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito freqüente  <input type="checkbox"/> 4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p>4. <b><u>RESISTÊNCIA</u></b> CONTRA OBSESSÕES  P.: <i>Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa.  <input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir a maior parte das vezes  <input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir  <input type="checkbox"/> 3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância  <input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</p>
<p>2. <b><u>INTERFERÊNCIA</u></b> provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS  P.: <i>Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma  <input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado  <input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar  <input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional  <input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>5. GRAU DE <b><u>CONTROLE</u></b> SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS  P.: <i>Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Controle total  <input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração  <input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões  <input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: raramente bem sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade.  <input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos.</p>
<p>3. <b><u>SOFRIMENTO</u></b> relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS  P.: <i>Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como perturbadoras mas negam sentir ansiedade. (Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições).</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma  <input type="checkbox"/> 1 = Não atrapalha muito  <input type="checkbox"/> 2 = Incomoda, mas ainda é controlável  <input type="checkbox"/> 3 = Muito incômoda  <input type="checkbox"/> 4 = Angústia constante e incapacitante</p>	<p style="text-align: center;">Uso do entrevistador</p> <p style="text-align: center;">_____  <b>ESCORE OBSESSÕES</b>  (parcial)</p>

As questões seguintes são sobre **COMPORTEMENTOS COMPULSIVOS**.

As **compulsões** são impulsos que as pessoas têm que fazer para diminuir sentimentos de ansiedade ou outro desconforto. Frequentemente, elas têm comportamentos intencionais repetitivos, propostos, chamados rituais. O comportamento em si pode parecer apropriado, mas se torna um ritual quando feito em excesso. Lavar, conferir, repetir, organizar, acumular coisas e outros comportamentos podem ser rituais. Alguns rituais são mentais. Por exemplo, pensar ou dizer coisas várias vezes em voz baixa.

<p>6. <b>TEMPO GASTO</b> COM COMPORTEMENTOS COMPULSIVOS  P.: Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução freqüente de comportamentos compulsivos)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos - muito numerosos para contar)</p>	<p>9. <b>RESISTÊNCIA</b> às COMPULSÕES  P.: Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir na maior parte das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p>7. <b>INTERFERÊNCIA</b> provocada pelos COMPORTEMENTOS COMPULSIVOS  Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>10. GRAU DE <b>CONTROLE</b> SOBRE O COMPORTEMENTO COMPULSIVO  P.: Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz de, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p>8. <b>SOFRIMENTO</b> relacionado aos COMPORTEMENTOS COMPULSIVOS  P.: Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante sua execução</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito intenso: ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante Durante a execução das compulsões</p>	<p>_____          Uso do entrevistador</p> <p>_____          ESCORE COMPULSÕES</p>

ESCORE TOTAL: \_\_\_\_\_  
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

**Escala Dimensional de Avaliação da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS) – Versão Adaptada Apostila de Retorno**

**Avaliação de gravidade das Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza**

**1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. \_\_\_\_\_ Avaliação (1-10)

**2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 1 a 12).

---

**3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)                  |

**4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza).

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso.                    |

**5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | Pior fase             | Atual                 |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhuma interferência</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance            |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Interferência Grave</b> , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais                                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Interferência Extrema</b> , incapacitante.   |

### Avaliação de gravidade de Sintomas de Coleccionismo

**1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo "10" o mais grave e "1" o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. \_\_\_\_\_ Avaliação (1-10)

**2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 13 a 19).

---



---

**3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

- | Pior fase             | Atual                 |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)                  |

**4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões e compulsões de colecionismo).

- | Pior fase             | Atual                 |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso.                    |

**5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

- | Pior fase             | Atual                 |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhuma interferência</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance            |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Interferência Grave</b> , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais                                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Interferência Extrema</b> , incapacitante.   |

### **Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo**

**1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. \_\_\_\_\_ Avaliação (1-10)

**2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 20 a 31).

---

**3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhum**
- 1 = Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
- 2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia** - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
- 3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia** – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
- 4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia** – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
- 5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia** – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

**4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (simetria, ordem, contagem e arranjo).

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhum incômodo**
- 1 = Mínimo** – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
- 2 = Médio** – algum incômodo presente, mas não muito
- 3 = Moderado** – incomoda, mas ainda é tolerável
- 4 = Grave** – incomoda muito
- 5 = Extremo** – incômodo quase constante e muito intenso

**5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhuma interferência**
- 1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- 2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- 3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- 4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- 5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

## Avaliação de gravidade das Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas

**1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. \_\_\_\_\_ Avaliação (1-10)

**2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 32 a 46).

---

**3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase      Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)                  |

**4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (agressão, violência e desastres naturais).

Pior fase      Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso.                    |

**5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhuma interferência</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance            |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Interferência Grave</b> , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais                                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Interferência Extrema</b> , incapacitante.   |

### **Avaliação de gravidade das Obsessões Sexuais e/ou Religiosas e Compulsões Relacionadas**

**1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. \_\_\_\_\_ Avaliação (1-10)

**2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 47 a 61).

---

**3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia</b> - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Frequentemente, 1 a 3 horas/dia</b> – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação). |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia</b> – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia</b> – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)                  |

**4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões e compulsões de conteúdo sexual e/ou religioso).

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhum incômodo</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínimo</b> – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Médio</b> – algum incômodo presente, mas não muito                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderado</b> – incomoda, mas ainda é tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Grave</b> – incomoda muito   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Extremo</b> – incômodo quase constante e muito intenso                     |

**5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase    Atual

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>0 = Nenhuma interferência</b>  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>1 = Mínima</b> , leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance            |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>2 = Média</b> , alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>3 = Moderada</b> , interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>4 = Interferência Grave</b> , causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais                                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>5 = Interferência Extrema</b> , incapacitante.   |

### **Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas**

**1. Quão grave estas obsessões e compulsões foram na última semana?** Avalie a gravidade dos sintomas de 1 a 10, sendo “10” o mais grave e “1” o melhor (menos grave) desde que você começou a ter estes sintomas. \_\_\_\_\_ Avaliação (1-10)

**2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões?** Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 62 a 88).

---



---

**3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhum**
- 1 = Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
- 2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia** - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
- 3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia** – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
- 4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia** – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
- 5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia** – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

**4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam?** Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas dessa dimensão (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação).

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhum incômodo**
- 1 = Mínimo** – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
- 2 = Médio** – algum incômodo presente, mas não muito
- 3 = Moderado** – incomoda, mas ainda é tolerável
- 4 = Grave** – incomoda muito
- 5 = Extremo** – incômodo quase constante e muito intenso.

**5. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa dessas obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Pior fase    Atual

- 0 = Nenhuma interferência**
- 1 = Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- 2 = Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- 3 = Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- 4 = Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- 5 = Interferência Extrema**, incapacitante.

## Gravidade Global das Obsessões e Compulsões

**1. Quanto de seu tempo é ocupado por obsessões e compulsões?** Ou quão freqüentemente estes pensamentos e compulsões ocorrem? Certifique-se de que incluiu o tempo gasto com comportamentos de evitação.

Atual

A.

- 0 = **Nenhum**
- 1 = **Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
- 2 = **Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia** - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
- 3 = **Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia** – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
- 4 = **Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia** – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
- 5 = **Sempre, mais do que 8 horas/dia** – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

**Quanto incômodo as obsessões e compulsões relacionadas causam?** Na maior parte dos casos, o incômodo é caracterizado por ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão. Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere o incômodo ou desconforto relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) de todas as dimensões.

Atual

- 0 = **Nenhum incômodo**
- 1 = **Mínimo** – quando os sintomas estão presentes eles incomodam minimamente
- 2 = **Médio** – algum incômodo presente, mas não muito
- 3 = **Moderado** – incomoda, mas ainda é tolerável
- 4 = **Grave** – incomoda muito
- 5 = **Extremo** – incômodo quase constante e incapacitante

**3. Quanto estas obsessões e compulsões relacionadas interferem em sua vida familiar, relações com amigos ou habilidade de realizar bem suas atividades no trabalho ou na escola?** Há alguma coisa que você não possa fazer por causa das obsessões ou compulsões relacionadas? Quanto esses sintomas incomodam outras pessoas e afetam suas relações com elas? Se você evita coisas por causa destes pensamentos, por favor inclua a interferência resultante desta evitação. Se você não está atualmente estudando ou trabalhando, quanto sua performance seria afetada se você estivesse trabalhando ou estudando?

Atual

- 0 = **Nenhuma interferência**
- 1 = **Mínima**, leve interferência em atividades sociais e ocupacionais, de um modo geral não interfere na performance
- 2 = **Média**, alguma interferência em atividades ocupacionais ou sociais, de um modo geral a performance é afetada em algum grau
- 3 = **Moderada**, interferência bem definida em atividades ocupacionais e sociais mas ainda tolerável
- 4 = **Interferência Grave**, causa grande interferência nas atividades sociais e ocupacionais
- 5 = **Interferência Extrema**, incapacitante.

## Avaliação Clínica de Prejuízo

**Finalmente**, gostaríamos que você pensasse sobre quanto prejuízo estes sintomas têm causado à auto-estima do paciente, à sua habilidade de lidar com as dificuldades e ao funcionamento social e profissional. Por favor, escolha o melhor valor entre 0-15, incluindo os que estão entre os pontos de corte abaixo.

**0 NADA.** Nenhum prejuízo causado pela presença de sintomas obsessivo-compulsivos.

**3 MÍNIMO.** Obsessões e compulsões associadas com súbitas dificuldades na auto-estima, vida social, aceitação social, ou funcionamento escolar ou profissional (desconforto ou preocupações ocasionais sobre as obsessões e compulsões em situações futuras, periódicas). Leve aumento nas tensões familiares por causa das obsessões e compulsões. Amigos ou conhecidos podem ocasionalmente perceber ou comentar sobre as obsessões e compulsões de uma maneira desconcertada.

**6 LEVE.** As obsessões e compulsões estão associadas com pequenas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico ou profissional.

**9 MODERADO.** As obsessões e compulsões estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico e profissional. Episódios de disforia, períodos de tensão ou desavenças familiares, choros freqüentes de pares ou evitações sociais episódicas. Interferência periódica na escola ou na performance profissional por causa das obsessões e/ou das compulsões.

**12 MARCADO.** As obsessões e compulsões estão associadas com dificuldades importantes na auto-estima, na vida familiar, aceitação social e funcionamento acadêmico e profissional.

**15 GRAVE.** As obsessões e compulsões estão associadas com extremas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico ou profissional. Depressão grave com ideação suicida, rupturas familiares (separação/divórcio, mudanças de residências), rupturas de relacionamentos. Vida gravemente restrita por causa dos sintomas obsessivo-compulsivos, de estigma social ou evitação social, abandono de escola ou perda de trabalho.

### TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS

Dimensões de sintomas	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Total (0-15)
Contaminação e Limpeza				
Colecionamento				
Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo				
Agressão, Violência e Desastres Naturais				
Sexual e Religião				
Diversas				

### DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL

	Tempo (0-5)	Incômodo (0-5)	Interferência (0-5)	Prejuízo (0-15)	Total (0-30)
Todas as obsessões e compulsões					

**QUESTIONÁRIO TS-OC (YGTSS e Y-BOCS)**  
**2ª VERSÃO DA TRADUÇÃO BRASILEIRA - YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE –**  
**YGTSS**

*A.2. – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TIQUES*

**NÚMERO DE TIQUES**

**Número (0 a 5)**

**Motor**

Atual

- 0 = **Nenhum**
- 1 = **Tique único**
- 2 = **Tiques múltiplos e distintos** (2 a 5)
- 3 = **Tiques múltiplos e distintos** (> 5)
- 4 = **Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração** de tiques múltiplos simultâneos ou seqüenciais, difíceis de distinguir dos tiques discretos
- 5 = **Tiques múltiplos e distintos com vários** (mais do que 2) **paroxismos orquestrados** de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de distinguir

**Número (0 a 5)**

**Fônico ou vocal**

Atual

- 0 = **Nenhum**
- 1 = **Tique único**
- 2 = **Tiques múltiplos e distintos** (2 a 5)
- 3 = **Tiques múltiplos e distintos** (> 5)
- 4 = **Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração** de tiques múltiplos simultâneos ou seqüenciais, tornando-se difícil distingui-los dos tiques discretos.
- 5 = **Tiques múltiplos e distintos com vários** (mais do que 2) **paroxismos orquestrados** de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de serem distinguidos.

**FREQÜÊNCIA DOS TIQUES**

1. Durante a última semana, qual foi o maior período que você ficou sem tiques **MOTORES?** (NÃO considerar o tempo em que esteve dormindo)

Atual

- 0 = **Sempre sem tiques.** Sem evidência de tique motor
- 1 = **Raramente.** Tiques motores ocorrem esporadicamente, raramente todos os dias; os períodos livres de tiques duram vários dias
- 2 = **Ocasionalmente.** Tiques motores estão presentes quase que diariamente. “Ataques” de tiques podem ocorrer, mas não duram mais que alguns minutos. Intervalo sem tiques dura a maior parte do dia
- 3 = **Freqüentemente.** Tiques motores estão presentes diariamente. Intervalos de até 3 horas sem tiques não são raros
- 4 = **Quase sempre.** Tiques motores estão presentes em quase todas as horas do dia e os “ataques” de tiques ocorrem regularmente. Os intervalos sem tiques não são freqüentes e podem durar meia hora cada vez
- 5 = **Sempre.** Tiques motores estão presentes todo o tempo. Os intervalos são difíceis de serem identificados e na maioria das vezes não duram mais do que 5 a 10 minutos.

2. Durante a última semana, qual foi o maior período que você ficou sem tiques **FÔNICOS**? (NÃO considerar o tempo em que esteve dormindo)

Atual

- o 0 = **Sempre sem**. Sem evidência de tiques fônicos
- o 1 = **Raramente**. Tiques fônicos ocorrem esporadicamente, raramente todos os dias. Os intervalos duram vários dias
- o 2 = **Ocasionalmente**. Tiques fônicos podem ocorrer quase que diariamente. “Ataques” de tiques podem ocorrer, mas não duram mais que alguns poucos minutos. Os intervalos livres de tiques duram a maior parte do dia
- o 3 = **Freqüentemente**. Tiques fônicos estão presentes diariamente. Intervalos de até 3 horas não são raros
- o 4 = **Quase sempre**. Tiques fônicos estão presentes em quase todas as horas do dia, todos os dias e os “ataques” de tiques ocorrem regularmente. Os intervalos não são freqüentes e podem durar meia hora
- o 5 = **Sempre**. Tiques fônicos estão presentes durante todo o tempo. Os intervalos são difíceis de serem identificados e na maioria das vezes não duram mais do que 5 a 10 minutos.

## INTENSIDADE DOS TIQUES

1. Durante a última semana, qual foi a intensidade (força) dos seus tiques **MOTORES**?

Atual

- o 0 = **Ausente**. Sem evidência de tiques motores
- o 1 = **Mínima**. Tiques podem não ser percebidos por outros porque eles têm intensidade mínima
- o 2 = **Suave**. Tiques não são mais fortes do que as ações voluntárias comparadas e não são observados por outros por sua intensidade suave
- o 3 = **Moderada**. Tiques são mais fortes do que as ações voluntárias comparáveis, mas não além do padrão normal de expressão quando comparados com ações voluntárias. Podem chamar a atenção por apresentarem certa força
- o 4 = **Marcada**. Tiques são mais fortes que as ações voluntárias comparáveis e têm tipicamente um caráter exagerado. Tais tiques chamam a atenção porque são fortes e exagerados no seu caráter
- o 5 = **Grave**. Tiques são extremamente fortes e exagerados em sua expressão. Esses tiques chamam a atenção e podem resultar em risco de lesão física (acidental, provocada ou auto-infligida) devido à sua força na expressão.

2. Durante a última semana, qual a intensidade de seus tiques **FÔNICOS**?

Atual

- o 0 = **Ausentes**. Sem evidência de tiques fônicos
- o 1 = **Mínima**. Tiques não são audíveis pelos outros, pois sua intensidade é mínima
- o 2 = **Suave**. Tiques não são mais barulhentos do que as emissões voluntárias, não sendo observadas pela sua intensidade leve
- o 3 = **Moderada**. Tiques são mais barulhentos do que as emissões voluntárias, mas não estão além do esperado na expressão normal de vozes. Eles podem chamar a atenção pelo seu caráter barulhento
- o 4 = **Marcada**. Tiques são mais barulhentos do que as emissões voluntárias e tipicamente têm um caráter exagerado, chamando a atenção pelo exagero e pelo barulho
- o 5 = **Grave**. Tiques são extremamente barulhentos e exagerados na expressão, estes tiques chamam a atenção para o indivíduo

## COMPLEXIDADE (0 A 5)

## Motor

Atual

- o 0 = **Nenhuma**. Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado).
- o 1 = **Limítrofe**. Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos mínimos e breves, tais como arrumar, que podem ser prontamente camuflados.
- o 2 = **Leve**. Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos breves, tais como arrumar, que podem ser prontamente camuflados.
- o 3 = **Moderada**. Alguns tiques são mais complexos (com significado e mais prolongados) e podem ocorrer crises de orquestração que seriam difíceis de camuflar, mas podem ser racionalizados ou explicados como comportamentos normais (pegar, bater).
- o 4 = **Marcada**. Alguns tiques são muito complexos e tendem a ocorrer em crises prolongadas de orquestração que seriam difíceis de camuflar e não poderiam ser facilmente racionalizados como comportamentos normais, pela sua duração ou pela sua impropriedade, bizarria e caráter obscuro (uma prolongada contorção facial, toques em genitália)
- o 5 = **Grave**. Alguns tiques envolvem crises lentas de comportamento orquestrado que seriam impossíveis de serem camufladas ou racionalizadas como normais pela sua duração ou extrema impropriedade, raridade, bizarria ou caráter obscuro (prolongadas exposições envolvendo copropraxia ou auto-injúria).

## COMPLEXIDADE (0 A 5)

## Vocal

Atual

- o 0 = **Nenhuma**. Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado)
- o 1 = **Limítrofe**. Alguns tiques não são claramente simples
- o 2 = **Leve**. Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos breves, tais como emitir sílabas ou sons breves e sem sentido tais como “ah, ah”, que podem ser prontamente camufladas
- o 3 = **Moderada**. Alguns tiques são mais complexos (com significado e mais prolongados) e podem ocorrer crises de orquestração que seriam difíceis de camuflar mas podem ser racionalizados ou explicados como fala normais (dizer “você aposta” ou “querida” e breve ecolalia)
- o 4 = **Marcada**. Alguns tiques são muito complexos e tendem a ocorrer em crises prolongadas de orquestração que seriam difíceis de camuflar e não poderiam ser facilmente racionalizados como falas normais, pela sua duração ou pela sua impropriedade, bizarria e caráter obscuro (uma prolongada palilalia, ecolalia, falas atípicas, longos períodos dizendo “o que você pretende” repetidamente ou dizer “foda-se” ou “merda”)
- o 5 = **Grave**. Alguns tiques envolvem crises lentas de fala que seriam impossíveis de serem camufladas ou racionalizadas como normais pela sua duração ou extrema impropriedade, raridade, bizarria ou caráter obscuro (prolongadas exposições ou emissões vocais freqüentemente envolvendo copropraxia, auto-injúria ou coprolalia)

## INTERFERÊNCIA.

## Motor

1. Durante a última semana, os tiques motores interromperam ou atrapalharam o que você estava fazendo? Marque uma opção para cada coluna

Atual

- o 0 = **Nenhuma**
- o 1 = **Mínima** - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- o 2 = **Leve** - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- o 3 = **Moderada** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- o 4 = **Marcada** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala e ocasionalmente interrompem a intenção de agir ou se comunicar
- o 5 = **Grave** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

## INTERFERÊNCIA.

## Vocal

1. Durante a última semana, os tiques vocais interromperam ou atrapalharam o que você estava fazendo?

Marque uma opção para cada coluna

Atual

- 0 = **Nenhuma**
- 1 = **Mínima** - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- 2 = **Leve** - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- 3 = **Moderada** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
- 4 = **Marcada** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala e ocasionalmente interrompem a intenção de agir ou se comunicar
- 5 = **Grave** - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

## COMPROMETIMENTO GERAL (considerar todos os tiques presentes)

Atual

- 0 = **Nenhum**
- 10 = **Mínimo**. Tiques estão associados a discretas dificuldades na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola (infreqüente tristeza ou preocupação sobre a evolução futura dos tiques, leve aumento na tensão familiar por causa dos tiques, ocasionalmente amigos ou conhecidos observam e comentam sobre os tiques com consternação)
- 20 = **Leve**. Tiques estão associados com dificuldades menores na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola
- 30 = **Moderado**. Tiques estão associados claramente com problemas na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola (episódios de disforia, períodos de estresse e revolta na família, freqüente gozação por companheiros ou episódios de afastamento social, interferência periódica no desempenho escolar ou do trabalho por causa dos tiques)
- 40 = **Marcado**. Tiques estão associados com dificuldades graves na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola
- 50 = **Grave**. Tiques estão associados com extrema dificuldade com a auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento escolar ou trabalho (grave depressão com ideação suicida, desmantelamento familiar (separação /divórcio, mudança residencial), rompimento social, grave restrição da vida pelo estigma e afastamento social, troca escolar ou perda de emprego)

## RESULTADO DA YALE GLOBAL TIC SEVERTY SCALE (YGTSS)

	Número	Frequência	Intensidade	Complexidade	Interferência
<b>a. Tiques motores</b>					
<b>b. Tiques fônicos</b>					
<b>c. Total para todos os tiques</b>					

**Total dos tiques** (NÚMERO + FREQUÊNCIA + INTENSIDADE + COMPLEXIDADE + INTERFERÊNCIA) = \_\_\_\_\_

ÍNDICE DE COMPROMETIMENTO GERAL PELOS TIQUES = \_\_\_\_\_

GRAVIDADE GERAL (Nº TOTAL DE TIQUES + comprometimento) = \_\_\_\_\_

### INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Desenvolvido por: Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; et al. An Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na **SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.**

Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1.     0 = não me sinto triste  
        1 = sinto-me triste  
        2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto  
        3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
  
2.     0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro  
        1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro  
        2 = sinto que não tenho nada por que esperar  
        3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
  
3.     0 = não me sinto fracassado(a)  
        1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio  
        2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos  
        3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa

4.  0 = obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer  
 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar  
 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma  
 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5.  0 = não me sinto particularmente culpado(a)  
 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo  
 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo  
 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo
6.  0 = não sinto que esteja sendo punido(a)  
 1 = sinto que posso ser punido(a)  
 2 = espero ser punido(a)  
 3 = sinto que estou sendo punido(a)
7.  0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)  
 1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)  
 2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)  
 3 = eu me odeio
8.  0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa  
 1 = critico minhas fraquezas ou erros  
 2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas  
 3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9.  0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar  
 1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante  
 2 = gostaria de me matar  
 3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10.  0 = não costumo chorar mais do que o habitual  
 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes  
 2 = atualmente choro o tempo todo  
 3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
11.  0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época  
 1 = fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava  
 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo  
 3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12.  0 = não perdi o interesse nas outras pessoas  
 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas  
 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas  
 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13.  0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época  
 1 = adio minhas decisões mais do que costumava  
 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes  
 3 = não consigo mais tomar decisões
14.  0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser  
 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos  
 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos  
 3 = considero-me feio(a)

15.  0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes  
 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa  
 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa  
 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16.  0 = durmo tão bem quanto de hábito  
 1 = não durmo tão bem quanto costumava  
 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir  
 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17.  0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito  
 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava  
 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa  
 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18.  0 = o meu apetite não está pior do que de hábito  
 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser  
 2 = meu apetite está muito pior agora  
 3 = não tenho mais nenhum apetite
19.  0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente  
 1 = perdi mais de 2,5 kg # *estou por vontade própria*  
 2 = perdi mais de 5,0 kg *tentando perder peso,*  
 3 = perdi mais de 7,0 kg *comendo menos:  sim  não*
20.  0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde  
 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre  
 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso  
 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21.  0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual  
 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava  
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente  
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

**INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BECK-A)**

Desenvolvido por: Beck, AT.; Epstein N., et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 1988;55 893-897.

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Marque com um **X** os espaços correspondentes a cada sintoma.

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	<b><u>Ausente</u></b>	<b><u>Leve,</u> não me incomoda muito</b>	<b><u>Moderado,</u> é desagradável mas consigo suportar</b>	<b><u>Grave,</u> quase não consigo suportar</b>
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão				
19. desmaio / "cabeça leve"				
20. rosto quente / enrubescido				
21. suor frio / quente				

TOTAL: \_\_\_\_\_

2a Versão Brasileira do Questionário de  
Qualidade de Vida SF-36

Versão Brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 – da Mota Falcão D; Ciconelli R M; ferraz MB, 2003 – Tradução e Adaptação Cultural Brasileira.

## Sua Saúde e Bem-Estar

Este questionário lhe pergunta sua opinião sobre sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente, e como você é capaz de desempenhar suas atividades usuais. *Muito obrigado por responder a este questionário!*

Por favor, para cada uma das perguntas a seguir marque com um  o quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano	Um pouco melhor agora do que há um ano	Quase a mesma de um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano	Muito pior agora do que há um ano
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**3. As seguintes perguntas são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum. A sua saúde limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto?**

Sim, limita muito	Sim, limita um pouco	Não, não limita nem um pouco
▼	▼	▼

- a Atividades vigorosas, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos .....  1 .....  2 .....  3
- b Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar.....  1 .....  2 .....  3
- c Levantar ou carregar compras de supermercado .....  1 .....  2 .....  3
- d Subir vários lances de escada .....  1 .....  2 .....  3
- e Subir um lance de escada .....  1 .....  2 .....  3
- f Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.....  1 .....  2 .....  3
- g Andar mais de 1 quilômetro .....  1 .....  2 .....  3
- h Andar várias centenas de metros .....  1 .....  2 .....  3
- i Andar cem metros .....  1 .....  2 .....  3
- j Tomar banho ou vestir-se .....  1 .....  2 .....  3

**4. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de sua saúde física?**

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b Realizou menos do que você gostaria? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- d Teve dificuldade em fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

**5. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou com alguma outra atividade diária, por causa de qualquer problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?**

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

- a Diminuiu o tempo em que você trabalhava ou fazia outras atividades? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b Realizou menos do que você gostaria? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c Trabalhou ou fez qualquer outra atividade sem o cuidado habitual? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

6. Nas últimas 4 semanas, o quanto sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos, vizinhos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor no corpo você teve nas últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Severa	Muito severa
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Nas últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

De forma nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas perguntas são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo...

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a	1	2	3	4	5
b	1	2	3	4	5
c	1	2	3	4	5
d	1	2	3	4	5
e	1	2	3	4	5
f	1	2	3	4	5
g	1	2	3	4	5
h	1	2	3	4	5
i	1	2	3	4	5

10. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
1	2	3	4	5

11. O quão VERDADEIRA ou FALSA é cada uma das seguintes afirmações para você?

Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
▼	▼	▼	▼	▼

- a Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do que outras pessoas .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c Eu acho que minha saúde vai piorar .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- d Minha saúde é excelente .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

*Muito obrigado por responder a este questionário!*

# **ESCALA DE ADEQUAÇÃO SOCIAL – EAS**

- Weissman & Payket, 1974 -

Gostaríamos de saber como você se sentiu no seu trabalho, lazer e vida familiar nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Não existem respostas certas ou erradas neste questionário.

Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas **duas últimas semanas**.

---

## **TRABALHO FORA DE CASA.**

*Assinale a resposta que melhor se adapta a sua condição.*

- Eu:**
- 1 • sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo
  - 2 • trabalho em casa sem remuneração (prendas domésticas)
  - 3 • sou estudante
  - 4 • sou aposentado
  - 5 • estou desempregado

**Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?**

- 1 • sim
- 2 • não

**Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?**

- 1 • sim
- 2 • não

*Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.*

**1. Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?**

- 1 • não perdi nenhum dia
- 2 • perdi um dia
- 3 • perdi cerca de metade do tempo de trabalho
- 4 • perdi mais da metade do tempo de trabalho, mas trabalhei pelo menos um dia
- 5 • não trabalhei nenhum dia
- 8 • estive de férias nesse período

*Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas pule para a Questão 7.*

**2. Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?**

- 1 • fiz meu trabalho muito bem
- 2 • fiz meu trabalho bem, porém tive algumas Pequenas dificuldades
- 3 • necessitei de auxílio no trabalho e cerca de metade do tempo não o fiz adequadamente
- 4 • fiz meu trabalho de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 • fiz meu trabalho de maneira inadequada durante o tempo todo

**3. Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?**

- 1 • em nenhum momento me senti envergonhado
- 2 • uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
- 3 • cerca de metade do tempo me senti envergonhado
- 4 • senti-me envergonhado a maior parte do tempo
- 5 • senti-me envergonhado o tempo todo

**4. Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?**

- 1 • não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
- 2 • no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 • tive mais de uma discussão
- 4 • tive várias discussões
- 5 • tive discussões constantemente

**5. Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?**

- 1 • em nenhum momento me senti assim
- 2 • senti-me assim uma ou duas vezes
- 3 • senti-me assim cerca de metade do tempo
- 4 • senti-me assim a maior parte do tempo
- 5 • senti-me assim o tempo todo

**6. Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?**

- 1 • meu trabalho foi interessante praticamente o tempo todo
- 2 • uma ou duas vezes meu trabalho não Foi interessante
- 3 • cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 • meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 • meu trabalho não foi interessante o tempo todo

**TRABALHO EM CASA - AS DONAS DE CASA DEVEM RESPONDER AS QUESTÕES DE 7 A 12 - OS DEMAIS SIGAM PARA A QUESTÃO 13.**

**7. Quantos dias você realizou tarefas**

**domésticas nas duas últimas semanas ?**

- 1 • diariamente
- 2 • realizei tarefas domésticas quase todos os dias
- 3 • realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
- 4 • no geral não realizei tarefas domésticas
- 5 • fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
- 8. • estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8. Nas duas últimas semanas você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como, cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros, etc?

- 1 • realizei as tarefas muito bem
- 2 • realizei as tarefas bem porém, tive pequenas dificuldades
- 3 • necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 • fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 • fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

**9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu**

**desempenho nas tarefas domésticas nas duas últimas semanas?**

- 1 • em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 • uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado(a)
- 3 • cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 • senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 • senti-me envergonhado(a) o tempo todo

**10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos nas duas últimas semanas?**

- 1 • não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
- 2 • no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 • tive mais de uma discussão
- 4 • tive várias discussões
- 5 • tive discussões constantes

**11. Você se sentiu incomodado(a) com o seu trabalho doméstico nas duas últimas semanas?**

- 1 • em nenhum momento me senti incomodado(a)
- 2 • senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
- 3 • senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
- 4 • senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
- 5 • senti-me incomodado(a) o tempo todo

**12. Você achou seu trabalho doméstico**

**interessante nas duas últimas semanas?**

- 1 • meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
- 2 • uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 • cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 • meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 • meu trabalho não foi interessante o tempo todo

---

**ESTUDANTES**

*Responda as Questões 13-18 se você frequenta escola por meio período ou mais. Caso contrário pule para a Questão 19.*

Quanto tempo você permanece na escola?

- 1 • período integral
- 2 • mais que meio período
- 3 • meio período

*Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.*

**13. Quantos dias de aula você perdeu nas duas últimas semanas?**

- 1 • não perdi nenhum dia
- 2 • perdi poucos dias de aula
- 3 • perdi cerca de metade do tempo de aula
- 4 • perdi mais da metade do tempo de aula
- 5 • não fui à escola nenhum dia
- 8 • estive de férias nesse período

**14. Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?**

- 1 • fiz minhas tarefas muito bem
- 2 • fiz minhas tarefas porém tive pequenas dificuldades
- 3 • necessitei de ajuda nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 • fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 • fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

**15. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?**

- 1 • em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 • uma ou duas vezes me senti envergonhado(a)
- 3 • cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 • senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 • senti-me envergonhado(a) o tempo todo

**16. Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?**

- 1 • não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
- 2 • no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 • tive mais de uma discussão
- 4 • tive várias discussões
- 5 • tive discussões constantes
- 8 • não se aplica, não freqüentei a escola no período

**17. Você teve algum aborrecimento na escola nas duas últimas semanas?**

- 1 • em nenhum momento senti-me aborrecido(a)
- 2 • senti-me aborrecido(a) uma ou duas vezes
- 3 • senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 • senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- 5 • senti-me aborrecido(a) o tempo todo
- 8 • não se aplica, não freqüentei a escola no período

**18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?**

- 1 • minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
- 2 • uma ou duas vezes minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 3 • cerca de metade do tempo minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 4 • no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
- 5 • minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

**LAZER - TODOS DEVEM RESPONDER QUESTÕES 19-27**

*Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.*

**19. Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?**

- 1 • 9 ou mais amigos
- 2 • 5 a 8 amigos
- 3 • 2 a 4 amigos
- 4 • um amigo
- 5 • nenhum amigo

**20. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?**

- 1 • posso sempre falar sobre meus sentimentos
- 2 • no geral, posso falar sobre meus sentimentos
- 3 • consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 • com freqüência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 • em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
- 8 • não se aplica, não tenho amigos

**21. Nas duas últimas semanas quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, visitou amigos, foi ao cinema, a restaurantes, à igreja, convidou amigos para sua casa?**

- 1 • mais de 3 vezes
- 2 • 3 vezes
- 3 • 2 vezes
- 4 • uma vez
- 5 • nenhuma vez

**22. Quanto tempo você dedicou a suas atividades de lazer nas duas últimas semanas? Por exemplo, esportes, leitura, ouvir música, etc**

- 1 • dediquei a maior parte do tempo livre ao lazer praticamente todos os dias
- 2 • dediquei parte do tempo livre ao lazer em alguns dias
- 3 • dediquei pouco tempo livre ao lazer
- 4 • no geral não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti televisão
- 5 • não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti televisão

**23. Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semanas?**

- 1 • não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
- 2 • no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 • tive mais de uma discussão
- 4 • tive várias discussões
- 5 • tive discussões constantes
- 8 • não se aplica, não tenho amigos

**24. Se seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?**

- 1 • isso não me afetou ou não aconteceu
- 2 • superei em poucas horas
- 3 • superei em poucos dias
- 4 • superei em uma semana
- 5 • vai levar meses até que eu me recupere
- 8 • não se aplica, não tenho amigos

**25. Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?**

- 1 • sempre me senti confortável
- 2 • algumas vezes me senti desconfortável mas relaxei depois de pouco tempo
- 3 • senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
- 4 • no geral me senti desconfortável
- 5 • senti-me desconfortável o tempo todo
- 8 • não se aplica, não estive com outras pessoas

**26. Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?**

- 1 • não me senti solitário(a)
- 2 • senti-me solitário(a) algumas vezes
- 3 • senti-me solitário(a) cerca de metade do tempo
- 4 • no geral me senti solitário(a)
- 5 • o tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

**27. Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?**

- 1 • nunca me senti aborrecido(a)
- 2 • no geral não me senti aborrecido(a)
- 3 • senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 • no geral me senti aborrecido(a)
- 5 • senti-me aborrecido(a) o tempo todo

*Você é solteiro, separado ou divorciado que não mora com um parceiro sexual?*

- 1 • SIM, responda as questões **28 e 29**
- 2 • NÃO, pule para a questão **30**

**28. Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?**

- 1 • mais de 3 vezes
- 2 • 3 vezes
- 3 • 2 vezes
- 4 • uma vez
- 5 • nenhuma vez

**29. Você se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se você não os teve, gostaria de tê-los tido?**

- 1 • interessei-me por encontros o tempo todo
- 2 • a maior parte do tempo me interessei por encontros
- 3 • cerca de metade do tempo me interessei por encontros
- 4 • não me interessei por encontros a maior parte do tempo
- 5 • estive totalmente desinteressado em encontros

**FAMÍLIA**

*Responda as Questões 30-37 sobre seus pais, irmãos, irmãs, cunhados, sogros, e crianças que não moram em sua casa. Você esteve em contato com algum deles nas duas últimas semanas?*

- 1 • SIM, responda as questões **30-37**
- 2 • NÃO, pule para a questão **36**

**30. Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?**

- 1 • nos relacionamos bem o tempo todo
- 2 • no geral nos relacionamos bem, mas tive pequenas discussões
- 3 • tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
- 4 • tive várias discussões
- 5 • tive discussões constantes

**31. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?**

- 1 • posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente
- 2 • no geral posso falar sobre meus sentimentos
- 3 • consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 • com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 • nunca consegui falar sobre meus sentimentos

**32. Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?**

- 1 • procurei meus familiares regularmente
- 2 • procurei algum familiar pelo menos uma vez
- 3 • esperei que meus familiares me procurassem
- 4 • evitei meus familiares mas eles me procurassem
- 5 • não tenho contato com nenhum familiar

**33. Você dependeu de seus familiares para obter ajuda, conselhos, dinheiro, ou afeto nas duas últimas semanas?**

- 1 • em nenhum momento preciso ou dependo deles
- 2 • no geral não dependi deles
- 3 • dependi deles cerca de metade do tempo
- 4 • dependo deles a maior parte do tempo
- 5 • dependo completamente de meus familiares

**34. Você quis contrariar seus familiares a fim de provocá-los nas duas últimas semanas?**

- 1 • não quis contrariá-los
- 2 • uma ou duas vezes quis contrariá-los
- 3 • quis contrariá-los cerca de metade do tempo
- 4 • quis contrariá-los a maior parte do tempo
- 5 • eu os contrariei o tempo todo

**35. Você se preocupou, sem nenhuma razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?**

- 1 • não me preocupei sem razão
- 2 • me preocupei uma ou duas vezes
- 3 • me preocupei cerca de metade do tempo
- 4 • me preocupei a maior parte do tempo
- 5 • me preocupei o tempo todo
- 8 • não se aplica, não tenho familiares

**TODOS respondem as Questões 36 e 37, mesmo que não tenham familiares.**

**36. Nas duas últimas semanas você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?**

- 1 • não achei que os decepcionei em nada
- 2 • no geral não achei que os decepcionei
- 3 • cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
- 4 • a maior parte do tempo achei que os decepcionei
- 5 • o tempo todo achei que os decepcionei

**37. Em algum momento nas últimas duas semanas você achou que seus familiares o decepcionaram ou foram injustos com você?**

- 1 • em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 • no geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 • cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 • a maior parte do tempo achei que eles me decepcionaram
- 5 • tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

*Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?*

- 1 • SIM, responda as questões 38-46
- 2 • NÃO, pule para a questão 47

**38. Você teve algum tipo de discussão com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?**

- 1 • não tivemos nenhuma discussão e nos relacionamos muito bem
- 2 • no geral nos relacionamos bem, mas tivemos pequenas discussões
- 3 • tivemos mais de uma discussão
- 4 • tivemos várias discussões
- 5 • tivemos discussões constantemente

**39. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?**

- 1 • pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
- 2 • no geral pude falar sobre meus sentimentos
- 3 • consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 • com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 • em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos

**40. Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas duas últimas semanas?**

- 1 • eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 2 • no geral eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 3 • cerca da metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 4 • no geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 5 • o tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

**41. Você sentiu que seu companheiro(a) foi autoritário com você ou ficou "pegando no seu pé" nas duas últimas semanas?**

- 1 • quase nunca
- 2 • de vez em quando
- 3 • cerca de metade do tempo
- 4 • a maior parte do tempo
- 5 • o tempo todo

**42. Você se sentiu dependente de seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?**

- 1 • senti-me independente
- 2 • no geral senti-me independente
- 3 • senti-me um tanto dependente
- 4 • no geral senti-me dependente
- 5 • dependi de meu companheiro(a) para tudo

**43. Como você se sentiu em relação a seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?**

- 1 • senti afeto o tempo todo
- 2 • no geral senti afeto
- 3 • cerca de metade do tempo senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagrado
- 4 • no geral senti desagrado
- 5 • senti desagrado o tempo todo

**44. Quantas vezes você e seu companheiro(a) tiveram relações sexuais?**

- 1 • mais de 2 vezes por semana
- 2 • 1-2 vezes por semana
- 3 • 1 vez cada duas semanas
- 4 • menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
- 5 • nenhuma vez no último mês ou mais

**45. Você teve algum problema durante relações sexuais, tais como dor, nas duas últimas semanas?**

- 1 • nenhum
- 2 • uma ou duas vezes
- 3 • cerca de metade das vezes
- 4 • a maior parte das vezes
- 5 • todas as vezes
- 8 • não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

**46. Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas duas últimas semanas?**

- 1 • senti prazer todas as vezes
- 2 • no geral senti prazer
- 3 • senti prazer cerca de metade das vezes
- 4 • no geral não senti prazer
- 5 • não senti prazer nenhuma das vezes

**FILHOS**

*Nas duas últimas semanas estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?*

- 1 • SIM, responda as questões 47-50
- 2 • NÃO, pule para a questão 51

**47. Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer durante as duas últimas semanas?**

- 1 • interessei-me e estive ativamente envolvido o tempo todo
- 2 • no geral interessei-me e estive envolvido
- 3 • cerca de metade do tempo interessei-me
- 4 • no geral não me interessei
- 5 • estive desinteressado(a) o tempo todo

**48. Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semanas? (crianças maiores de 2 anos)**

- 1 • sempre consegui comunicar-me com eles
- 2 • no geral consegui comunicar-me com eles
- 3 • cerca de metade das vezes consegui comunicar-me com eles
- 4 • no geral não consegui comunicar-me com eles
- 5 • não consegui comunicar-me com eles
- 8 • não se aplica, não tenho filhos maiores de 2 anos

**49. Como você se relacionou com seus filhos nas duas últimas semanas?**

- 1 • não tive nenhuma discussão e me relacionei muito bem
- 2 • no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 • tive mais de uma discussão
- 4 • tive várias discussões
- 5 • tive discussões constantemente

**50. Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?**

- 1 • senti afeto o tempo todo
- 2 • no geral senti afeto
- 3 • cerca de metade do tempo senti afeto
- 4 • no geral não senti afeto
- 5 • em nenhum momento senti afeto

**VIDA FAMILIAR**

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos?

- 1 • SIM, responda as questões 51-53
- 2 • NÃO, pule para a questão 54

**51. Você se preocupou com seu companheiro(a) ou algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas, mesmo não estando morando juntos atualmente?**

- 1 • não me preocupei
- 2 • preocupei-me uma ou duas vezes
- 3 • preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 • preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 • preocupei-me o tempo todo
- 8 • não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

**52. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?**

- 1 • não achei que os decepcionei em nada
- 2 • no geral não senti que os decepcionei
- 3 • cerca de metade do tempo achei que os decepcionei
- 4 • a maior parte do tempo achei que os decepcionei
- 5 • eu os decepcionei completamente

**53. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?**

- 1 • em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 • no geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 • cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 • no geral achei que eles me decepcionaram
- 5 • tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

**SITUAÇÃO FINANCEIRA - TODOS RESPONDEM A QUESTÃO 54**

**54. Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família nas duas últimas semanas?**

- 1 • tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas
- 2 • no geral tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades
- 3 • cerca de metade do tempo tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado
- 4 • no geral não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado
- 5 • tive sérias dificuldades financeiras

**ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL**  
**Versão Adaptada para Apostila de Retorno – Guy W., 1976**

**MELHORA GLOBAL**

Comparando à condição do paciente no início do tratamento duplo-cego (Visita O, BASAL), qual o grau de alteração que ocorreu?

	TOC
1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

1.	Muito melhor
2.	Melhor
3.	Ligeiramente melhor
4.	Sem alteração
5.	Ligeiramente pior;
6.	Pior
7.	Muito pior

**CRITÉRIOS DE RESPOSTA AO TRATAMENTO DO TOC**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ :  
\_\_\_\_\_ (mês/ ano)

<b><u>DY-BOCS INICIAL</u></b>	<b><u>Y-BOCS INICIAL</u></b>	<b><u>ICG INICIAL</u></b>
<b><u>DY-BOCS 6 MESES</u></b>	<b><u>Y-BOCS 6 MESES</u></b>	<b><u>ICG 6 MESES</u></b>

# Redução do escore inicial da DY-BOCS > OU = A 35%    \_\_SIM \_\_NÃO

Y-BOCS > OU = A 35%    \_\_SIM \_\_NÃO

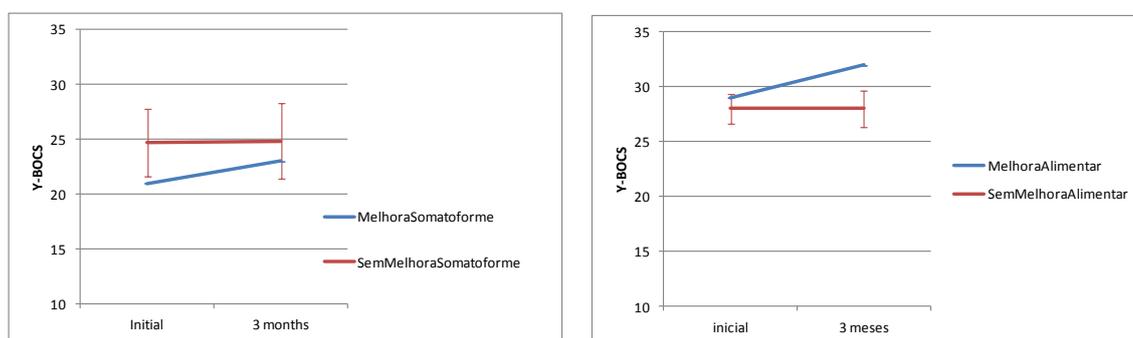
# Escore 1 ou 2 na ICG    \_\_SIM \_\_NÃO

## Anexo 6

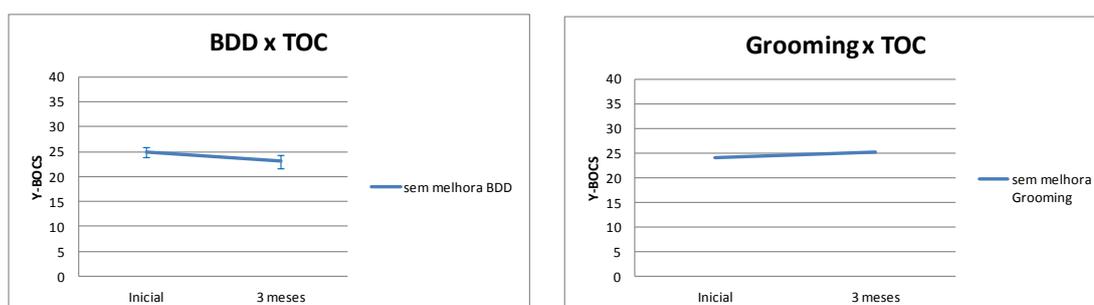
### Resultados extra

- **Amostra 3 meses**

A evolução dos demais grupos de transtornos psiquiátricos (somatoformes e alimentares) não mostrou associação significativa com a resposta ao tratamento do TOC. As figuras ilustrativas seguem abaixo.

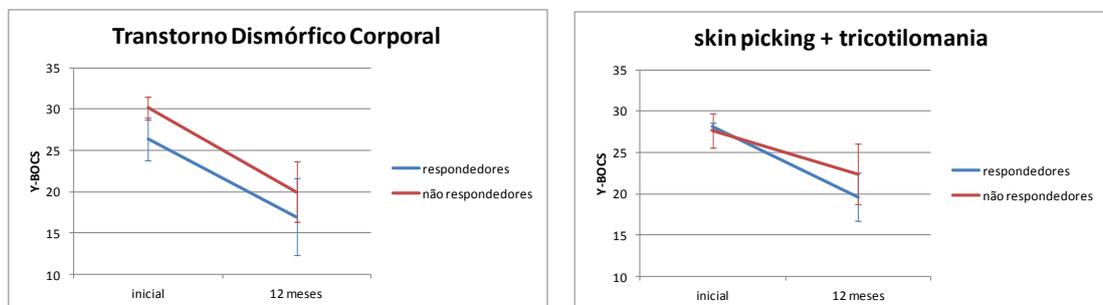


Análise específica dos outros transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (transtorno dismórfico corporal, tricotilomania e skin picking) não apresentou resultado significativo. Dos 51 pacientes avaliados após 3 meses de tratamento, 8 tinham transtorno dismórfico corporal, nenhum deles melhorou e um paciente relatou piora. Para este grupo, a redução da YBOCS foi muito pequena, de 3,4%. De 3 pacientes com skin picking e 1 paciente com tricotilomania, nenhum deles relatou melhora (relataram “sem alteração” – escore 4 CGI) após 3 meses de tratamento do TOC, diferente do transtorno dismórfico corporal, nenhum destes pacientes piorou, entretanto, neste houve uma leve piora dos escores da YBOCS, de -2,36%.



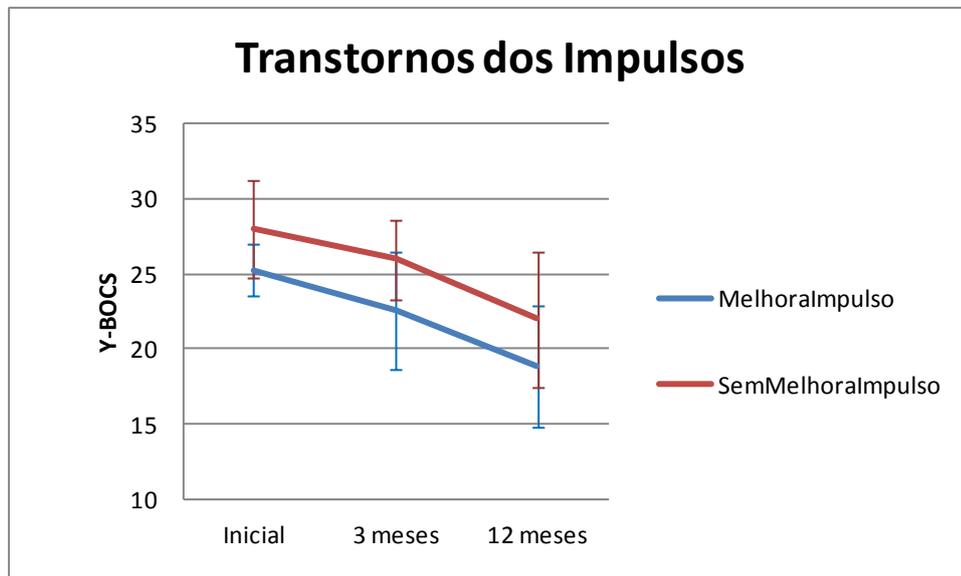
- **Amostra 12 meses**

Dentre os pacientes avaliados após 12 meses de tratamento, os que melhoraram do transtorno dismórfico corporal apresentaram média de redução da YBOCS de 38,8%, e portanto, também apresentaram melhora do TOC. Entre os que não melhoraram do transtorno dismórfico corporal, a média de redução da YBOCS foi de 31,7%, o que podemos considerar como uma leve melhora do TOC. Dos pacientes com transtornos de *grooming* (skin picking+tricotilomania), os que melhoraram destes transtornos se mostraram também levemente melhores do TOC, com porcentagem média de redução da YBOCS de 30,2%. Entre os que não melhoraram dos transtornos de *grooming*, a média de redução da YBOCS foi de 20,2%. (figuras abaixo).



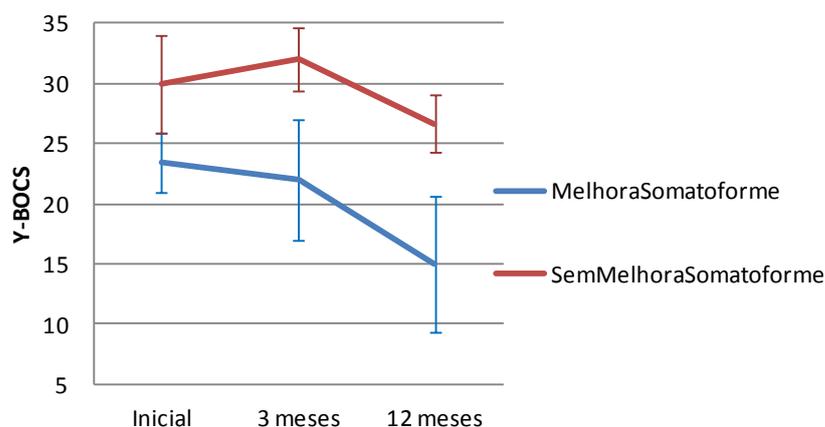
- **Amostra sobreposta**

Nenhuma associação significativa foi encontrada com os outros grupos diagnósticos, a saber: transtornos de controle dos impulsos (p-valor=0,425), transtornos somatoformes (p-valor=0,1573) e transtornos alimentares (p-valor=1), figuras a seguir.



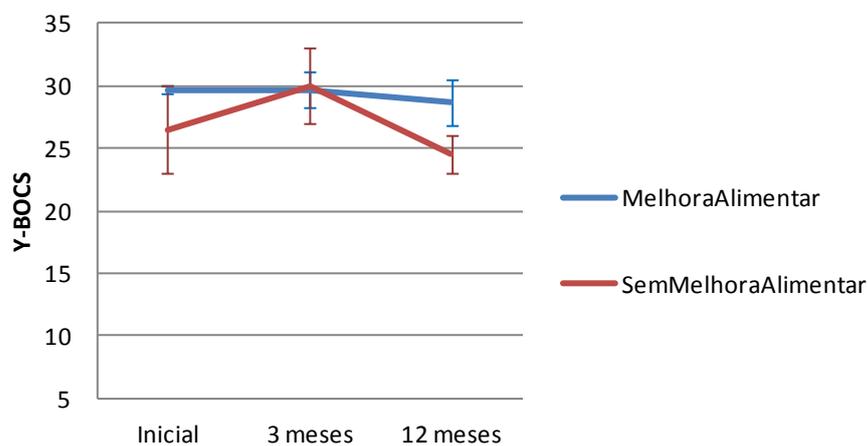
	MelhoraImpulso		SemMelhoraImpulso		p-value
	média	e.p.	média	e.p.	
YBOCSi	25,29	1,782	28,00	3,215	
YBOCS3m	22,57	3,891	26,00	2,646	
YBOCS12m	18,86	4,091	22,00	4,509	
% redução	26,74%	17,66%	16,24%	23,07%	0,425

## Transtornos Somatoformes



	MelhoraSomatoforme		SemMelhoraSomatoforme		p-value
	média	e.p.	média	e.p.	
YBOCSi	23,50	2,466	30,00	4,041	
YBOCS3m	22,00	5,050	32,00	2,646	
YBOCS12m	15,00	5,701	26,67	2,333	
% redução	41,92%	19,29%	8,84%	11,13%	0,1573

## Transtornos Alimentares

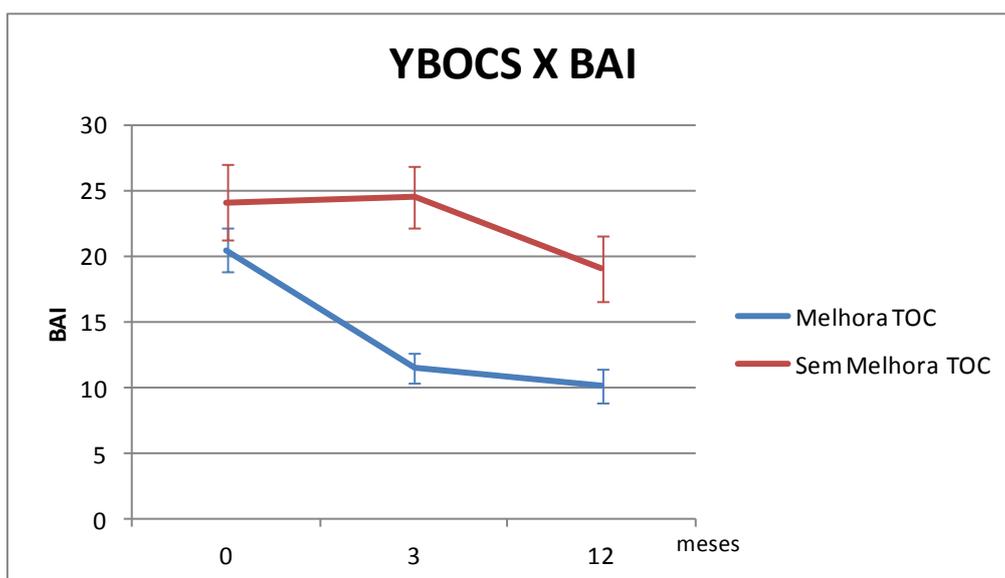
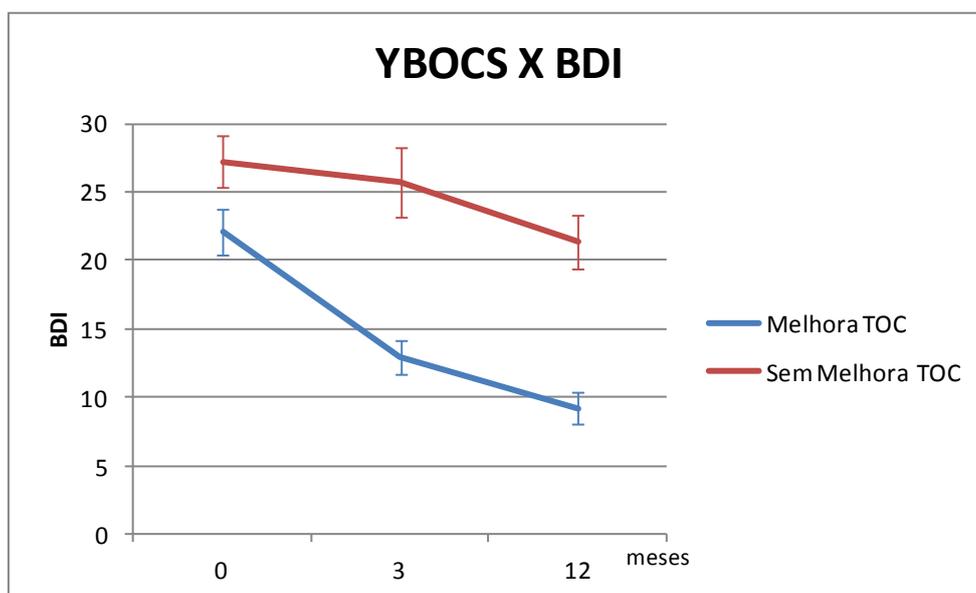


	MelhoraAlimentar		SemMelhoraAlimentar		p-value
	média	e.p.	média	e.p.	
YBOCSi	29,67	0,333	26,50	3,500	
YBOCS3m	29,67	1,453	30,00	3,000	
YBOCS12m	28,67	1,764	24,50	1,500	
% redução	3,37%	5,77%	5,14%	18,19%	1

### Sintomas depressivos e ansiosos, ao longo dos 3 e 12 meses de tratamento do TOC

O efeito de interação, tanto para escores da escala BDI (p-valor= 0,0126) como para escores da BAI (p-valor= 0,0085) indica que, embora tenha havido melhora dos sintomas depressivos e ansiosos em ambos os grupos (com resposta positiva e sem resposta para o TOC), a melhora maior e mais expressiva aconteceu para aqueles pacientes do grupo que também melhoraram do TOC, como pode ser melhor visualizado na figura abaixo.

Redução dos escores BDI e BAI associados com a redução dos escores YBOCS.



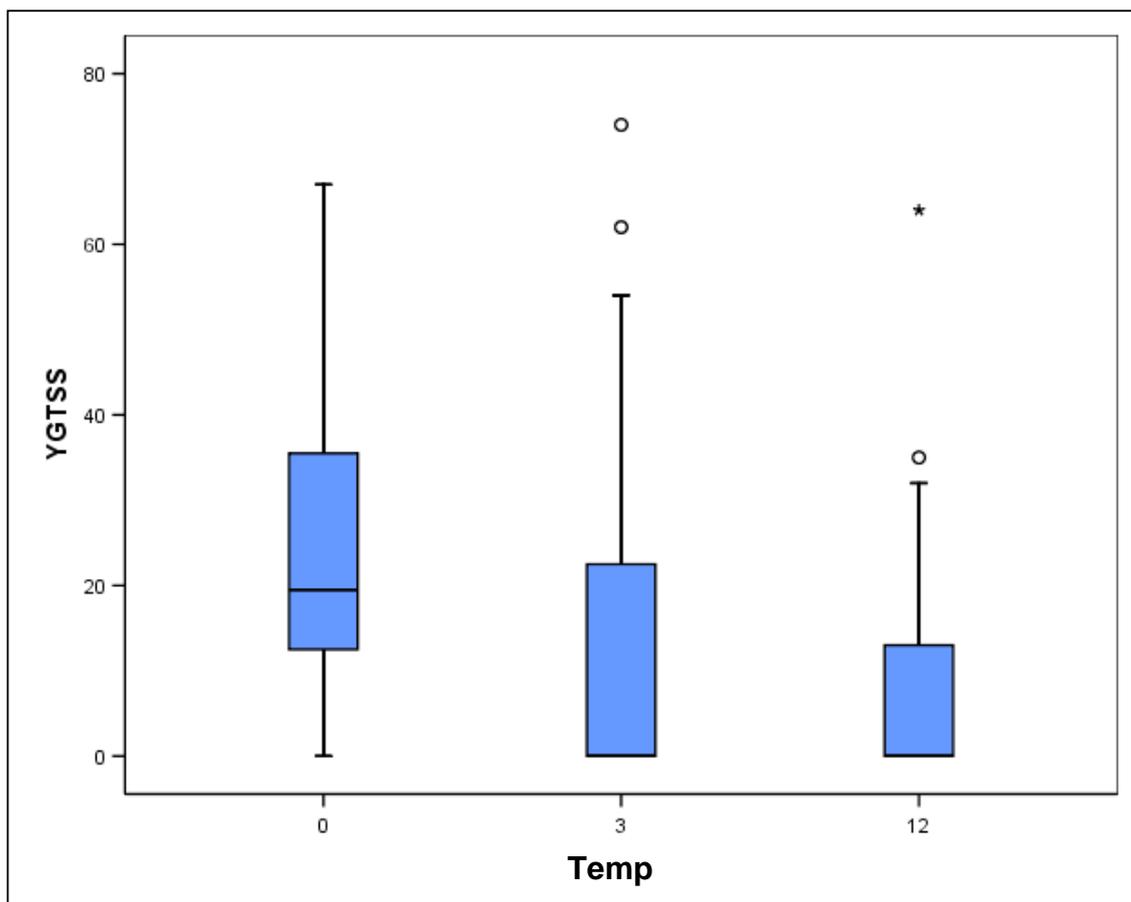
### *Transtornos de tiques ao longo dos 3 e 12 meses de tratamento do TOC*

Os transtornos de tiques, presentes em 26,7% da amostra inicial, apresentaram evolução significativamente associada com a resposta ao tratamento do TOC ( $p$ -valor=0,003), ao longo do tratamento do TOC.

	Inicial		3 meses		12 meses		p-value
	média	e.p.	média	e.p.	média	e.p.	
YGTSS	24,67	3,960	14,58	4,821	10,25	3,728	0,00288

A representação gráfica em box-plot a seguir ilustra a redução dos escores da escala YGTSS após três e doze meses de tratamento do TOC.

Redução dos escores YGTSS ao longo do tratamento do TOC.



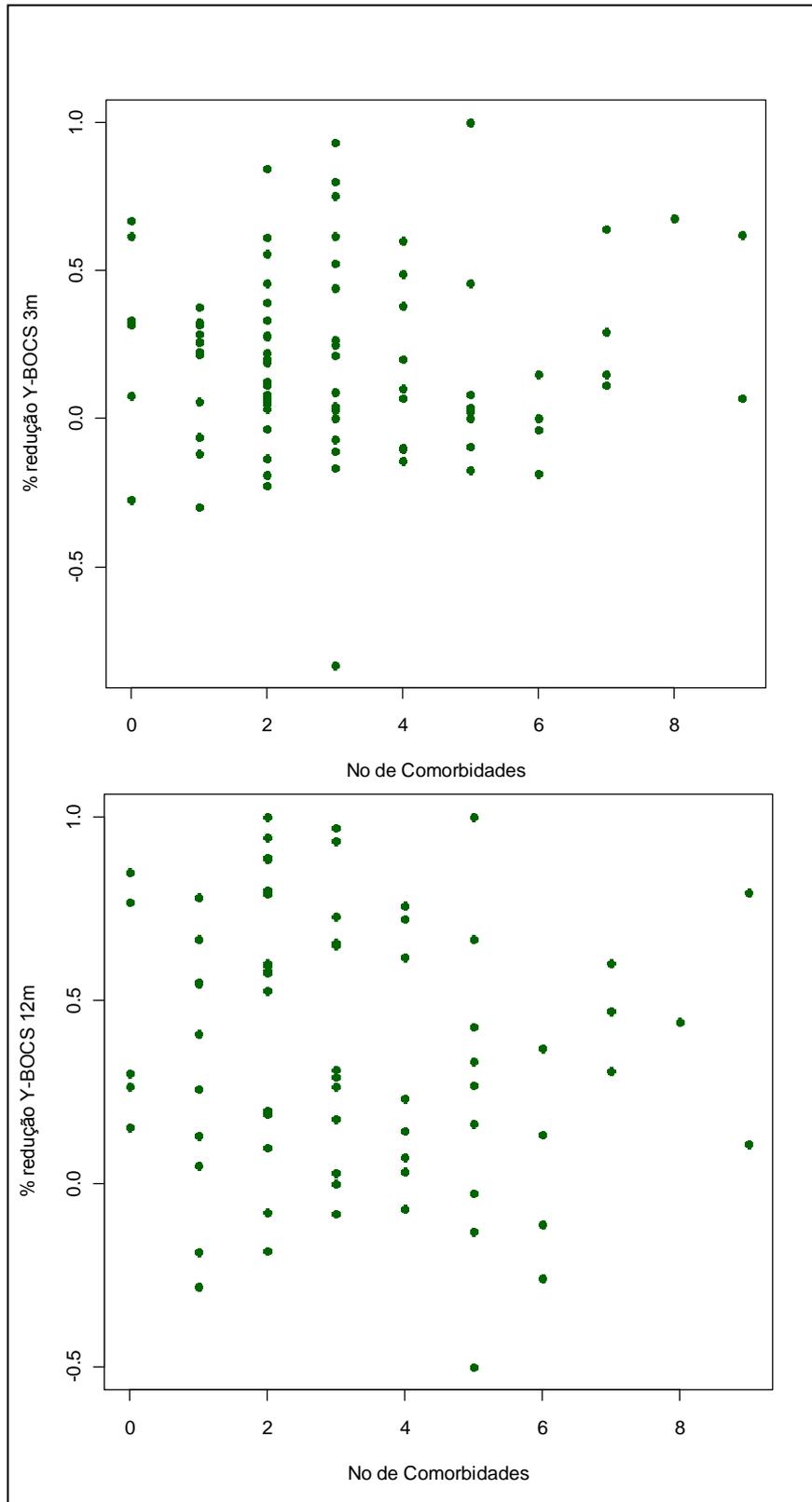
### *Número de comorbidades psiquiátricas e resposta do TOC*

Foram realizadas análises para investigar se quanto maior o número de transtornos psiquiátricos adicionais, pior seria a resposta ao tratamento do TOC. Para isso, foi utilizado o coeficiente de correlação de Kendall (não-paramétrico).

Para a amostra de 3 meses, de acordo com as análises, o coeficiente de correlação foi de -0,04851 (p-valor= 0,53730), indicando que o número de transtornos adicionais não esteve significativamente relacionado à resposta ao tratamento do TOC.

O mesmo aconteceu para a amostra de 12 meses. O coeficiente de correlação calculado foi de -0,07203 (p-valor= 0,39540). Os dados sugerem que o maior número de comorbidades psiquiátricas não esteve significativamente correlacionado à pior resposta ao tratamento do TOC. Esses dados podem ser melhor visualizados na figura a seguir.

Correlação entre número de comorbidades psiquiátricas e resposta ao tratamento do TOC



Testes qui-quadrado foram realizados para verificar a associação entre o número de transtornos psiquiátricos adicionais e o grau de resposta de cada grupo de comorbidades psiquiátricas. Os resultados obtidos não indicaram associação ente número de comorbidades e a resposta dos grupos de transtornos adicionais, para 3 e 12 meses de tratamento do TOC. A figura abaixo ilustra essa análise e demonstra, através dos p-valores, a não associação.

Associação ente número de comorbidades e resposta de cada grupo de transtornos adicionais.

	3 meses				12 meses		
	Nº Comorbidades		p=value		Nº Comorbidades		p=value
	1 ou 2	3 ou mais			1 ou 2	3 ou mais	
CGI Humor ≤ 2	3	5	1,00000	CGI Humor ≤ 2	12	18	0,03404
CGI Humor ≥ 3	6	13		CGI Humor ≥ 3	1	14	
CGI Ansiedade ≤ 2	5	5	0,43225	CGI Ansiedade ≤ 2	11	14	0,23217
CGI Ansiedade ≥ 3	7	17		CGI Ansiedade ≥ 3	6	18	
CGI Impulso ≤ 2	2	2	0,21888	CGI Impulso ≤ 2	1	16	1,00000
CGI Impulso ≥ 3	2	11		CGI Impulso ≥ 3	1	12	
CGI Somatoforme ≤ 2	0	1	1,00000	CGI Somtoforme ≤ 2	1	6	1,00000
CGI Somatoforme ≥ 3	1	6		CGI Somatoforme ≥ 3	1	8	
CGI Alimentar ≤ 2	0	1	-	CGI Alimentar ≤ 2	0	6	0,40017
CGI Alimentar ≥ 3	0	5		CGI Alimentar ≥ 3	1	3	