



## Divisão de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Medicina

Universidade de São Paulo

Autorizo a divulgação desta Tese na  
Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP

.....

São Paulo  
Ano

Maria Alice Simões de Mathis – Tese (Doutorado) - SP - 2011

Trajetória das co  
no transtorno ob

**Maria Alice Simões de Mathis**

**Trajetória das comorbidades no  
transtorno obsessivo-compulsivo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título  
de Doutor em Ciências

Programa de: Psiquiatria  
Orientador: Prof. Dr. Euripedes Constantino Miguel  
Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Conceição do Rosário

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

De Mathis, Maria Alice Simões

Trajetória das comorbidades no transtorno obsessivo-compulsivo / Maria Alice Simões de Mathis-- São Paulo, 2011.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Euripedes Constantino Miguel Filho.

Co-orientadora: Maria Conceição do Rosário.

*Dedico esta tese à minha família que sempre esteve ao meu lado, e eu amo muito. Meus pais, **Ruy de Mathis** e **Regina Célia Simões de Mathis**,  
minha irmã, **Maria Eugênia Simões de Mathis**.  
E aos meus sobrinhos que me trazem tantas alegrias: **Valentina e Francisco**.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador, **Eurípedes Constantino Miguel Filho**, por me acolher desde 2001 no PROTOC e que eu admiro desde sempre. Muito obrigada por tudo.

À minha co-orientadora **Maria Conceição do Rosário** por investir sua energia neste trabalho. Devo a você e ao Euri a minha gratidão.

À **Ana G. Hounie**, que mesmo à distância revisou inúmeras vezes todas as partes desta tese. Obrigada pelo apoio há tantos anos...

À **Roseli Gedanke Shavitt**, coordenadora do PROTOC, sempre pronta para me ouvir e me aconselhar, pessoalmente e profissionalmente.

À **Juliana Diniz** que me orientou com valiosas idéias e também se comprometeu com incontáveis revisões deste trabalho.

Ao professor Dr. **Carlos Alberto de Bragança Pereira**, meu amigo, conselheiro e referência na estatística. Também agradeço imensamente à equipe de estatística, que desde o planejamento do estudo se empenhou em descobrir caminhos para minhas perguntas: **Victor Fossaluzza** e **Soane Mota**.

Aos Líderes do C-TOC que abraçaram a idéia do Consórcio de TOC, junto com o Euri e Ceixa, e um dos resultados é esta tese: **Albina R Torres**, **Cristina Gonzales**, **Kátia Petribú**, **Leonardo Fontenelle**, **Ygor Ferrão**, **Aristides Cordioli**. Trabalhar com vocês desde 2003 é um enorme prazer. Obrigada por confiarem em mim a tarefa de gerenciar o C-TOC.

À dois psicólogos muito, muito especiais na minha vida: **Sonia Borcato** e **Nil Morais**.

Aos queridos amigos do PROTOC: **Priscila Chacon**, **Pedro de Alvarenga**, **Marinês Joaquim**, **Cecília Toledo**, **Helena Brentani**, **Cristina Belotto**, **Carolina Cappi**, **Carolina Valério**, **Daniel Costa**, **Antônio Carlos**

**Lopes, Marcelo Batistuzzo, Marcelo Hoexter.** Mesmo que indiretamente, tem um pouquinho de todos neste trabalho.

À **Idalina Shimoda e Carol D'Angelino**, que facilitaram as partes burocráticas de todo este percurso.

Ao professor **James Leckman**, que contribuiu com idéias e revisão deste trabalho e do artigo científico.

À querida **Puri**, por compartilhar comigo seu conhecimento nos cafés da manhã...

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo**, (FAPESP) que acreditou novamente na minha pesquisa e me concedeu uma bolsa de Doutorado (*processo número 08/57598-7*).

Ao **Instituto de Psiquiatria da FMUSP** por oferecer toda estrutura para realização do meu trabalho.

À **Eliza, Isabel e Luciana**, da Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria por me orientarem sempre com atenção com as obrigações burocráticas.

Por fim, aos **1001 pacientes** que gentilmente cederam os dados de suas vidas para esta pesquisa. São muitas histórias diferentes que foram unidas em um grande banco de dados por um só motivo: a busca de ajuda.

## **NORMALIZAÇÃO ADOTADA**

Esta tese 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. Serviço 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. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

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

## SUMÁRIO

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Resumo

*Summary*

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	1
1.1 Características Epidemiológicas do TOC	2
1.2 Quadro Clínico e Heterogeneidade do TOC	4
1.3 Idade de início dos sintomas	11
1.3.1 Características clínicas do TOC de início precoce dos sintomas	13
1.4 Comorbidades	18
<b>2. OBJETIVOS</b>	30
<b>3. HIPÓTESES</b>	31
<b>4. MÉTODOS</b>	32
4.1 Aspectos Éticos	32
4.2 Desenho do Estudo	32
4.3 Amostra	33
4.3.1 Recrutamento dos pacientes	33
4.3.2 Organização e Estrutura do C-TOC	33
4.3.3 Central de Banco de Dados	37
4.3.4 Critérios de inclusão	38
4.3.5 Critérios de exclusão	39
4.4 Instrumentos de Avaliação	39

4.4.1 Confiabilidade entre os entrevistadores	45
4.5 Variáveis estudadas	46
4.6 Análise estatística	46
<b>5. RESULTADOS</b>	48
5.1 Dados demográficos	48
5.2 Avaliação dos sintomas obsessivo-compulsivos	49
5.3 Avaliação das comorbidades	51
5.3.1 Distribuição das comorbidades do Eixo I de acordo com a idade de início dos sintomas	54
5.3.2 Distribuição das comorbidades do Eixo I de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido	63
<b>6. DISCUSSÃO</b>	74
6.1 Dados Demográficos	76
6.2 Aspectos Clínicos	77
6.3 Comorbidades	80
6.3.1 Distribuição das comorbidades do Eixo I de acordo com a idade de início dos sintomas do TOC	82
6.3.2 Distribuição das comorbidades do Eixo I de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido	87
<b>7. CONCLUSÃO</b>	99
<b>8. ANEXOS</b>	101
Anexo A: Apostila de Primeiro Atendimento	101
Anexo B: Artigo Científico submetido no periódico <i>Depression and Anxiety</i>	239
<b>9. REFERÊNCIAS</b>	264

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>APA:</b>	Apostila de Primeiro Atendimento
<b>BABS:</b>	Escala de Avaliação de Crenças de <i>Brown</i>
<b>BECK-A:</b>	Inventario de Ansiedade de Beck
<b>BECK-D:</b>	Inventário de Depressão de Beck
<b>C-TOC:</b>	Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo
<b>DSM-IV:</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica da América
<b>DY-BOCS:</b>	Escala Dimensional da <i>Yale Brown</i>
<b>ECA:</b>	<i>Epidemiologic Catchment Area</i>
<b>FMUSP:</b>	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
<b>IPq:</b>	Instituto de Psiquiatria
<b>K-SADS:</b>	<i>Kiddie-Schizophrenia and Affective Disorders</i>
<b>ISRS:</b>	Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina
<b>OC:</b>	Obsessivo-Compulsivo
<b>PROTOC:</b>	Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
<b>SCID:</b>	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I
<b>SOC:</b>	Sintoma Obsessivo-Compulsivo
<b>ST:</b>	Síndrome de Tourette
<b>TAG:</b>	Transtorno de Ansiedade Generalizada
<b>TCC:</b>	Terapia Cognitivo-Comportamental
<b>TDAH:</b>	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
<b>TEPT:</b>	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
<b>TOC:</b>	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
<b>Y-BOCS:</b>	Escala <i>Yale Brown</i> de Sintomas Obsessivo-Compulsivos
<b>YGTSS:</b>	Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo <i>Yale Child Study Center</i>

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Distribuição das médias da idade de início das comorbidades do Eixo I nos 1001 pacientes com TOC

**Figura 2:** Distribuição das médias de idade de início das comorbidades do Eixo I nos pacientes com TOC com (a) início precoce ( $\leq 10$  anos); (b) início intermediário (entre 11 e 17 anos); (c) e início tardio ( $\geq 18$  anos)

**Figura 3:** Distribuição das médias das idades de início das comorbidades do Eixo I quando o primeiro diagnóstico foi (a) TOC; (b) ansiedade de separação; (c) TDAH; (d) transtornos de tiques

**Figura 4:** Modelo de subtipos de TOC de acordo com o primeiro diagnóstico psiquiátrico desenvolvido

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Proporção de pacientes de acordo com cada centro do C-TOC

**Tabela 2:** Dados demográficos da amostra dos 1001 pacientes com TOC

**Tabela 3:** Gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com a escala DY-BOCS, Y-BOCS e média dos Inventários de Beck Depressão e Beck Ansiedade e YGTSS nos 1001 pacientes com TOC

**Tabela 4:** Agrupamento dos transtornos psiquiátricos segundo definições mais abrangentes

**Tabela 5:** Média de idade de início dos sintomas e frequência das comorbidades do Eixo I nos 1001 pacientes com TOC de acordo com a sequência em que aparecem na figura 1

**Tabela 6:** Média da idade de início e frequência das comorbidades do Eixo I nos 1001 pacientes com TOC de acordo com a idade de início dos SOC (precoce, intermediário e tardio)

**Tabela 7:** Comparação de gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com idade de início dos SOC (precoce, intermediário e tardio)

**Tabela 8:** Comparação de variáveis clínicas de acordo com idade de início dos SOC (precoce, intermediário e tardio)

**Tabela 9:** Comparação de variáveis clínicas de acordo com idade de início dos SOC (precoce, intermediário e tardio)

**Tabela 10:** Comparação das proporções das comorbidades quando o primeiro diagnóstico foi TOC ou foi qualquer outro transtorno do Eixo I nos pacientes com TOC

**Tabela 11:** Média da idade de início das comorbidades do Eixo I e frequência quando o primeiro diagnóstico foi TOC, ansiedade de separação, TDAH e transtornos de tiques

**Tabela 12:** Comparação de gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido (TOC, ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques)

**Tabela 13:** Comparação de variáveis clínicas de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido (TOC, ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques)

**Tabela 14:** Comparação de resposta ao tratamento de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido (TOC, ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques)

## RESUMO

De Mathis MA. Trajetória das comorbidades no Transtorno Obsessivo-Compulsivo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

**Introdução:** O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença de etiologia complexa, podendo ser influenciada por inúmeros fatores genéticos e ambientais. A falta de homogeneidade na descrição do transtorno dificulta a pesquisa de fatores etiológicos. Um dos subgrupos de TOC com características mais homogêneas é o TOC de início precoce. O objetivo principal deste estudo é investigar o efeito da idade de início dos diversos sintomas nas características clínicas dos transtornos psiquiátricos do Eixo I na trajetória evolutiva de pacientes com TOC. **Metodologia:** 1001 pacientes com TOC de acordo com os critérios do DSM-IV foram avaliados de forma direta com os instrumentos: Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS), Escala *Yale-Brown* de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS), Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID-I/P), Inventários de Ansiedade e de Depressão de Beck, Questionário de História Natural do TOC e Escala de Crenças de Brown. Para comparação das variáveis categoriais foram realizados os testes qui-quadrado e para variáveis numéricas testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e testes paramétricos tipo ANOVA. Foram considerados para todos os testes nível de significância de 5%. O estudo das idades de início das comorbidades foi realizado utilizando a abordagem bayesiana. **Resultados:** Pacientes com início precoce tiveram maior frequência de Ansiedade de Separação ( $p < 0,001$ ); Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ( $p = 0,031$ ); Tiques ( $p = 0,009$ ); Espectro Obsessivo-Compulsivo (OC) ( $p < 0,001$ ); Transtornos do Impulso ( $p = 0,005$ ); e do Humor ( $p = 0,020$ ). Além disso, tiveram maior gravidade em todas as medidas de escore nas escalas Y-BOCS ( $p < 0,001$ ) e DY-BOCS ( $p < 0,001$ ), curso com piora progressiva do TOC ( $p < 0,001$ ) e maior frequência de história familiar de TOC ( $p < 0,001$ ) e transtornos de Tiques

( $p=0,013$ ). Pacientes com TOC que apresentaram ansiedade de separação como primeiro diagnóstico tiveram uma tendência a apresentar maior frequência de: Transtornos Ansiosos ( $p=0,058$ ), Somatoformes ( $p=0,056$ ), TEPT ( $p=0,004$ ), maior gravidade na dimensão “Sexual/Religioso” ( $p=0,053$ ) e escores mais elevados nas escalas Beck depressão ( $p=0,005$ ) e Beck ansiedade ( $p<0,001$ ). Pacientes com TOC que apresentaram TDAH como primeiro diagnóstico tiveram maior frequência de Abuso de Substância ( $p<0,001$ ) e apresentaram um curso com piora mais progressiva do TOC comparados com os outros grupos ( $p=0,033$ ). Pacientes com TOC que apresentaram transtornos de tiques como primeiro diagnóstico tiveram maior frequência de Transtornos do Espectro OC ( $p=0,034$ ). **Conclusão:** O TOC é um transtorno heterogêneo que pode compreender diversos subtipos de acordo com a abordagem escolhida.

Descritores: 1. Transtorno obsessivo-compulsivo 2. Fenótipo 3. Comorbidade 4. Idade de Início 5. Transtornos Ansiosos

## **SUMMARY**

De Mathis MA. Trajectory in Obsessive-Compulsive Disorders Comorbidities [thesis]. Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP, Brazil; 2011.

**Introduction:** Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) has a complex etiology, and can be influenced by several genetic and environmental factors. The lack of homogeneity in the description of the disorders complicates the search for etiological factors. The main goal of this study is to verify the effect of age at onset of several symptoms in the clinical characteristics of Axis I psychiatric disorders in the trajectory of OCD patients. **Methodology:** 1,001 consecutive OCD patients were evaluated at a single time point. Standardized instruments were used: Structured Clinical Interview for Diagnosis of Axis I, according to DSM-IV and for impulse-control disorders; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Beck Depression and Anxiety Inventories and Brown Beliefs assessment Scale; and the Natural History Questionnaire. Chi-square test was used for categorical variables, and Kruskal-Wallis and ANOVA tests were used for continuous variables. For all the tests the significant level was considered  $p < .05$ . To analyze the distribution of comorbidities according to age at onset a Bayesian approach was used. **Results:** Patients with early age at onset had higher frequency of separation anxiety disorder ( $p < 0.001$ ), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) ( $p = 0.031$ ); tic disorders ( $p < 0.009$ ); obsessive-compulsive spectrum disorders ( $p < 0.001$ ); impulse-control disorders ( $p = 0.005$ ) and mood disorders ( $p = 0.020$ ). Besides, they presented higher severity of all measures of Y-BOCS score ( $p < 0.001$ ) and DY-BOCS score ( $p < 0.001$ ), OCD course with progressive worsening ( $p < 0.001$ ) and higher frequency of family history of OCD ( $p < 0.001$ ) and tic disorders ( $p = 0.013$ ). OCD patients who presented separation anxiety disorder as the first manifested diagnosis had higher frequencies of: anxiety disorders ( $p = 0.058$ ), somatoform disorders ( $p = 0.056$ ), post-traumatic stress disorder ( $p = 0.004$ ), higher frequency of

“Sexual/Religious” dimension ( $p=0.053$ ) and higher scores on Beck depression ( $p=0.005$ ) and Beck anxiety ( $p<0.001$ ). OCD patients who presented ADHD as first manifested diagnosis presented higher frequency of substance abuse ( $p<0.001$ ) and presented more OCD course with progressive worsening ( $p=0.033$ ). OCD patients who presented tic disorder as first manifested diagnosis presented higher frequency of OC spectrum disorders ( $p=0.034$ ). **Conclusion:** We can conclude that OCD is a heterogeneous disorder and may include several subtypes according to the chosen approach.

Descriptors: 1. Obsessive-compulsive disorder 2. Phenotype 3. Comorbidity 4. Age at onset 5. Anxiety disorders

## 1. INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno crônico (APA, 1994) com prevalência de 1% a 3% na população geral (Torres & Lima, 2005; Kessler et al., 2005; Ruscio et al., 2010). O TOC está frequentemente associado com grande prejuízo na qualidade de vida e relacionamentos sociais (Steketee, 1997), sendo que seu curso crônico faz do TOC um dos transtornos psiquiátricos com maior prejuízo de acordo com a Organização Mundial de Saúde (<http://www.who.int>). Representa uma preocupação de saúde pública bastante significativa, já que na maioria dos casos interfere no funcionamento social (Leon et al., 1995), estando associado a um risco até quatro vezes maior de desemprego (Koran et al., 1996; Torres & Lima, 2005; Torres et al., 2006a,b). Para uma parte dos pacientes, os tratamentos disponíveis não são suficientes para promover uma melhora satisfatória (Greist et al., 1995; Pigott et al., 1999; Pallanti et al., 2006; Belotto-Silva et al., 2011).

Os sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) podem começar em qualquer época ao longo da vida e frequentemente eles se iniciam na infância (Walitza et al., 2010). Existem relatos de início dos sintomas até antes dos 3 anos (Bland et al., 1988; Koran et al., 1999), chegando em algumas amostras, a pelo menos metade dos pacientes terem início até os 11 anos de idade (De Mathis et al., 2009).

O TOC é uma doença de etiologia complexa, podendo ser influenciada por inúmeros fatores genéticos e ambientais. A falta de homogeneidade na descrição do

transtorno dificulta a pesquisa de fatores etiológicos. Para reduzir esta heterogeneidade tem sido investigada a possibilidade de identificação de subgrupos mais homogêneos de pacientes de acordo com características clínicas tais como idade de início dos sintomas, sexo, comorbidades, ou presença e gravidade de dimensões de SOC. Mais especificamente, a idade de início dos sintomas tem se associado com diversos correlatos clínicos no TOC, inclusive com um perfil específico de comorbidades (De Mathis et al., 2008, 2009).

O objetivo principal deste estudo foi investigar o efeito da idade de início no quadro clínico do TOC bem como no desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos subsequentes.

### 1.1 Características Epidemiológicas do TOC

A prevalência do TOC varia de 2,0% a 2,5% ao longo da vida de acordo com uma revisão sobre epidemiologia feita por Torres e Lima no ano de 2005. Em um estudo mais atual, Ruscio et al. (2010) encontraram uma prevalência de 2,3% de TOC ao longo da vida. Outros estudos epidemiológicos realizados em diferentes países mostraram que o TOC tem uma prevalência atual em torno de 1,0% (Kessler et al., 2005). No Brasil, os estudos de prevalência ainda são insuficientes e pouco representativos: uma prevalência de 0,9% (homens) e 0,5% (mulheres) foi encontrada em Brasília, e da mesma forma, de 1,7% e 2,7% em Porto Alegre (Almeida-Filho et al., 1992). Andrade et al. (2002) estimaram a prevalência ao longo da vida de 0,3% (0,3% em homens e 0,4% em mulheres). No entanto, um estudo recente realizado na região metropolitana de São Paulo com metodologia sensível para a

detecção de transtornos psiquiátricos encontrou uma prevalência de TOC ainda maior, de aproximadamente 7% (Viana & Andrade, no prelo).

É importante mencionar que até a década de 80 o TOC foi pouco estudado (Fontenelle et al., 2006). Com estudos de resposta ao tratamento com clomipramina e terapia comportamental, um grande número de pesquisas surgiu nos anos subsequentes aumentando o interesse na compreensão do transtorno. Por exemplo, estudos publicados em meados do século XX relataram taxas de prevalência do TOC em torno de 0,05% (Rudin, 1953; Pollitt, 1957; Ingram, 1961; Kringlin, 1965). Foi apenas na década de 80 do século passado que outros estudos foram feitos, com instrumentos de avaliação estruturados e critérios diagnósticos mais específicos, e a prevalência do TOC foi reavaliada, chegando aos números atuais.

Apesar das taxas de prevalência do TOC variarem de acordo com o país estudado, existe uma certa consistência entre os resultados. Por exemplo, o estudo “*Cross National Collaborative Group*”, realizado em quatro continentes, utilizou o mesmo instrumento empregado no levantamento do *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) e encontrou taxas de prevalência ao longo da vida em torno de 2% nos Estados Unidos, Canadá, América Latina e Porto Rico, com taxas semelhantes na Nova Zelândia e Europa, enquanto na Ásia e Coréia as taxas foram de 1,9% e em Taiwan, de 0,7% (Weissman et al., 1994). Em uma pesquisa iraniana (Mohammadi et al., 2007) obteve-se prevalência de TOC de 1,8%, sendo 0,7% nos homens e 2,8% nas mulheres da população geral.

Em idade adulta, o TOC é equivalente nos dois gêneros em populações clínicas, porém, em amostras comunitárias alguns estudos encontram uma leve predominância do sexo feminino (Karno et al., 1988; Weissman et al., 1994; Jenkins et al., 2003; Torres et al., 2006; Mohammadi et al., 2007). A apresentação do TOC tem um perfil bimodal de acordo

com a idade de início do quadro: o sexo masculino está mais associado ao início mais precoce dos sintomas e à presença de tiques. Por exemplo, no estudo de Swedo et al. (1989), mais de 70% da amostra de crianças com TOC eram do sexo masculino. Este número praticamente se iguala com um aumento da incidência do sexo feminino na adolescência, chegando a uma proporção de 1:1 na idade adulta (Riddle et al., 1990; Leckman et al., 1997).

## 1.2 Quadro Clínico e Heterogeneidade do TOC

O TOC é uma síndrome clínica cuja principal característica é a presença de obsessões (definidas como pensamentos, idéias, imagens, medos intrusivos) e compulsões (definidas como comportamentos visíveis ou atos mentais repetitivos realizados de maneira ritualística). Geralmente as compulsões ocorrem em resposta à ansiedade, desconforto ou mal-estar que as obsessões causam. Tanto as obsessões quanto as compulsões são indesejáveis, causam ansiedade e na maioria das vezes são reconhecidas como desproporcionais e/ou irracionais (Murphy et al., 2010). Apesar deste reconhecimento, dificilmente o indivíduo consegue evitar sua ocorrência.

Para o diagnóstico do TOC, os sintomas precisam consumir ao menos uma hora por dia, causar sofrimento ao paciente e/ou seus familiares e interferir na rotina do indivíduo (APA, 1994). Ambos os sistemas de classificação utilizados em pesquisa e clínica no mundo - Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica da América (DSM-IV) (APA, 1994) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (OMS, 1993) – apresentam os mesmos critérios diagnósticos. Entretanto, a CID -10 determina que as obsessões e/ou compulsões estejam presentes na maioria dos

dias por um período de no mínimo duas semanas. O DSM-IV tem apenas um especificador: “com *insight* pobre” enquanto a CID-10 permite classificar o TOC em cinco subtipos diferentes. Tanto no DSM-IV quanto na CID-10 não existem diferenças nos critérios para o diagnóstico de crianças, adolescentes e adultos.

Os temas das obsessões relatados pelos pacientes são variados, já que estas podem ser criadas a partir de qualquer substrato que possa aparecer na mente, sejam palavras, imagens, cenas, sons, preocupações e/ou medos, não existindo limites para a variedade do conteúdo das obsessões (Rosário-Campos, 1998). Entretanto, alguns temas são considerados mais frequentes, e podem ser encontrados em diferentes épocas e culturas tais como: obsessões com temas de contaminação, de agressão, pensamentos religiosos, sexuais, obsessões de simetria e de colecionismo (Towbin & Riddle, 1991). Esta diversidade de sintomas pode também ser encontrada nas compulsões, sendo frequentes rituais de checagem, limpeza, repetição, contagem, colecionamento, organização e simetria. Alguns tipos de compulsão são muitas vezes mais difíceis de identificar: os rituais mentais e os comportamentos de evitação. Rituais mentais são atos mentais, ou rituais que se fazem internamente, “na cabeça”, tais como rezar ou pensar um pensamento bom para anular um pensamento ruim. Comportamentos de evitação são realizados pelo paciente com o objetivo de não entrar em contato com o objeto ou situação temida. Por exemplo, o indivíduo evita tocar em utensílios domésticos ou roupas que acredite estarem contaminados para evitar o desencadeamento de compulsões de limpeza.

O TOC é descrito como um transtorno crônico, com períodos de melhora e piora, sendo que o início dos sintomas pode ser agudo ou insidioso, não havendo um padrão de evolução determinado. Em grande parte dos casos, o TOC inicia-se apenas com uma obsessão e/ou compulsão, havendo posteriormente uma sobreposição dos sintomas

(Rosário-Campos, 1998). É bastante comum o aparecimento de sintomas leves que não trazem sofrimento ou interferência na vida do indivíduo antes do aparecimento do quadro clínico completo. Dificilmente existem períodos assintomáticos nos pacientes (Rasmussen & Eisen, 1989). Alguns autores descrevem baixas taxas de remissão completa em estudos de seguimento, ocorrendo apenas entre 10% a 20% dos portadores (Demal et al., 1993; Eisen et al., 1995; Steketee et al., 1999; Skoog & Skoog, 1999; Miranda e Bordin, 2001).

Mesmo com poucos estudos sobre qualidade de vida, os resultados apontam que o TOC pode ser prejudicial na vida do portador e/ou familiares, já que costumam relatar prejuízos significativos em suas vidas, especialmente pelo caráter crônico do mesmo. Baixa auto-estima, prejuízo no desempenho ocupacional e relações sociais têm sido apontados por estudos que avaliam níveis de qualidade de vida nos pacientes com TOC (Hollander 1997; Niederauer et al., 2006), podendo repercutir também em familiares e amigos (Toressan et al., 2008). Outro domínio bastante afetado é o referente à vida financeira, devido a muitos casos associados ao desemprego, dependência financeira dos familiares, pagamento de auxílio-doença e utilização de serviços de saúde (Stein et al., 2000).

O TOC é um quadro heterogêneo, com prováveis subtipos que apresentam diferentes características fenomenológicas, cursos evolutivos e resposta ao tratamento (Hounie et al., 2001; Miguel et al., 2005).

Apesar de ambos manuais de classificação diagnóstica, DSM-IV e CID-10, descreverem o TOC como uma entidade única, é sabido que o mesmo apresenta sintomas bastante distintos entre os pacientes, com uma apresentação clínica diversa (Miguel et al., 2005). Esta variabilidade na expressão fenotípica reforça a idéia de que o TOC seja mesmo um transtorno heterogêneo, não apenas do ponto de vista clínico, mas também em relação

aos fatores etiológicos e de resposta ao tratamento (Miguel et al., 2001, 2005; Rosário-Campos et al., 2001; De Mathis et al., 2006).

Essa heterogeneidade dificulta a interpretação dos resultados das pesquisas. Um possível caminho para superar esta dificuldade seria identificar componentes específicos do fenótipo, reforçando a necessidade da busca por marcadores etiológicos. A correta identificação de fenótipos que sejam hereditários e válidos do ponto de vista genético são etapas fundamentais e necessárias para se conseguir localizar e caracterizar os genes de susceptibilidade do TOC, assim como para identificar fatores de risco e de proteção, e o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de tratamento (Rosário-Campos, 2004).

As tentativas de subdivisão do fenótipo de TOC poderiam ser agrupadas em abordagens dimensionais e abordagens categoriais (De Mathis et al., 2006).

#### Abordagem Dimensional

Abordagens dimensionais têm sido utilizadas para caracterizar com mais precisão as diferenças clínicas encontradas entre os pacientes. A estratégia principal dessa abordagem tem sido a identificação de dimensões de SOC, que representam um *continuum* com características normais do desenvolvimento e não são mutuamente excludentes (Rosário-Campos et al., 2006).

Em 1994, foi conduzido o primeiro estudo de análise fatorial que identificou possíveis dimensões de SOC (Baer, 1994). Os resultados encontrados em várias análises fatoriais descreveram de três a cinco dimensões de SOC, que chegaram a explicar 70% da variância (Mataix-Cols et al., 2005). As dimensões de SOC propostas nesses estudos são: obsessões de agressão/compulsões relacionadas; obsessões sexuais, religiosas, de

moralidade/compulsões relacionadas; obsessões de contaminação/compulsões de limpeza ou lavagem; obsessões de ordenação ou simetria/compulsões de ordenação/arranjo; obsessões e compulsões de colecionismo.

A consistência destas dimensões é considerável, mesmo que os instrumentos utilizados para avaliar os SOC tenham sido diferentes (Mataix-Cols et al., 2006). Além disso, as dimensões de fatores encontrados são semelhantes em adultos e crianças. Os resultados encontrados nos estudos com abordagem dimensional foram replicados em diferentes amostras e têm demonstrado estabilidade ao longo do tempo (Mataix-Cols et al., 2006; Leckman et al., 2009).

Outros estudos se aprofundaram no tema e trouxeram contribuições importantes. Por exemplo, estudos genéticos familiares também investigaram dimensões de sintomas. O primeiro estudo familiar foi realizado por Alsobrook et al. (1999) e encontrou familiares de probandos com escores altos nas dimensões de simetria/ordem com maior risco de desenvolver TOC. Em 2005, Hanna et al. replicaram este achado encontrando 45% dos familiares dos probandos com sintomas de simetria/ordem com diagnóstico de TOC ou TOC subclínico. Com relação à resposta ao tratamento, escores altos na dimensão de colecionismo foram associados à pior resposta a inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), terapia cognitivo-comportamental (TCC) e ISRS + TCC comparado a outras dimensões (Winsberg et al., 1999; Mataix-Cols et al., 1999; Erzegovezi et al., 2001; Saxena et al., 2002). Escores altos na dimensão sexual/religioso foram também associados com a pior resposta à combinação de TCC mais IRS no estudo de Alonso et al. (2001), e pior resposta a TCC (Mataix-Cols et al., 2002). Esta dimensão também se mostrou mais saliente nos pacientes com TOC refratário a todos os tratamentos convencionais (Ferrão et al., 2006). No estudo de Hasler et al. (2007), maior transmissão familiar foi observada para os

fatores ou dimensões de agressão, sexual/religioso, e colecionamento e algumas comorbidades se associaram preferencialmente a dimensões específicas (ex. transtornos afetivos com o fator agressão/sexo/religião, dependência de álcool, bulimia e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade com o fator ordenação/simetria).

De acordo com Leckman et al. (2007; 2009), os estudos indicam que a abordagem dimensional dos SOC pode ter um valor heurístico para estudos genéticos, de neuroimagem e de resposta ao tratamento, além de sua importância para a clínica. No TOC, os estudos genéticos têm reportado que o uso da abordagem dimensional pode trazer pistas importantes para detectar os genes de vulnerabilidade que podem contribuir para a apresentação heterogênea do transtorno (Miguel et al., 2005). Uma implicação direta na vida do paciente é que cada vez mais, pesquisadores e clínicos, estão desenvolvendo tratamentos específicos para cada tipo de dimensão (McKay et al., 2004).

#### Abordagem Categorial

A abordagem categorial propõe a identificação de subgrupos específicos de pacientes com TOC, mutuamente excludentes (Miguel et al., 2005). Já há algum tempo, os seguintes subgrupos de pacientes com TOC foram propostos: início precoce *versus* início tardio dos sintomas (Rasmussen x Tsuang, 1986); TOC associado à presença de tiques *versus* TOC sem tiques (Pauls et al., 1986); lavadores *versus* verificadores (Rachman e Hodgson, 1980); impulsivos *versus* não impulsivos (Hoehn-Saric e Barksdale, 1983); infecção por estreptococo *versus* não infecção (Allen et al., 1995); sexo masculino *versus* sexo feminino (Bogetto et al., 1999); colecionadores *versus* não colecionadores (Frost et al., 2000), entre outros.

A partir da abordagem categorial, alguns subgrupos de pacientes com TOC têm apresentado resultados relativamente consistentes nos estudos, com características clínicas e fenomenológicas apresentando associação com maior risco familiar (Miguel et al., 2005). Descreveremos em mais detalhes, os possíveis subgrupos mais relevantes para as hipóteses desta tese.

### 1.3 Idade de início dos sintomas

A idade de início dos SOC é uma importante variável utilizada em estudos clínicos, genéticos, de tratamento, de neuroimagem e neuropsicológico (Swedo et al., 1989; Rosenberg et al., 1997; Fontenelle et al., 2004; Goussé et al., 2005; Ferrão et al., 2006; Ulloa et al., 2007; De Mathis et al., 2008; Garcia et al., 2009; Grados et al., 2010).

Entretanto, existe ainda uma indefinição sobre quando considerar a “idade de início” dos sintomas. Em alguns estudos considera-se como idade de início a idade em que o paciente ou familiar percebe pela primeira vez qualquer SOC (Busato et al., 2001; Rosário-Campos et al., 2001; Diniz et al., 2004; De Mathis et al., 2008, 2009). Outros estudos consideram idade de início quando o paciente apresenta prejuízo ou sofrimento significativo associado aos sintomas. (Fontenelle et al., 2003; Tükel et al., 2005).

Também é importante ressaltar que alguns autores propõem diferentes limiares de “início precoce” para os estudos, considerando precoce a idade inferior a sete anos (Swedo et al., 1989); dez anos (Pauls et al., 1995; Geller et al., 1998; Rosário-Campos et al., 2001; De Mathis et al., 2008, 2009; Janowitz et al., 2009); 12 anos (Langner et al., 2009); outros anterior a 15 anos (Millet et al., 2004; Hemmings et al., 2004; Chabane et al., 2005) e ainda

anterior a 18 anos (Sobin et al., 2000; Albert et al., 2002; Fontenelle et al., 2003; Tükel et al., 2005; Wang et al., 2011). Para ajudar nessa investigação da escolha do melhor ponto de corte para se definir idade de início precoce dos SOC nosso grupo (Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo – PROTOC) avaliou 330 pacientes com TOC. Esta análise fez parte do estudo de mestrado da autora e resultou em dois artigos científicos (De Mathis et al., 2008, 2009). Partindo da hipótese de que uma idade de início limiar poderia definir dois subgrupos distintos de pacientes, com características clínicas relevantes, o ponto de corte para definir início precoce e tardio foi investigado. Nestes estudos, foram realizadas análises de cluster para determinar a melhor partição em dois grupos de pacientes de acordo com as seguintes variáveis: sexo, história familiar, presença de fenômeno sensorial, presença de comorbidades e gravidade dos SOC. Depois de dividir a amostra em dois subgrupos homogêneos, levando em consideração as variáveis relevantes, foi comparada a idade média de início nos dois grupos. Foi sugerido que a idade de início dos sintomas deve ser utilizada de forma dimensional preferencialmente. Entretanto as idades encontradas como significantes, que sugerem uma divisão categórica em dois grupos foi 10 e 17 anos, sendo respectivamente pacientes que começam os SOC até os 10 anos considerados como tendo início precoce e após os 17 anos início tardio dos sintomas. Os pacientes com início dos sintomas entre esses intervalos foram considerados como pertencentes ao “grupo intermediário”. Com base nesses resultados, no presente estudo, o termo início precoce refere-se à idade até os 10 anos e início tardio após os 17 anos.

Resumindo, o início precoce dos sintomas está associado a características clínicas específicas em pacientes com TOC, conforme descrevemos a seguir.

### 1.3.1 Características clínicas do TOC de início precoce dos sintomas

Existem na literatura vários estudos que compararam características fenotípicas e encontraram diferenças entre o grupo de início precoce e o grupo de início tardio, com relação a diferenças no sexo, tipos de sintomas e história familiar.

Como mencionado anteriormente, o TOC tem um pico de incidência na infância e outro no final da adolescência (Swedo et al., 1989; Geller et al., 1998). Em amostras de crianças, o TOC em geral predomina entre meninos (Rasmussen; Tsuang, 1986; Minichiello et al., 1990; Norshivani et al., 1991; Neziroglu et al., 1994; Castle et al., 1995, Zohar et al., 1997; Geller et al., 1998; Bogetto et al., 1999; Fontenelle et al., 2003; Lochner et al., 2004; Tukul et al., 2004; Karadag et al., 2006; Jayssoria et al., 2009; Torresan et al., 2009; De Mathis et al., 2009). Na idade adulta a proporção entre sexos se iguala chegando à proporção de 1:1 (Riddle et al., 1990; Leckman et al., 1997).

#### Tipos de sintomas no início precoce

O subgrupo de início precoce dos sintomas está associado em alguns estudos a um maior número de compulsões comparado com obsessões (Honjo et al., 1989; Rettew et al., 1992; Millet et al., 2004; Morer et al., 2006). Além disso, está associado com maior gravidade dos sintomas de acordo com alguns autores (Rosário-Campos et al., 2001; Miguel et al., 2001; Fontenelle et al., 2003).

Outra característica que aparece em maior frequência no subgrupo de início precoce são as compulsões do tipo *tic-like*, definidas como compulsões semelhantes a tiques, mas realizados com a intenção de aliviar o desconforto ou ansiedade causadas por uma obsessão (Riddle et al., 1990; Rosário-Campos et al., 1990; De Mathis et al., 2007).

O subgrupo de início precoce também apresenta maior frequência de fenômenos sensoriais, comparado com o subgrupo de início tardio (Miguel et al., 1995, 1997, 2000; Geller et al., 1998; Rosário-campos et al., 2001). Fenômenos sensoriais são experiências subjetivas que precedem ou acompanham os comportamentos repetitivos (exemplo: necessidade de tocar um objeto até obter uma sensação nas mãos de “estar em ordem”; ou sensação de “incompletude” que me faz realizar um comportamento repetitivo).

Em um estudo realizado por Sobin et al. (2000) onde foram investigados quais os tipos de sintomas mais frequentes nos pacientes com início precoce foram encontrados: maior proporção de obsessões somáticas, de simetria e medos supersticiosos e maior proporção de compulsões de limpeza e contagem.

#### História familiar no início precoce

Um dos fatores mais importantes associados com familiaridade do TOC é a idade de início precoce dos SOC. Estudos genéticos encontraram frequências aumentadas de TOC e SOC nos parentes de primeiro grau de crianças com o diagnóstico de TOC, quando comparados com as frequências na população em geral e em familiares de pacientes com início dos SOC após a puberdade (Lenane et al., 1990; Leonard et al., 1992; Bellodi et al., 1992; Pauls et al., 1995; Nestadt et al., 2000; Gonzalez, 2003; Rosário-Campos et al., 2005; Hanna et al., 2005). Vale mencionar o estudo de Pauls et al. (1995): foram avaliados 100 pacientes com TOC junto com os familiares de primeiro grau e os autores encontraram que até os cinco anos de idade, o risco de morbididade familiar é igual tanto para o grupo de início precoce quanto para início tardio dos sintomas; dos cinco aos nove anos de idade o risco para os familiares dos pacientes com início do quadro nesta data aumenta até se

tornar duas vezes mais elevado que o risco dos familiares de pacientes com início mais tardio. Interessantemente o risco permaneceu o mesmo dos nove até os 18 anos de idade.

#### Perfil de comorbidades no início precoce

O início precoce dos sintomas está mais associado com transtornos de tiques em vários estudos (Swedo et al., 1989, 1992; Zohar et al., 1992; Hanna et al., 1995; Leonard et al., 1992; Miguel et al., 2001; Rosário-Campos et al., 2001; Delorme et al., 2004; Hemmings et al., 2004; Chabane et al., 2005; Morer et al., 2006; Nestadt et al., 2008; Janowitz et al., 2009; De Mathis et al., 2009) e tem um impacto no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos comórbidos (Geller et al., 1996; Miguel et al., 2001; Rosário-Campos et al., 2001; Morer et al., 2006). Além disso, o TOC de início precoce está associado a um maior número de comorbidades psiquiátricas (Geller et al., 1996; De Mathis et al., 2008).

No seu estudo de mestrado, a autora investigou as características demográficas e clínicas dos pacientes com TOC de início precoce e TOC de início tardio em 330 portadores. Além disso, pesquisou as características demográficas e clínicas dos pacientes com TOC de início precoce associado a transtorno de tiques e pacientes com TOC de início precoce sem comorbidade com tiques. Os resultados encontrados com relação às comorbidades foram: os pacientes com idade de início precoce, independente de presença de tiques, tiveram maior chance de ocorrência de ansiedade de separação, transtorno de tiques, fobia social e transtorno dismórfico corporal. Já os pacientes com idade de início precoce com tiques apresentaram menor chance de apresentar transtorno de humor, transtorno unipolar, transtornos ansiosos, fobia social e dermatotilexomania (*skin picking*) comparado com os pacientes de início precoce sem comorbidade com tiques (De Mathis 2007). O que chama atenção neste trabalho é que não apenas o início precoce dos sintomas, mas também a

associação com a presença de transtorno de tiques se mostraram como potenciais especificadores de subgrupos no TOC.

Ainda em um estudo do nosso grupo, Diniz et al. (2004) investigaram o papel da idade de início dos SOC e duração da doença nos padrões de comorbidade em 161 pacientes com TOC. Um início mais precoce dos SOC esteve associado com transtorno de tiques, enquanto maior duração da doença esteve associada com episódio depressivo maior e fobia social. De forma semelhante, em uma amostra de 406 pacientes, Yaryura-Tobias et al. (2000) reportaram que existe uma ordem de aparecimento de comorbidades em pacientes com TOC. De acordo com esses autores, transtornos ansiosos, transtornos do humor, transtornos alimentares e transtornos de tiques tendem a aparecer primeiro em pacientes com múltiplos diagnósticos ao longo da vida.

Jaisooriya et al. (2003) encontraram que pacientes com início mais precoce dos sintomas apresentaram maior taxa de fobia social e transtorno dismórfico corporal comparado com pacientes com início tardio dos sintomas. No estudo de Hemmings et al. (2004) foram avaliados 252 pacientes com TOC, e aqueles com início precoce dos sintomas tiveram significativamente maior frequência de transtornos de tiques e tricotilomania.

Considerando o foco do presente estudo na trajetória das comorbidades no TOC, a seguir aprofundaremos o tema comorbidade e a sua relação com TOC, independente do subtipo.

#### 1.4 Comorbidades

Atualmente utilizamos classificações diagnósticas que foram desenvolvidas ao longo do tempo, como forma de se entender a doença e o adoecer (Miranda, 1999). Nesse sentido, Kendell, em 1975 coloca que nada é tão fundamental em medicina quanto o conceito de doença, e, entretanto, nada mais difícil de definir (1999). Ao longo do tempo, de acordo com cada cultura, conceitos sobre saúde e doenças foram estabelecidos, criando-se formas próprias de classificar as doenças (Klerman, 1990).

A distinção entre normal e patológico é um desafio até os dias de hoje. O processo de identificação de um grupo de sintomas, seu seguimento ao longo do tempo e estabelecimento de uma categoria diagnóstica em comum se fez necessária para o delineamento de grandes síndromes psiquiátricas (Miranda, 1999).

Um marco importante foi no final do século XIX quando surgiu uma proposta de classificação diagnóstica feita por Kraepelin, baseado no quadro clínico, curso e prognóstico. Esta foi uma proposta que não esteve livre de várias críticas, já que alguns estudiosos argumentavam que doenças mentais apresentavam especificidades que não permitiam aproximações com o modelo anátomo-clínico (Lopes, 1980).

Muitos anos se passaram e ainda há uma insatisfação com as classificações atuais. Uma importante função da classificação é determinar o tratamento, e as classificações em psiquiatria ainda possuem uma relação imperfeita com a terapêutica (Miranda, 1999). São necessários muitos estudos avaliando resposta ao tratamento para podermos prever o prognóstico de determinada doença.

Apesar dessas limitações, o modelo categorial manteve-se em uso, pois facilita o diálogo entre profissionais, fato de extrema importância na escolha do tratamento dos pacientes (Miranda, 1999).

O conceito de comorbidade está intimamente ligado à forma como se entende o adoecer e o classificamos no momento atual (Miranda, 1999), sendo considerado na psiquiatria um paradigma criado pelas atuais classificações (Klerman, 1990).

A medicina está baseada no diagnóstico, e a partir daí a escolha da conduta terapêutica que visa a melhora do paciente e do prognóstico da doença (Miranda, 1999). A necessidade de se pensar nos fatores que interferiam no aparecimento, curso, evolução, prognóstico e escolha terapêutica dos quadros mórbidos levou Feinstein, em 1970, a propor o conceito de comorbidade, a saber: “a ocorrência de qualquer entidade clínica distinta adicional que tenha existido ou possa vir a ocorrer durante o acompanhamento clínico de um paciente que tenha uma doença índice em estudo”.

O conceito de comorbidade passou a ser utilizado em estudos clínicos para se referir à coexistência de transtornos diagnosticados em um mesmo indivíduo. Em epidemiologia, o termo comorbidade passou a enfatizar o risco relativo da doença, ou seja, qual a probabilidade que um indivíduo com determinada doença possa apresentar outra doença (Miranda, 1999).

Desde a proposta do conceito de comorbidade em 1970 por Feinstein (e posteriormente desenvolvido por Feinstein e Kaplan em 1974), discute-se a complexidade deste termo. Um ponto que ainda permanece em discussão refere-se à questão da comorbidade como sendo um artefato dos sistemas categoriais vigentes, que divide os grandes grupos nosológicos em classes diagnósticas separadas, quando na verdade, elas deveriam permanecer juntas (Miranda, 1999). Esse fenômeno da comorbidade mostra claramente como o ideal nosológico em psiquiatria é impossível (Lopes, 1980). O conceito nos força a rever a maneira como abordamos os transtornos mentais, e o pouco que sabemos sobre formas de adoecer.

Resumindo, o conceito de comorbidade e suas limitações permeia a nossa prática clínica e de pesquisa. Ao estudar comorbidades estamos avançando em uma área que pode trazer informações sobre etiologia e fisiopatologia dos transtornos mentais, e é um dos focos de interesse no presente estudo.

A presença de pelo menos um transtorno psiquiátrico adicional é comum para a maioria dos pacientes com TOC, com taxas de comorbidades chegando até 92% (Karno 1988; Pigott et al., 1994; Diniz et al., 2004; Janowitz et al., 2009; De Mathis et al., 2008). Em 1999, Miranda encontrou que pacientes com TOC apresentaram 4,6 transtornos adicionais ao longo da vida, enquanto que pacientes controle (pacientes selecionados aleatoriamente com comprometimento da acuidade visual) apresentaram 1,2 diagnósticos psiquiátricos. Em 1998, Rosário-Campos encontrou uma taxa de comorbidade de 83,3% de transtornos do Eixo I em sua amostra de pacientes adultos com diagnóstico de TOC. Em um estudo brasileiro de famílias, 93,3% dos probandos adultos com TOC tiveram algum outro diagnóstico do Eixo-I (Gonzalez, 2003). Em 1996, Geller et al. observaram que até 90% dos pacientes com TOC tinham algum transtorno neuropsiquiátrico. A porcentagem elevada de comorbidades do Eixo I nesses estudos pode ser explicada pela procedência dos pacientes: hospitais de referência e clínicas especializadas no TOC. Estes pacientes tendem a ser mais graves e apresentar mais comorbidades se comparados com pacientes com TOC encontrados na população geral. Entretanto, em um estudo epidemiológico realizado em Londres, Torres et al. (2006) encontraram altas taxas de comorbidades psiquiátricas (62%) nos pacientes com diagnóstico de TOC: 37% apresentaram episódio depressivo maior, 31% transtorno de ansiedade generalizada, 22% agorafobia ou transtorno do pânico, 20% dependência de álcool, 17% fobia social e 15% fobia específica.

Outro dado bastante relevante é que a presença de pelo menos mais um diagnóstico psiquiátrico no portador de TOC aumenta a gravidade do quadro e dificulta o prognóstico (Coffey et al., 1994). Sukhololsky et al. (2005) encontraram que somado à presença de um diagnóstico, a presença e gravidade de sintomas adicionais interfere no funcionamento do paciente. Além disso, alguns estudos identificaram presença de comorbidade psiquiátrica como fator preditivo de baixa resposta à farmacoterapia (Carrasco et al., 1992; Perugi et al., 1997; Shavitt et al., 2002; Belotto-Silva et al., 2011).

Estudos epidemiológicos sugerem que a comorbidade com transtornos ansiosos ou transtornos de humor sejam as mais comuns (Steketee et al., 2001; Kessler et al., 2005). Esses dois grupos de transtornos, ansiosos e de humor, têm sido encontrados em maior frequência também em estudos clínicos nos pacientes com TOC (Coffey et al., 1998; Miranda, 1999; Rosário-Campos et al., 2001; Gonzalez 2003; De Mathis et al., 2008). Embora estudos que investiguem a associação entre altas taxas de transtornos ansiosos em pacientes com TOC sejam ainda inconclusivos, uma hipótese é que esta associação poderia ser resultado da expressão de uma vulnerabilidade comum aos dois transtornos e o fenótipo resultante seria secundário à combinação de fatores genéticos e ambientais (Rasmussen & Eisen, 1998). Raffay & Pelissolo (2007) destacaram que o transtorno depressivo é a comorbidade mais comum em pacientes com TOC, além dos transtornos alimentares e transtornos do impulso que também são frequentes. Em 1995, Black et al. encontraram 80% de pacientes com TOC com comorbidade com transtorno depressivo. Swedo et al. (1989) reforçam este dado, sugerindo que a depressão é a condição comórbida mais frequente tanto em adultos quanto crianças com TOC. Além disso, em estudos controlados de família com TOC, o transtorno depressivo foi mais relatado em familiares de portadores do que familiares de controles (McKeon & Murray, 1987; Nestadt et al., 2001). Em outro estudo controlado realizado em 2004, o início precoce aumentou a chance do

indivíduo com TOC desenvolver transtorno depressivo (Hong et al., 2004). Uma possível explicação para as altas taxas de comorbidade com depressão unipolar é que poderia ser secundária ao TOC (Rasmussen & Eisen, 1994; Miranda, 1999), pelo menos em um número substancial de pacientes.

Um ponto que merece bastante atenção e está relacionado às comorbidades é a taxa de suicídio no TOC. De acordo com alguns autores, o risco de suicídio está provavelmente subestimado nos portadores, merecendo mais atenção nas pesquisas e rotinas de atendimento (Hollander et al., 1997; Stein et al., 2000; Torres et al., 2006, 2010). Na investigação desse tema, Torres et al. (2010) estudaram 582 pacientes brasileiros com TOC e encontraram dados importantes: 57% dos mesmos relataram já terem pensado que não valia a pena viver, 43% já haviam desejado estarem mortos; 36% já tinham apresentado ideação suicida, 20% chegaram a planejar suicídio, e 11% já haviam tentado suicídio pelo menos uma vez na vida. Essas altas frequências relativas ao tema suicídio podem ser utilizadas como parâmetro indireto de comprometimento na qualidade de vida dos pacientes com TOC. Outro importante estudo foi realizado pela mesma autora, no ano de 2006, em um levantamento britânico de morbidade psiquiátrica de 2000 portadores de TOC comparados a indivíduos com outros transtornos mentais (ansiedade generalizada, depressão, pânico, fobias e transtorno misto depressivo-ansioso). Os portadores de TOC estavam mais frequentemente desempregados ou inativos, com menor nível socioeconômico, menor taxa de casamento e viviam mais sozinhos (Torres et al., 2006).

Algumas hipóteses foram levantadas buscando identificar o porquê da alta associação do TOC com outros transtornos psiquiátricos (Hettema et al., 2008):

- a) O TOC pode aumentar a vulnerabilidade para outros transtornos psiquiátricos;
- b) Pode existir uma etiologia comum entre os transtornos;

- c) Estas condições podem ser um epifenômeno de uma mesma condição, com a mesma etiologia, refletindo apenas expressões fenotípicas diferentes.

A explicação da relação entre o TOC e possíveis comorbidades requer a identificação de agentes etiológicos ou explicação dos processos patofisiológicos. No ano de 2008, Nestadt et al. investigaram possíveis classificações do TOC baseados em suas comorbidades. Setecentos e seis portadores foram avaliados e a hipótese era que o TOC e transtornos comórbidos são expressões de uma ou mais classes latentes. A identificação destas classes contribui com a diminuição da heterogeneidade do transtorno. Três soluções de classes foram encontradas: (1) classe simples de TOC; (2) TOC relacionado a transtorno de tiques, no qual os tiques são predominantes e transtornos de humor mais raros; (3) TOC relacionado a transtornos de humor, com predominância do sexo feminino e início mais precoce dos sintomas.

Ainda na linha de comorbidades, conforme descrito anteriormente, o transtorno de tiques também aparece como um transtorno bastante associado ao TOC (Scahill et al., 2003), com taxas variando entre 20% a 30% dos pacientes (APA, 2000; De Mathis et al., 2008). Em um recente estudo familiar realizado com 931 indivíduos, sendo 239 probandos e 692 familiares de primeiro grau (O'Rourke et al., 2011), foi sugerido que a síndrome de Tourette, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e sintomas obsessivo-compulsivos possuem uma neurobiologia que se sobrepõem em famílias de portadores de tiques e/ou probandos com TDAH. Para avaliar a relação entre TOC e TDAH em crianças e adolescentes utilizando uma análise de risco familiar, Geller et al. (2007) avaliaram familiares de primeiro grau de pacientes com TOC e TDAH, apenas TOC e pacientes controle. Os resultados apontaram para a familiaridade do TOC e TDAH, sugerindo um possível subtipo familiar. Outros autores investigaram a relação entre síndrome de Tourette e TDAH em um estudo caso-controle (Stewart et al., 2006). Os resultados sugeriram um

risco aumentado de síndrome de Tourette e TDAH em famílias-caso, comparado com famílias-controle, possivelmente refletindo uma sobreposição na origem genética desses transtornos. A investigação da relação entre síndrome de Tourette e TDAH é antiga. Já em 1993, Knell e Comings avaliaram 338 familiares de primeiro grau de 131 pacientes com tiques. Encontraram que 61% dos entrevistados tinham déficit de atenção e 36% apresentavam TDAH quando o probando apresentava síndrome de Tourette, e 41% de déficit de atenção e 26% de TDAH quando o probando tinha transtorno de tiques crônico. Novamente os dados sugerem uma associação entre tiques e TDAH.

A partir dos achados desses estudos e dos resultados do mestrado da autora, três diagnósticos que por definição tem início na infância ou até os 18 anos tornaram-se o foco de interesse desta tese e serão investigados com mais profundidade nos pacientes com TOC: ansiedade de separação, TDHA e transtorno de tiques. Nesta tese de doutorado, pretendemos verificar se estes diagnósticos de fato começam mais cedo e como eles se associam com diagnósticos subsequentes em pacientes com TOC.

Vale ressaltar que todos os estudos descritos acima discorrem apenas sobre a associação do TOC e outros transtornos comórbidos, sem avaliar a trajetória dos mesmos. Assim, uma questão relevante com relação ao perfil de comorbidades seria se a idade de início das mesmas influencia no aparecimento e trajetória de outras comorbidades. Além disso, de que forma diferentes transtornos e suas trajetórias em pacientes com TOC, impactam na sua expressão clínica. Parte-se da premissa que a ordem do surgimento de cada transtorno ao longo do desenvolvimento influencia a trajetória de novas comorbidades e perfil clínico. Por exemplo, estudos prévios sugerem que os transtornos de ansiedade na infância são um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade na vida adulta (Castillo et al., 2000; Manfro et al., 2002). Além

disso, existem evidências que transtornos mentais com início na infância, afetam o seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social (Costello et al., 2005) e isto pode se refletir na expressão fenotípica tanto de comorbidades como perfil clínico na idade adulta.

Assim, considerando que o TOC frequentemente se inicia na infância (Walitza, et al., 2010), o mesmo pode ser visto como um transtorno do neurodesenvolvimento. Portanto, nesta tese, nos propomos a investigá-lo do ponto de vista do desenvolvimento em conjunto com outras comorbidades, uma vez que estas podem influenciar a trajetória do TOC de forma diferenciada. Por exemplo, a presença de ansiedade de separação (um transtorno que em geral se associa a transtorno do pânico na idade adulta) em indivíduos com TOC, pode influenciar a expressão fenotípica deste na direção de obsessões somáticas. Por outro lado, a presença de TDAH pode influenciar pacientes com TOC a se exporem a certos fatores ambientais e aumentar as chances de comorbidade com transtorno de abuso de substâncias e assim aumentar a gravidade do próprio TOC (Kendler, 2001).

Poucos estudos usaram a trajetória dos transtornos de comorbidade como uma possibilidade de compreensão para entender subgrupos de paciente com TOC. No nosso meio, Miranda (1999), em um estudo caso-controle, buscou identificar as comorbidades psiquiátricas em 42 pacientes com TOC e 42 pacientes controles. Foi encontrado que o número de diagnósticos psiquiátricos ao longo da vida e no momento atual é elevado nos pacientes com TOC, destacando-se as comorbidades com transtornos do humor, de ansiedade e do espectro obsessivo-compulsivo. O presente estudo traz um avanço em relação ao estudo anterior já que leva em consideração a idade de início dos SOC e de outros transtornos que têm início na infância no perfil de comorbidades e outras características clínicas, em uma amostra significativamente maior de pacientes.

Mesmo com a relevância desse assunto, não existem na literatura estudos com o objetivo principal de investigar o efeito da idade de início dos sintomas do TOC e de outros transtornos comórbidos na apresentação clínica do TOC. Desta forma, o presente estudo se mostra inovador em sua investigação e ao introduzir uma perspectiva do desenvolvimento.

Concluindo, este trabalho foi elaborado seguindo uma linha de pesquisa já desenvolvida por nosso grupo (Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo – PROTOC) no sentido de melhor caracterizar o fenótipo do TOC. No presente estudo foi avaliada uma grande amostra de pacientes com TOC e coletados dados transversais e retrospectivos da história de outros transtornos psiquiátricos junto com dados clínicos do próprio TOC. Com essas informações pretendeu-se construir uma linha do tempo informativa que pode dar pistas sobre o impacto da trajetória do início dos diversos transtornos psiquiátricos ao longo da vida, e na expressão clínica do TOC.

Assim, este estudo visa aprofundar os conhecimentos nesta área e contribuir com dados de uma população brasileira. Até o presente momento este é o único estudo que avalia o impacto da idade de início das comorbidades no quadro clínico do TOC, ao longo da vida, em uma amostra significativa de pacientes.

## **2. OBJETIVOS**

2.1 Descrever as comorbidades do Eixo I em pacientes com TOC;

2.2 Descrever as idades de início das comorbidades do Eixo I em pacientes com TOC;

2.3 Investigar associações entre idade de início dos SOC e variáveis clínicas em pacientes com TOC;

2.4 Investigar o impacto de padrões específicos de comorbidades do Eixo I que se iniciam antes do TOC (exemplo: ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques) na expressão clínica do TOC.

### **3. HIPÓTESES**

3.1 Pacientes com TOC terão altas taxas de comorbidades do Eixo I.

3.2 Em pacientes com TOC, transtornos de tiques, ansiedade de separação e TDAH têm média de idade de início mais precoce que a média de idade de início dos SOC. Em pacientes com TOC, transtornos do humor e abuso de substância têm media de idade de início mais tardia que a média de idade de início dos SOC;

3.3 Pacientes com TOC de início precoce apresentarão maior gravidade dos SOC; Pacientes com TOC de início precoce terão maiores taxas de comorbidade de ansiedade de separação, transtorno de tiques e TDAH do que o TOC de início tardio;

3.4 Diagnósticos específicos começando antes do TOC determinam perfis específicos de característica clínicas e de comorbidade em pacientes com TOC.

## **4. MÉTODOS**

### 4.1 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Normas Éticas e Regulamentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), assim como nos centros de pesquisa envolvidos neste projeto. Todos os indivíduos entrevistados assinaram um termo de consentimento contendo informações sobre o risco da pesquisa da qual participaram, o caráter voluntário da participação, e a garantia de que a decisão em participar ou não da pesquisa não interferiria no seu acesso a tratamento. Este estudo não ofereceu nenhum risco aos envolvidos.

Quando os indivíduos eram menores de 18 anos, um ou ambos os pais ou responsáveis eram solicitados a assinar o termo de consentimento e a criança ou adolescente era convidado a assinar um termo de assentimento. Já no caso de pacientes recrutados em consultório particular, o termo foi assinado autorizando a utilização dos dados para pesquisa.

## 4.2 Desenho do Estudo

Foi utilizado um desenho de estudo do tipo corte transversal analítico, já que as variáveis de interesse e as variáveis independentes são determinadas no mesmo momento para cada indivíduo de toda a amostra de conveniência (Grimes & Schultz, 2002; Gray, 2004).

## 4.3 Amostra

### 4.3.1 Recrutamento dos pacientes

Os pacientes que compõem esta amostra foram recrutados junto ao Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC) (Miguel et al., 2008). No centro da Universidade de São Paulo (fundador do C-TOC), esta pesquisa foi realizada nas dependências do Departamento e Instituto de Psiquiatria do

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), junto ao Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC).

A amostra constituiu-se de 1001 pacientes portadores de TOC de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV, que foram entrevistados entre os anos de 2003 e 2009.

#### 4.3.2 Organização e Estrutura do C-TOC

O Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo foi criado em 2003 em reunião durante o XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Goiânia. O C-TOC tem como objetivo principal desenvolver projetos de pesquisa na área dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, de maneira colaborativa, entre centros universitários de diferentes estados do Brasil, representando três regiões no país, descritos a seguir:

1. **PROTOC** (Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo) - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. Liderança: Roseli G. Shavitt e Eurípedes Constantino Miguel.
2. **PRODOC** (Projeto Distúrbio Obsessivo-Compulsivo) - Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Liderança: Christina H. Gonzalez e Maria Conceição do Rosário.
3. **ATAOC** (Ambulatório de Transtornos Ansiosos e Obsessivo-Compulsivos) - Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), Botucatu, SP. Liderança: Albina R. Torres.

4. **IPUB** - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ;  
Liderança: Leonardo Fontenelle.

5. **UFBA** - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA; Liderança: Maria Conceição do Rosário.

6. **C-TOC/PE** - Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE; Liderança: Kátia Petribú.

7. **UFRGS** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS; Liderança: Aristides V. Cordioli

8. **FFFCMPA** - Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre; Liderança: Ygor A.Ferrão.

Outros objetivos do C-TOC são: incentivar o desenvolvimento de grupos de pesquisa de excelência no país através de intercâmbio contínuo entre os centros; melhorar a capacitação técnica dos profissionais de saúde mental; promover o treinamento em pesquisa de alunos de graduação e pós-graduação dos centros e difundir novos conhecimentos para portadores de TOC e seus familiares.

Desde a implementação do C-TOC, liderado pelo Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho (FMUSP), a autora deste trabalho possuiu um papel significativo na liderança e condução do Consórcio: promoveu a organização dos encontros dos participantes do C-TOC (até o momento 11 encontros, em geral um ou dois ao ano); coordenou o treinamento dos entrevistadores; e foi responsável por toda organização do banco de dados (desde a

elaboração até finalização), que atualmente é o maior e mais completo banco de pacientes com TOC no mundo.

Os centros do C-TOC contribuíram com os pacientes nas seguintes proporções:

**Tabela 1:** Proporção de pacientes de acordo com cada centro do C-TOC

<b>USP</b>	445 pacientes (44,5%)
<b>UNIFESP</b>	54 pacientes (5,4%)
<b>UNESP</b>	49 pacientes (4,9%)
<b>UFRJ</b>	37 pacientes (3,7%)
<b>UFBA</b>	43 pacientes (4,3%)
<b>UPE</b>	143 pacientes (14,3%)
<b>UFRGS e FFFCMPA</b>	230 pacientes (23%)

Legenda: USP: Universidade de São Paulo; UNESP: Universidade Federal do Estado de São Paulo; UNESP: Universidade Estadual de São Paulo; UFRJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; UFBA: Universidade Federal da Bahia; UPE: Universidade de Pernambuco; UFRGS: Universidade Federal do rio Grande do Sul; FFFCMPA: Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

Os pacientes foram avaliados por psiquiatras e psicólogos com experiência em tratamento do TOC em cada respectivo centro (vide descrição do treinamento dos pesquisadores abaixo), e uma cópia da Apostila de Primeiro Atendimento de cada paciente foi enviada para São Paulo (FMUSP - PROTOC), local onde fica armazenado o Banco de Dados do C-TOC.

Uma parte dos pacientes do centro da USP pertence aos consultórios privados do orientador (ECM) e da pesquisadora Ana Hounie. Esses pacientes autorizaram a utilização dos dados para esta pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento e também preencheram a apostila de primeiro atendimento.

#### 4.3.3 Central de Banco de Dados

A Central de Banco de Dados do C-TOC constitui o armazenamento de todos os dados dos pacientes do Consórcio, o qual é feito da seguinte maneira:

- a) uma máscara da Apostila de Primeiro Atendimento foi construída em versão eletrônica com um programa de computador chamado *builder*, no formato exato da apostila impressa;
- b) todos os dados das 1001 apostilas foram verificados nas apostilas impressas pela autora deste projeto (tanto dos pacientes de São Paulo quanto dos outros estados);
- c) se a Apostila estivesse com todos os dados completos e sem nenhum erro, esta era selecionada para a “fila de inserção de dados” (item e);
- d) se a autora encontrou algum dado faltando, ou algum erro ou inconsistência, a apostila correspondente voltava para o respectivo centro e aguardava a correção;
- e) as Apostilas iam para a “fila de inserção de dados”, para que um dos responsáveis pela inserção dos dados no programa *builder* inserisse os dados no banco. Esta inserção foi feita por alunos de psicologia estagiários no PROTOC, também treinados junto aos demais profissionais do PROTOC;
- f) os dados inseridos no *builder* eram automaticamente direcionados ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Devido ao grande número de variáveis contidas na Apostila (mais de mil e oitocentas variáveis), os dados eram divididos em sete arquivos diferentes no *builder*.
- g) com auxílio de um técnico do programa, a autora realizou a consolidação dos dados, ou seja, juntaram-se os sete arquivos em um único arquivo;
- h) após a finalização do banco consolidado, iniciou-se a verificação de consistência dos dados, o que significa que todas as variáveis de todos os pacientes foram conferidas uma a uma. A consistência do banco também foi feita pela autora, que contou com a ajuda de dois

líderes do C-TOC (MCR e YF) e um estatístico. O objetivo de checar a consistência do banco era verificar dados faltantes ou que foram inseridos errados. Quando um erro era encontrado, buscava-se a respectiva Apostila de Primeiro Atendimento para verificação do dado.

i) terminada a checagem da consistência do banco de dados, este estava pronto para ser utilizado pelos membros do C-TOC mediante pedido de autorização para os líderes.

#### 4.3.4 Critérios de inclusão

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados:

(1) diagnóstico de TOC de acordo com os critérios do DSM-IV;

#### 4.3.5 Critérios de exclusão

Os seguintes critérios de exclusão foram considerados:

(1) história de traumatismo crânio-encefálico com amnésia pós-traumática;

(2) deficiência mental moderada ou grave;

### (3) diagnóstico de esquizofrenia.

#### 4.4 Instrumentos de Avaliação

Todos os 1001 pacientes do presente estudo foram avaliados de forma direta por psiquiatras e psicólogos que fazem parte do C-TOC. Os instrumentos preenchidos pelos entrevistadores estão contidos na Apostila de Primeiro Atendimento (Miguel et al., 2007). A Apostila de Primeiro Atendimento (APA) é um protocolo desenvolvido pelo PROTOC e utilizado por todo o C-TOC. Esta APA foi elaborada com o objetivo de avaliar de forma minuciosa e abrangente pacientes com TOC utilizando instrumentos padronizados de avaliação. O tempo de aplicação e preenchimento para cada paciente varia entre três a oito horas, dependendo da rapidez do paciente, visto que pacientes obsessivos são às vezes muito lentos em dar respostas ou decidir.

Todos os pacientes preencheram a APA. A descrição dos instrumentos contidos na APA será feita a seguir. Ressaltamos que alguns dos instrumentos descritos não foram usados no presente estudo, mas estão descritos neste trabalho para mencionar todo o conteúdo da APA (os instrumentos que contém as variáveis utilizadas nesta pesquisa estão assinalados por asterisco):

1. \*A Ficha de Dados Demográficos, elaborada e padronizada para a coleta das variáveis demográficas, investigou os seguintes itens: sexo, idade, escolaridade;
2. Nível socioeconômico. O nível socioeconômico foi definido de acordo com os itens da Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado - ABIPEME divididos em classes sociais A, B, C, D e E (Almeida; Wickerhauser, 1991).

3. \*Questionário Médico e Sobre Fatores de Risco (desenvolvido pelo PROTOC com base em instrumentos desenvolvidos inicialmente na Universidade de Yale, pelo Dr. James Leckman e seus colaboradores), que inclui: investigação sobre dados pessoais; histórico sobre gestação, parto e desenvolvimento; históricos escolar e profissional; histórico médico, incluindo tratamentos psiquiátricos prévios;
4. \* Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DY-BOCS (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - DY-BOCS*) (Rosário-Campos et al., 2006);
5. \* Escala *Yale-Brown* de Sintomas Obsessivo-Compulsivos - Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) (Goodman et al., 1989);
6. \* Escala de Fenômenos Sensoriais USP-SPS (Rosário-Campos et al., 2005);
7. \* Questionário sobre História Natural de TOC (Leckman et al., 2002);
8. \* Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo *Yale Child Study Center* - YGTSS (*Yale Global Tics Severity Scale*) (Leckman et al., 1989);
9. \* Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1961) e Inventário de Ansiedade de Beck (Beck et al., 1988);
10. \* K-SADS adaptada para adultos para avaliar Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção (Mattos et al., 2006); Escala de Hiperatividade MTA-SNAP (Adler et al., 2006);
11. \* Escala para Transtorno de Ansiedade de Separação (baseada na K-SADS: Orzaschel, Puig-Antich, 1987);
12. Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (McHorney et al., 1993) e Escala de Adequação Social - EAS (Weissman et al, 1978);
13. Escala de Avaliação de Crenças de Brown traduzida por Ferrão e Hounie (Eisen et al., 1998);

14. \* Entrevista sobre Familiares (desenvolvida pelo PROTOC);
15. \* Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID-I/P - *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition*) (First et al., 1995);
16. \* SCID para Transtornos do Impulso traduzida pela equipe do PROTOC (First, 2004);
17. Escala de Impressão Clínica Global (CGI - versão adaptada) (Guy, 1976);
18. Questionário de História de Trauma (Goodman et al., 1998); *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - PCL-C* (Weathers et al., 1993); Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (Fizman et al., 2005).

Alguns instrumentos estão descritos de forma mais detalhada a seguir:

- Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DY-BOCS - Para avaliar a presença e gravidade das dimensões de sintomas obsessivo compulsivos já propostos na literatura, a escala dimensional DY-BOCS foi criada e validada por Rosário-Campos e colaboradores (2006). Este é um questionário que foi baseado em parte nos itens da *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* e em resultados de análises fatoriais de estudos envolvendo pacientes dos Estados Unidos, Brasil e Canadá. Esta escala dividiu 88 tipos de sintomas em seis dimensões de SOC diferentes. Outra característica da DYBOCS é permitir investigar a qual dimensão pertenceriam sintomas de repetição, checagem, rituais mentais e de evitação. Em outras escalas, esses sintomas, por exemplo, ritual de repetição para evitar uma obsessão sexual ou repetição para evitar um pensamento agressivo podem ficar ambíguos por não especificarem a que conteúdo se referem. A escala DY-BOCS permite que o entrevistador especifique a qual dimensão o sintoma pertence, além de poder quantificá-lo de maneira específica. Os sintomas na escala DY-BOCS podem ser marcados como ausentes, presentes atualmente ou presentes no passado. Uma das vantagens desta escala é a pontuação da gravidade referente a cada

dimensão de sintoma possibilitando identificar em qual dimensão o paciente é mais grave. Esta diferenciação pode ser útil para estudos de tratamento. A pontuação da gravidade desta escala varia de 0 a 15 pontos (perguntas referentes ao tempo que os sintomas ocupam (0 a 5), a angústia ou sofrimento que causam (0 a 5) e interferência no funcionamento (0 a 5). A partir da gravidade geral investiga-se também o prejuízo ou comprometimento causado pela presença dos SOC na vida da pessoa e como ela os percebe, com variação de 0 a 15. O escore total final da DYBOCS varia de zero a 30 pontos (correspondendo a soma entre a gravidade de todos os SOC independente de dimensão (0 a 15) e o escore de prejuízo (0 a 15). As seis dimensões de sintomas são: 1 - “agressão/violência”; 2 - “sexual/religião”; 3 - “ordem/simetria/contagem /arranjo”; 4 - “contaminação/limpeza”; 5 - “coleccionismo” e 6 - “diversas”.

- Escala *Yale-Brown* de Sintomas Obsessivo-Compulsivos - Y-BOCS - Avalia a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. Esta descreve e oferece exemplos de tipos de SOC e é seguida pela avaliação da sua gravidade. Possui cinco questões referentes ao tempo gasto com as obsessões e compulsões, interferência nas atividades diárias e angústia causada pelos SOC, além de resistência e controle dos SOC, com respostas variando de 0 a 4 pontos e escore máximo de 40 pontos.

- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I (SCID-I/P – *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient edition*) - Esta é uma entrevista semiestruturada aplicada apenas por avaliadores treinados, em indivíduos com 16 anos ou mais, para obter os diagnósticos de comorbidades psiquiátricas do Eixo I do DSM-IV. A SCID avalia transtornos atuais (último mês) e/ou passados, com respostas que podem ser positivas, negativas ou positivas subclínicamente.

- Entrevista para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças e Adolescentes (K-SADS – Kiddie-Schizophrenia and Affective Disorders) (Chambers et al., 1985). Esta também é uma entrevista semiestruturada aplicada por entrevistadores treinados, em indivíduos com até 16 anos para obter os diagnósticos de comorbidades psiquiátricas do Eixo I do DSM-IV. Esta entrevista não faz parte da APA, mas foi utilizada nos pacientes com menos de 16 anos no lugar da entrevista padronizada SCID.

Para avaliar a história familiar de transtornos psiquiátricos foi utilizada uma ficha desenvolvida pelo PROTOC, como descrito acima, e esta foi a única variável avaliada indiretamente, ou seja, perguntada ao paciente sobre seu parente. Este é o método “história familiar” no qual se pergunta para o paciente sobre possíveis transtornos psiquiátricos nos familiares, tratando-se de uma coleta indireta. Sempre que um familiar estivesse presente, este também respondia às perguntas sobre história familiar.

Para avaliar a resposta ao tratamento, foi elaborado um protocolo chamado Apostila de Retorno, com as seguintes escalas que também fazem parte da Apostila de Primeiro Atendimento:

- Escala Y-BOCS
- Escala DY-BOCS (apenas avaliação da gravidade)
- Escala YGTSS (apenas avaliação da gravidade)
- Inventário de Depressão de Beck e Inventário de Ansiedade de Beck
- Questionário de Qualidade de Vida SF-36 e Escala de Adequação Social EAS
- Escala de Impressão Clínica Global

#### 4.4.1 Confiabilidade entre os entrevistadores

O treinamento dos profissionais envolvidos no C-TOC foi realizado nos encontros promovidos pelo Consórcio desde o ano de 2004 e em viagens realizadas pela autora aos respectivos centros para essa finalidade. Nesses encontros a autora ministrou o treinamento de todos os instrumentos contidos na Apostila, com ênfase nas escalas mais importantes. Em alguns centros, o treinamento foi feito com um portador de TOC respondendo às escalas e todo o encontro filmado, após autorização do paciente. No PROTOC, a autora é considerada o padrão-ouro na aplicação da Apostila de Primeiro Atendimento, por isso ficou responsável pelo treinamento dos demais centros.

Especificamente no PROTOC, o treinamento de cada profissional consistiu em ser orientado por um supervisor, assistir aos vídeos de aplicação das entrevistas e observar a aplicação das entrevistas em pacientes até ser considerado apto a ministrar os instrumentos.

#### 4.5 Variáveis estudadas

As variáveis escolhidas para este estudo estão descritas abaixo. Estas variáveis foram selecionadas para serem analisadas mais detalhadamente dentre o grande número de variáveis que a APA gerou:

- Dados demográficos
- Idade de início dos SOC
- Tipos de sintomas do TOC
- Presença de sintomas e gravidade nas dimensões do TOC
- Curso dos sintomas do TOC
- Escores nos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck
- Comorbidades associadas ao transtorno
- Antecedentes familiares
- Resposta ao tratamento

#### 4.6 Análise estatística

A descrição da amostra foi feita por meio de análises descritivas que serão apresentadas em tabelas com frequências e porcentagens para as variáveis categoriais, e médias e erros-padrão para as variáveis numéricas. Para comparação das variáveis categoriais foram realizados os testes qui-quadrado e para variáveis numéricas, testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e testes paramétricos tipo ANOVA. Foram considerados para todos os testes nível de significância de 5%.

O estudo das idades de início das comorbidades foi realizado utilizando a abordagem bayesiana. Para tal, foram apresentadas as distribuições das médias das idades

de início de cada comorbidade, dispostos em figuras e tabelas. Essas distribuições contêm todas as informações obtidas pelos dados para as médias das idades de início, sendo possível, por exemplo, obter estimativas pontuais e intervalos de credibilidade para essas médias. Na sessão de ‘Resultados’, será apresentada uma legenda para facilitar a compreensão das figuras onde estão dispostas as comorbidades.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Dados demográficos

A amostra total foi composta de 1001 pacientes com TOC, com idade variando entre 9 e 82 anos. A média de idade atual foi de 34,85 anos ( $ep=0,41$ ) com média de 14,6 anos ( $ep=0,16$ ) de estudo (foi perguntado quantos anos a pessoa estudou, incluindo alfabetização). Os principais resultados dos dados demográficos estão descritos na tabela 2.

Na nossa amostra a prevalência de mulheres (56,9%) foi pouco superior a de homens (43,2%) e apesar de uma idade atual média superior a 30 anos, a maioria dos sujeitos relatou estar solteiro no momento da avaliação (54,4%). A distribuição étnica foi condizente com a esperada para a população geral. A frequência de desemprego foi de 15% e o nível socioeconômico se concentrou nas classes média e média alta. A grande maioria dos pacientes já tinha sido submetida a tratamento psiquiátrico (76,2%) e psicoterápico (64,3%), não necessariamente para o TOC.

**Tabela 2:** Dados demográficos da amostra dos 1001 pacientes com TOC

<b>Sexo</b>	Masculino	432 (43,2%)
	Feminino	569 (56,9%)
<b>ABIPEME</b>	A	168 (16,8%)
	B	386 (38,6%)
	C	352 (35,2%)
	D	73 (7,3%)
	E	22 (2,2%)
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	544 (54,4%)
	Casado	377 (37,7%)
	Divorciado	66 (6,6%)
	Viúvo	14 (1,4%)
<b>Ocupação Atual</b>	Trabalhando	433 (43,3%)
	Aposentado	108 (10,8%)
	Estudante	179 (17,9%)
	Desempregado	154 (15,4%)
	Do lar	104 (10,4%)
	Outros	23 (2,3%)
<b>Etnia</b>	Branca	832 (83,2%)
	Negra	39 (3,9%)
	Amarela	13 (1,3%)
	Mulata/parda	115 (11,5%)

## 5.2 Avaliação dos sintomas obsessivo-compulsivos

Na amostra total, a idade média do início dos SOC foi de 12,6 anos (ep=0,23). A idade média de quando os sintomas começaram a interferir na vida do indivíduo foi de 22,2 anos (ep=0,39), e a idade média do primeiro tratamento foi de 29,4 anos (ep=0,42). A média da duração da doença (calculada a partir da idade atual menos a idade de início dos sintomas) foi de 22,4 anos (ep=0,42).

As frequências dos SOC de acordo com as diferentes dimensões de sintomas, e as médias dos escores das dimensões na escala DY-BOCS, estão dispostas na tabela 3. O escore médio da escala Y-BOCS, que avalia a gravidade dos sintomas e as médias dos escores dos Inventários de Beck depressão e Beck ansiedade também se encontram na tabela 3.

Em relação ao conteúdo dos sintomas, as dimensões com escores maiores de gravidade foram as dimensões de “Agressão/Violência”, “Simetria/Ordem”, “Contaminação/Limpeza” e “Diversas”. As menos graves foram as dimensões “Sexual/Religiosa” e “Colecionismo”.

**Tabela 3:** Gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com a escala DY-BOCS, Y-BOCS e média dos Inventários de Beck Depressão e Beck Ansiedade e YGTSS nos 1001 pacientes com TOC

	Média Atual (EP)	Média Pior Fase (EP)
Dimensão “Agressão/Violência”	6,73 (0,17)	8,16 (0,52)
Dimensão “Sexual/Religião”	4,30 (0,15)	5,68 (0,18)

<b>Dimensão “Simetria/Ordem”</b>	7,52 (0,19)	8,76 (0,15)
<b>Dimensão “Contaminação/Limpeza”</b>	6,22 (0,16)	7,62 (0,15)
<b>Dimensão “Colecionismo”</b>	3,15 (0,13)	3,89 (0,14)
<b>Dimensão “Diversas”</b>	7,54 (0,15)	8,87 (0,15)
<b>Prejuízo Global DY-BOCS</b>	10,21 (0,10)	11,14 (0,10)
<b>Escore Total DY-BOCS</b>	21,15 (0,20)	23,62 (0,16)
<b>Y-BOCS Obsessão</b>	12,68 (0,12)	NA
<b>Y-BOCS Compulsão</b>	12,83 (0,13)	NA
<b>Y-BOCS Total</b>	25,51 (0,24)	NA
<b>Beck Depressão</b>	16,50 (0,36)	NA
<b>Beck Ansiedade</b>	16,02 (0,37)	NA
<b>YGTSS</b>	28,97 (1,27)	NA

EP= erro padrão; NA= não avaliado

DY-BOCS= Escala dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos; Y-BOCS= Escala de sintomas obsessivo-compulsivos da Yale-Brown; YGTSS = Escala para gravidade global dos tiques da Yale

### 5.3 Avaliação das comorbidades

Da amostra total, 921 pacientes (92,1%) apresentaram pelo menos um tipo de comorbidade ao longo da vida de acordo com os instrumentos de avaliação SCID-I ou K-SADS. Novecentos e sessenta e sete pacientes foram avaliados com a SCID-I e 34 pacientes avaliados com a K-SADS, já que tinham menos de 16 anos de idade no momento da avaliação. O número médio de diagnósticos psiquiátricos na amostra foi de 3,9 ( $p=0,09$ ) ao longo da vida.

Com a finalidade de facilitar as análises devido ao grande número de possíveis diagnósticos adicionais avaliados no presente estudo, optou-se por juntar as comorbidades pertencentes ao mesmo grupo de acordo com definições mais abrangentes (tabela 4):

**Tabela 4:** Agrupamento dos transtornos psiquiátricos segundo definições mais abrangentes

<b>Ansiedade de Separação</b>	Ansiedade Separação
<b>TDAH</b>	Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade
<b>T. Tiques</b>	Síndrome de Tourette; T. de Tiques Motor ou Vocal Crônico
<b>T. Ansiosos</b>	T. Pânico (com e sem Agorafobia); T. Ansiedade Generalizada; Fobia Simples; Fobia Social
<b>TEPT*</b>	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
<b>T. Espectro OC</b>	Tricotilomania; Dermatotilexomania ( <i>Skin Picking</i> ); T. Dismórfico Corporal
<b>T. Controle- Impulsos</b>	Comprar Compulsivo; Jogo Patológico; Piromania; Abuso Internet; Abuso Videogame; Cleptomania; T. Sexual Não-Parafilico
<b>T. Alimentares</b>	Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; T. Compulsão Alimentar Periódica
<b>A. Substância</b>	Abuso e Dependência de Álcool, Maconha, Cocaína, Estimulantes, Ópio, Alucinógenos

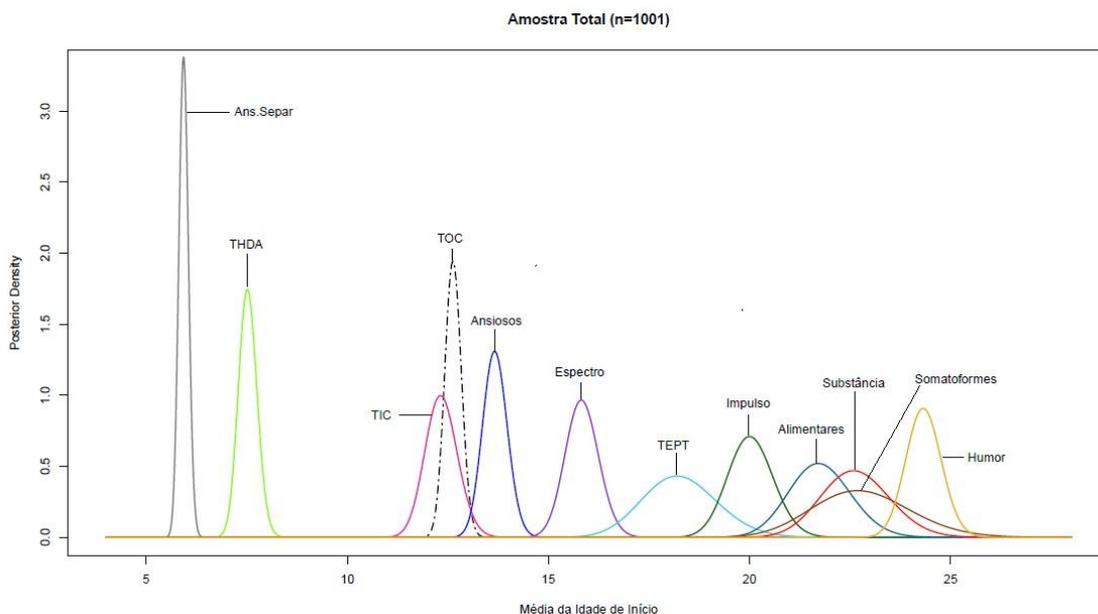
<b>T. Somatoformes</b>	T. Somatoforme; T. Doloroso; T. Hipocondríaco
<b>T. Humor</b>	T. Unipolar; T. Bipolar I; T. Bipolar II

T.= transtorno; TDAH= transtorno de déficit de atenção com hiperatividade;

TEPT= transtorno de estresse pós-traumático; OC= obsessivo-compulsivo; A.= abuso

\* TEPT foi analisado separadamente do grupo de transtornos ansiosos por apresentar características clínicas diferentes dos outros transtornos ansiosos (Friedman et al., 2011)

Na figura 1 e na tabela 5 pode-se observar a distribuição das médias da idade de início das comorbidades do Eixo I nos 1001 pacientes da amostra. De forma crescente, encontrou-se a média de idade de início de ansiedade de separação de 5,9 anos (ep=0,12); TDAH de 7,5 anos (ep=0,27); transtorno de tiques igual a 12,3 anos (ep=0,43); TOC igual a 12,6 anos (ep=0,23); transtornos ansiosos igual a 13,7 anos (ep=0,35); transtornos do espectro OC igual a 15,8 anos (ep=0,47); TEPT igual a 18,2 anos (ep=0,95); transtornos do controle de impulso igual a 20 anos (ep=0,60); transtornos alimentares igual a 21,7 anos (ep=0,81); abuso de substância igual a 22,6 (ep=0,93); transtornos somatoformes igual a 22,7 anos (ep=1,24) e transtornos de humor igual a 24,3 anos (ep=0,45).



**Figura 1:** Distribuição das médias da idade de início das comorbidades do Eixo I nos 1001 pacientes com TOC.

**Legenda:** No gráfico acima, observamos as curvas da densidade *posteriori* da média da idade de início do TOC e de cada comorbidade (ou grupo de comorbidade). Essas distribuições são as funções de probabilidade normalizadas, ou seja, apresenta a distribuição da probabilidade da média de início de determinada comorbidade pertencer ao intervalo sob a curva dada. O pico da curva indica que a verdadeira média populacional é mais provável naquela região sob a curva. Assim, por exemplo, a média de idade de início de ansiedade de separação (próximo dos 6 anos) ocorre muito antes do que a de transtornos alimentares (próximo dos 22 anos), sendo que a primeira varia muito pouco em torno dos 6 anos e a segunda pode ocorrer entre 20 e 24 anos, com maior probabilidade de ocorrer perto dos 22 anos. Vale ressaltar que a área sob a curva é igual a um.

**Tabela 5:** Média de idade de início dos sintomas e frequência das comorbidades do Eixo I nos 1001 pacientes com TOC de acordo com a sequência em que aparecem na figura 1

	Idade de Início		Frequência	
	Média	EP	n	%
<b>Ansiedade Separação</b>	5,9	0,12	276	27,6

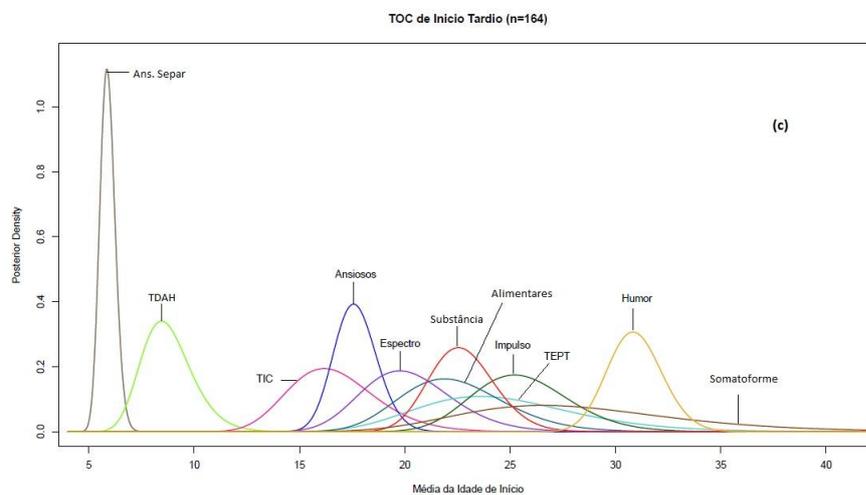
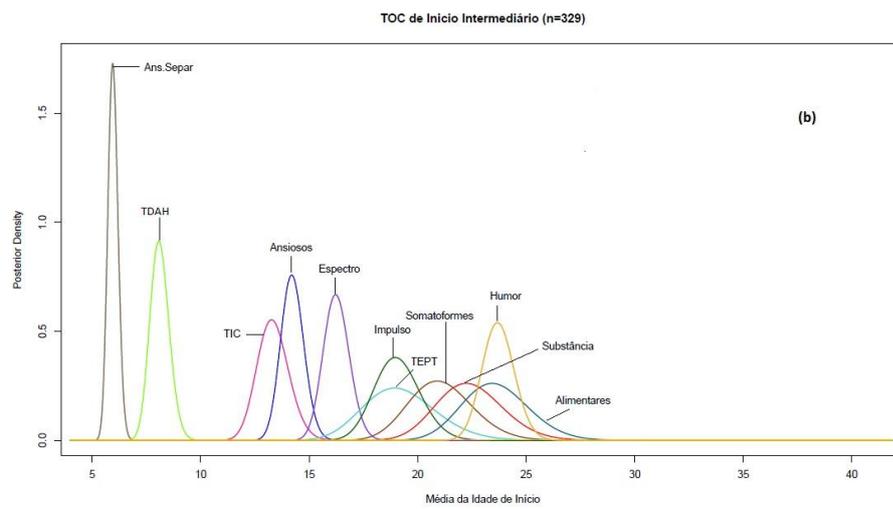
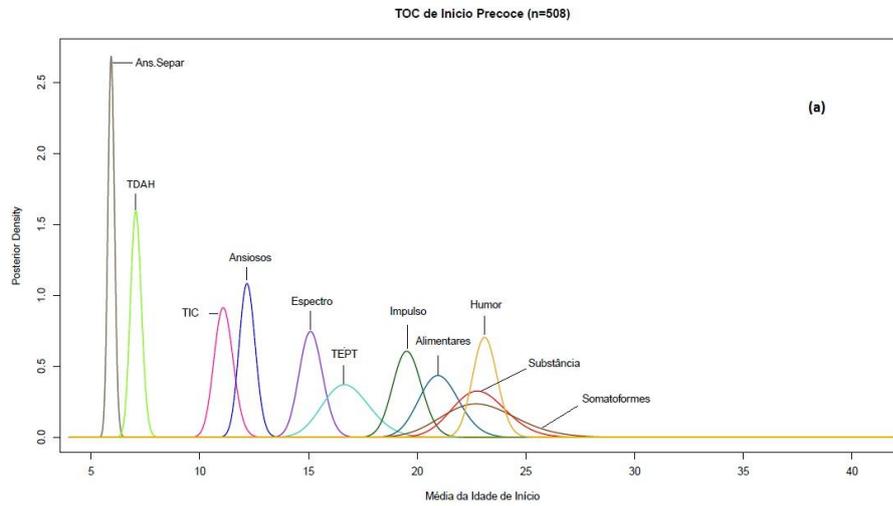
<b>TDAH</b>	7,5	0,27	127	12,7
<b>T. Tiques</b>	12,3	0,43	284	28,4
<b>TOC</b>	12,6	0,23	1001	100,0
<b>T. Ansiosos</b>	13,7	0,35	653	65,2
<b>T. Espectro</b>	15,8	0,47	275	27,5
<b>TEPT</b>	18,2	0,95	191	19,1
<b>T. Impulso</b>	20,0	0,60	239	24,0
<b>T. Alimentares</b>	21,7	0,81	114	11,4
<b>A. Substância</b>	22,6	0,93	102	10,2
<b>T. Somatoformes</b>	22,7	1,24	77	7,7
<b>T. Humor</b>	24,3	0,45	704	70,3

EP= erro padrão; T.= transtorno; TDAH= transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; TEPT= transtorno de estresse pós-traumático; A.= abuso

### 5.3.1 Distribuição das comorbidades do Eixo I de acordo com a idade de início dos sintomas do TOC

Com a finalidade de investigar se a distribuição das médias da idade de início das comorbidades sofria alteração de acordo com a idade de início dos sintomas do TOC (divididos em precoce – até 10 anos; intermediário – entre 11 e 17 anos; e tardio – maior que 18 anos), realizaram-se as mesmas análises de distribuição (figura 2 e tabela 6). Na tabela 6, observou-se que o subgrupo de início precoce dos sintomas apresentou maiores frequências dos seguintes diagnósticos comparados com o subgrupo de início intermediário e de início tardio: ansiedade de separação (33,7%;  $p < 0,001$ ); TDAH (14,6%;  $p = 0,031$ ); transtorno de tiques (32,1%;  $p = 0,009$ ); transtornos do espectro OC (32,5%;  $p < 0,001$ );

transtornos do controle do impulso (28,1%;  $p=0,005$ ) e transtornos do humor (74,2%;  $p=0,020$ ).



**Figura 2:** Distribuição das médias de idade de início das comorbidades do Eixo I nos pacientes com TOC com (a) início precoce ( $\leq 10$  anos); (b) início intermediário (entre 11 e 17 anos); (c) e início tardio ( $\geq 18$  anos)

**Tabela 6:** Média da idade de início e frequência das comorbidades do Eixo I nos 1001 pacientes com TOC de acordo com a idade de início dos SOC (precoce, intermediário e tardio)

Comorbidade	Início Precoce (n=508) (≤10 anos)				Início Intermediário (n=329) (entre 11 e 17 anos)				Início Tardio (n=164) (≥18 anos)				p-valor
	Idade de Início		Frequência		Idade de Início		Frequência		Idade de Início		Frequência		
	Média	EP	n	%	Média	EP	n	%	Média	EP	N	%	
<b>Ans.Separação</b>	5,9	0,15	171	33,7	5,9	0,23	77	23,4	5,9	0,35	28	17,1	<0,001
<b>TDAH</b>	7,0	0,30	74	14,6	8,1	0,49	42	12,8	8,4	1,36	11	6,7	0,031
<b>T. Tiques</b>	11,1	0,51	163	32,1	13,3	0,73	88	26,7	16,2	1,79	33	20,1	0,009
<b>T. Ansiosos</b>	12,2	0,43	333	65,6	14,2	0,63	214	65,0	17,6	1,08	106	64,6	0,973
<b>T. Espectro</b>	15,1	0,60	165	32,5	16,2	0,69	89	27,1	9,8	2,49	21	12,8	<0,001
<b>TEPT</b>	16,6	1,09	109	21,5	18,9	1,73	52	15,8	23,6	3,68	30	18,3	0,122
<b>T. Impulso</b>	19,5	0,71	142	28,1	18,9	1,10	70	21,5	25,2	2,22	27	16,6	0,005
<b>T. Alimentares</b>	20,1	0,99	69	13,6	23,4	1,69	28	8,5	21,9	2,39	17	10,4	0,071
<b>A. Substância</b>	22,8	1,34	55	10,8	22,2	1,69	29	8,8	22,5	1,68	18	11,0	0,602
<b>T. Somatoformes</b>	22,7	1,71	40	7,9	20,9	1,64	25	7,6	26,6	4,65	12	7,3	0,970
<b>T. Humor</b>	23,1	0,59	377	74,2	23,7	0,76	221	67,2	30,8	1,31	106	64,6	0,020

p-valor: teste qui-quadrado para a comparação das proporções das comorbidades em cada grupo.

EP= erro padrão; T.= transtorno; Ans.= ansiedade; TDAH= transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; TEPT= transtorno de estresse pós-traumático;  
A= abuso

Na tabela 7 encontra-se a comparação da gravidade dos SOC avaliados de acordo com as escalas padronizadas Y-BOCS e DY-BOCS nos diferentes subgrupos de idade de início (precoce, intermediário e tardio). Em todas as medidas avaliadas o subgrupo de início precoce dos sintomas apresentou-se mais grave do que o subgrupo de início tardio, com exceção da dimensão de “Contaminação/Limpeza” que não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

**Tabela 7:** Comparação de gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com idade de início dos SOC (precoce, intermediário e tardio)

	Início Precoce		Início Intermediário		Início Tardio		Total		p-valor <sup>1</sup>	p-valor <sup>2</sup>
	(n=508)		(n=329)		(n=164)		(n=1001)			
	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP		
D. "Agressão"	6,8	0,22	4,9	0,27	4,4	0,39	5,4	0,16	<0,001	<0,001
D. "Sexual, Religioso"	4,8	0,22	4,0	0,26	3,4	0,37	4,3	0,15	0,003	0,003
D. "Simetria"	8,1	0,19	7,0	0,25	5,5	0,39	7,3	0,15	<0,001	<0,001
D. "Contaminação"	6,5	0,23	6,0	0,28	5,7	0,41	6,2	0,16	0,139	0,117
D. "Colecionismo"	3,6	0,18	2,9	0,22	2,1	0,30	3,1	0,13	<0,001	<0,001
D. "Diversas"	8,0	0,20	7,2	0,26	6,6	0,39	7,5	0,15	<0,001	0,002
Prejuízo atual global	10,5	0,15	10,1	0,19	9,4	0,29	10,2	0,11	<0,001	<0,001
DY-BOCS Total	21,8	0,27	20,9	0,34	19,5	0,52	21,1	0,12	<0,001	<0,001
Y-BOCS Obsessões	13,1	0,17	12,4	0,22	11,9	0,31	12,7	0,12	<0,001	<0,001
Y-BOCS Compulsões	13,2	0,18	12,6	0,23	12,1	0,33	12,8	0,13	0,008	0,009

p-valor<sup>1</sup>: ANOVA; p-valor<sup>2</sup>: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

EP= erro padrão; D.= dimensão; DY-BOCS= Escala dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos; Y-BOCS= Escala de sintomas obsessivo-

---

compulsivos da Yale-Brown

Comparando variáveis clínicas de acordo com a idade de início dos sintomas pode-se observar que o subgrupo de início precoce apresentou maior frequência de curso com piora progressiva de acordo com o Questionário de História Natural do TOC ( $p < 0,001$ ) e maior frequência de história familiar de TOC ( $p < 0,001$ ) e Tiques ( $p = 0,013$ ) comparado aos subgrupos intermediário e tardio (tabela 8).

**Tabela 8:** Comparação de variáveis clínicas de acordo com idade de início dos SOC (precoce, intermediário e tardio)

	Início Precoce		Início Intermediário		Início Tardio		Total		p-valor
	(n=508)		(n=329)		(n=164)				
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	
<b>Sexo</b>									
Masculino	209	41,1	158	48,0	65	39,6	432	43,2	0,088
Feminino	299	58,9	171	52,0	99	60,4	569	56,9	
<b>Curso</b>									
Piora Progressiva	224	44,1	113	34,3	49	29,9	386	38,6	<0,001
Outros	284	55,9	216	65,7	115	70,1	615	61,4	
<b>História Familiar: TOC</b>									
Não	215	42,3	178	54,3	104	63,4	497	49,7	<0,001
Sim	293	57,7	150	45,7	60	36,6	503	50,3	
<b>História Familiar: Tiques</b>									
Não	370	77,6	247	78,7	136	88,3	753	79,7	0,013
Sim	107	22,4	67	21,3	18	11,7	192	20,3	



Com relação à resposta ao tratamento (porcentagem de redução na escala Y-BOCS) não houve diferença entre os grupos de acordo com a idade de início dos sintomas obsessivo-compulsivos (tabela 9). É importante mencionar que o dado de resposta ao tratamento estava disponível para apenas 213 pacientes da amostra total. Estes foram submetidos a um ensaio clínico realizado em nosso grupo (Belloto-Silva et al., 2011).

**Tabela 9:** Comparação de variáveis clínicas de acordo com idade de início dos SOC (precoce, intermediário e tardio)

	Início Precoce		Início Intermediário		Início Tardio		Total		p-valor <sup>1</sup>	p-valor <sup>2</sup>
	(n=110)		(n=63)		(n=40)		(n=213)			
	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP		
% redução Y-BOCS	24,8%	2,76%	17,1%	3,79%	26,5%	5,6%	22,8%	2,10%	0,202	0,126

p-valor<sup>1</sup>: ANOVA; p-valor<sup>2</sup>: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis; Y-BOCS= Escala de sintomas obsessivo-compulsivos da Yale-Brown

### 5.3.2 Distribuição das comorbidades do Eixo I de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido

Com a finalidade de verificar se haveria diferença na proporção das comorbidades do Eixo I de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido, compararam-se dois grupos: o subgrupo em que o TOC foi o primeiro diagnóstico no paciente (n=416) e o subgrupo em que o paciente apresentou qualquer outro transtorno como primeiro diagnóstico (n=486). Vale mencionar que 99 pacientes não tinham a idade de início de todas as comorbidades e foram excluídos desta análise. Observou-se que para pacientes com TOC que tiveram qualquer outro transtorno do Eixo I como primeiro diagnóstico tiveram maior frequência de ansiedade de separação (44,2%;  $p < 0,001$ ), TDAH (19,3%;  $p < 0,001$ ), transtorno de tiques (35,2%;  $p = 0,007$ ), transtornos ansiosos (84%;  $p < 0,001$ ) e transtorno de estresse pós-traumático (23,7%;  $p = 0,038$ ) comparados com os pacientes com TOC como primeiro diagnóstico (tabela 10).

**Tabela 10:** Comparação das proporções das comorbidades quando o primeiro diagnóstico foi TOC ou foi qualquer outro transtorno do Eixo I nos pacientes com TOC

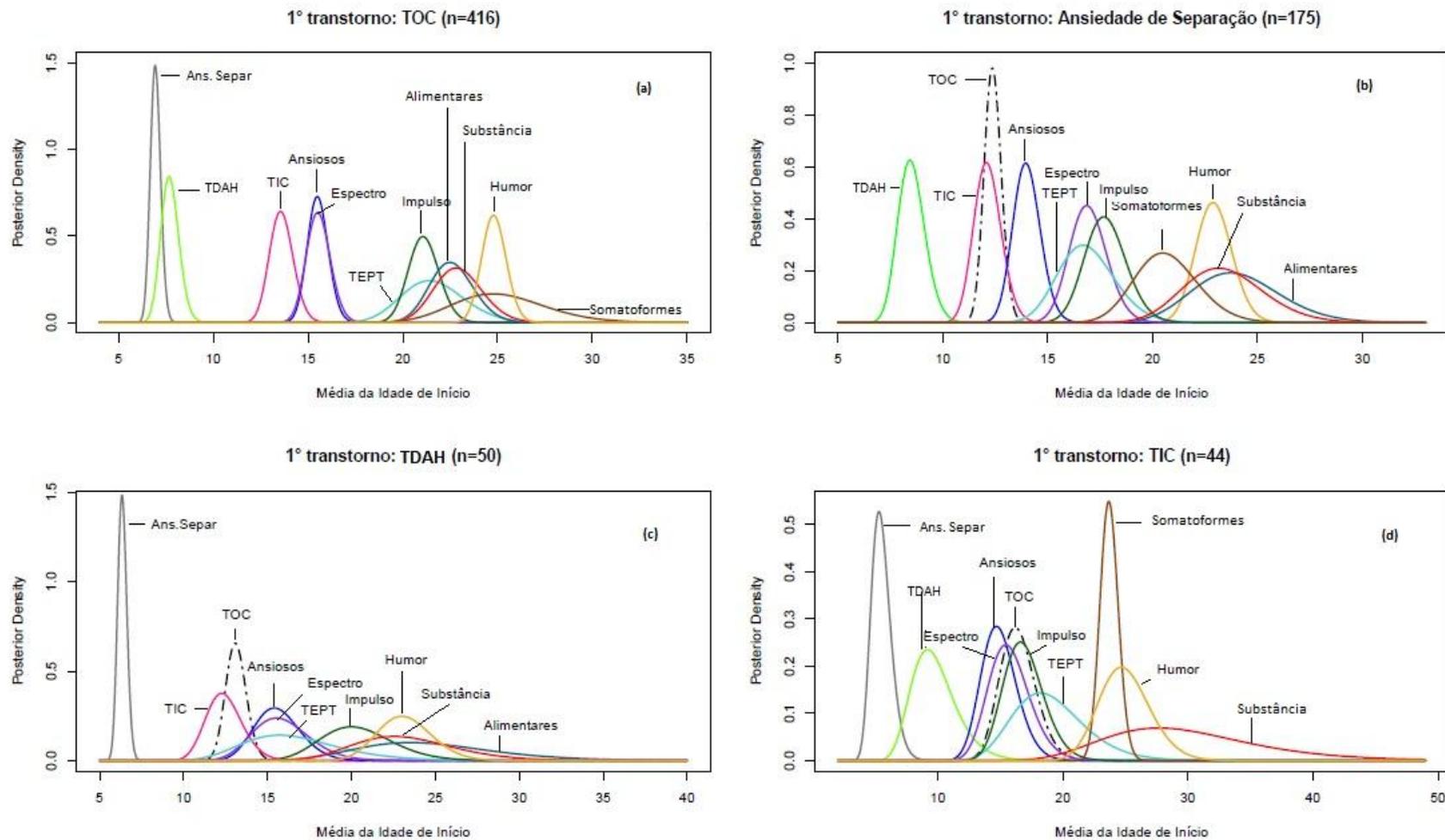
1º Transtorno	TOC (n=416)				Outros Transtornos (n=486)				p-valor
	Idade de Início		Frequência		Idade de Início		Frequência		
Comorbidade	Média	EP	N	%	Média	EP	n	%	
Ans. Separação	6,9	0,27	61	14,7	5,6	0,13	215	44,2	<0,001
TDAH	7,7	0,59	33	7,9	7,5	0,23	94	19,3	<0,001
T. Tiques	13,5	0,70	111	26,7	11,5	0,54	171	35,2	0,007
TOC	10,1	0,32	416	100,0	14,6	0,35	486	100,0	-
T. Ansiosos	15,7	0,61	282	67,8	12,0	0,40	408	84,0	<0,001
T. Espectro	15,5	0,69	119	28,6	16,1	0,64	155	31,9	0,318
TEPT	21,4	1,15	74	17,8	16,1	1,19	115	23,7	0,038
T. Impulso	21,1	0,85	106	25,5	19,0	0,83	133	27,5	0,549
T. Alimentares	22,5	1,24	52	12,5	21,0	1,07	62	12,8	0,989
A.Substância	22,8	1,38	46	11,1	22,3	1,25	54	11,1	0,935
T. Somatoformes	24,8	2,44	29	7,0	21,6	1,39	48	9,9	0,151
T. Humor	24,8	0,67	316	76,0	23,9	0,62	369	75,9	0,948

p-valor: teste qui-quadrado para a comparação das proporções das comorbidades em cada grupo

EP= erro padrão; T.= transtorno; Ans.= ansiedade; TDAH= transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; TEPT= transtorno de estresse pós-traumático

A partir dos resultados obtidos na análise acima, investigou-se a distribuição das médias de idade de início das comorbidades quando o primeiro diagnóstico foi ansiedade de separação (n=175); TDAH (n=50) e transtorno de tiques (n=44) (figura 3).

Dos outros pacientes que não tiveram TOC, ansiedade de separação, TDHA e transtorno de tiques como primeiro diagnóstico, apresentaram como primeiro diagnóstico: transtornos ansiosos (173 pacientes), transtornos do espectro OC (15 pacientes), transtornos do controle do impulso (10 pacientes), transtornos alimentares (4 pacientes), abuso de substância (1 paciente) e transtornos do humor (14 pacientes).



**Figura 3:** Distribuição das médias das idades de início das comorbidades do Eixo I quando o primeiro diagnóstico foi (a) TOC; (b) ansiedade de separação; (c) TDAH; (d) transtornos de tiques



Na tabela 11 encontram-se as médias de idade de início de todas as comorbidades do Eixo I e frequências de acordo com o início do primeiro diagnóstico desenvolvido (ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques).

Destas análises é possível observar que:

- Pacientes com TOC que apresentaram ansiedade de separação como primeiro diagnóstico tiveram maior frequência de transtornos ansiosos (78,3%;  $p=0,058$ ), TEPT (30,3%;  $p=0,004$ ) e transtornos somatoformes (13,1%;  $p=0,056$ ).

- Pacientes com TOC que apresentaram TDAH como primeiro diagnóstico tiveram maior frequência de abuso de substância (16%;  $p<0,001$ ).

- Pacientes com TOC que apresentaram transtornos de tiques como primeiro diagnóstico tiveram maior frequência de transtornos do espectro OC (50%;  $p=0,034$ ).

**Tabela 11:** Média da idade de início das comorbidades do Eixo I e frequência quando o primeiro diagnóstico foi TOC, ansiedade de separação, TDAH e transtornos de tiques

1º Transtorno	TOC (n=416)				Ansiedade Separação (n=175)				TDAH (n=50)				Tiques (n=44)				p-valor
	Idade de Início		Frequência		Idade de Início		Frequência		Idade de Início		Frequência		Idade de Início		Frequência		
Comorbidade	Média	EP	n	%	Média	EP	N	%	Média	EP	N	%	Média	EP	N	%	
<b>Ans.Separação</b>	6,9	0,27	61	14,7	5,3	0,12	175	100,0	6,3	0,29	9	18,0	5,2	0,78	7	15,9	-
<b>TDAH</b>	7,7	0,59	33	7,9	8,4	0,75	21	12,0	6,4	0,26	50	100,0	9,2	1,74	6	13,6	-
<b>T. Tiques</b>	13,5	0,70	111	26,7	12,1	0,70	56	32,0	12,3	1,04	11	22,0	6,9	0,67	44	100,0	-
<b>TOC</b>	10,1	0,32	416	100,0	12,4	0,45	175	100,0	13,1	0,63	50	100,0	16,2	1,68	44	100,0	-
<b>T. Ansiosos</b>	15,7	0,61	282	67,8	13,9	0,77	137	78,3	15,2	1,55	35	70,0	14,2	1,85	34	77,3	0,058
<b>T. Espectro</b>	15,5	0,69	119	28,6	16,8	1,02	56	32,0	15,5	2,17	15	30,0	15,4	2,11	22	50,0	0,034
<b>TEPT</b>	21,4	1,15	74	17,8	16,7	1,46	53	30,3	15,7	3,02	9	18,0	18,2	2,70	6	13,6	0,004
<b>T. Impulso</b>	21,1	0,85	106	25,5	17,7	1,05	45	25,7	20,0	2,49	16	32,0	16,6	1,75	11	25,0	0,799
<b>T. Alimentares</b>	22,5	1,24	52	12,5	23,7	2,20	21	12,0	23,5	3,79	6	12,0	20,0	NA	2	4,5	0,490
<b>A. Substância</b>	22,8	1,38	46	11,1	23,1	2,07	23	13,1	22,6	3,60	8	16,0	27,7	6,39	6	13,6	<0,001

<b>T. Somatoformes</b>	24,8	2,44	29	7,0	20,5	1,64	23	13,1	27,5	12,50	2	4,0	23,7	0,88	4	9,1	<b>0,056</b>
<b>T. Humor</b>	24,8	0,67	316	76,0	22,9	0,90	133	76,0	23,0	1,80	36	72,0	24,7	2,26	34	77,3	0,929

---

p-valor: teste qui-quadrado para a comparação das proporções das comorbidades em cada grupo; NA= não se aplica

EP= erro padrão; T.= transtorno; Ans.= ansiedade; TDAH= transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; TEPT= transtorno de estresse pós-traumático

Comparando variáveis de gravidade (de acordo com medidas das escalas Y-BOCS e DY-BOCS) entre os grupos descritos acima, não se encontrou nenhuma diferença estatisticamente significativa, exceto para os pacientes com TOC com o primeiro diagnóstico de ansiedade de separação, que tiveram maiores escores na dimensão “Sexual/Religioso” na escala DY-BOCS ( $p=0,053$ ), e maiores escores nos Inventários de Beck de Ansiedade ( $p<0,001$ ) e Beck de Depressão ( $p=0,005$ ) (tabela 12).

**Tabela 12:** Comparação de gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido (TOC, ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques)

1ª Comorbidade	TOC		Ansiedade Separação		TDAH		Tiques		Total		p-valor <sup>1</sup>	p-valor <sup>2</sup>
	(n=416)		(n=175)		(n=50)		(n=44)		(n=1001)			
	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP		
<b>D. "Agressão"</b>	5,6	0,24	6,4	0,39	6,4	0,69	5,0	0,77	5,8	0,19	0,143	0,142
<b>D. "Sexual, Religioso"</b>	4,2	0,24	5,4	0,39	5,0	0,74	4,5	0,75	4,6	0,19	<b>0,053</b>	<b>0,042</b>
<b>D. "Simetria"</b>	7,9	0,22	7,6	0,34	7,7	0,62	6,3	0,78	7,7	0,17	0,215	0,366
<b>D. "Contaminação"</b>	6,5	0,26	6,9	0,37	5,7	0,71	4,7	0,79	6,4	0,20	0,078	0,095
<b>D. "Colecionismo"</b>	3,5	0,21	3,1	0,29	3,9	0,57	2,7	0,60	3,4	0,16	0,317	0,331
<b>D. "Diversas"</b>	7,6	0,23	8,2	0,36	8,2	0,61	8,7	0,63	7,9	0,18	0,358	0,417
<b>Prejuízo atual global</b>	10,5	0,17	10,6	0,25	10,9	0,39	9,9	0,58	10,5	0,13	0,439	0,691
<b>Total global</b>	21,6	0,29	21,8	0,45	22,9	0,63	21,1	1,06	21,7	0,23	0,417	0,699
<b>Y-BOCS Obsessões</b>	12,9	0,19	12,9	0,27	13,3	0,47	13,2	0,63	12,9	0,15	0,883	0,849
<b>Y-BOCS Compulsões</b>	13,2	0,20	13,0	0,31	13,3	0,51	12,7	0,72	13,1	0,16	0,875	0,947
<b>Y-BOCS Total</b>	26,1	0,37	25,9	0,54	26,6	0,95	25,9	1,24	26,1	0,28	0,950	0,954

<b>Beck Depressão</b>	16,8	0,56	20,1	0,86	17,9	1,56	15,2	9,27	17,6	0,43	0,005	0,005
<b>Beck Ansiedade</b>	15,6	0,54	20,5	0,93	18,3	1,63	16,3	10,3	17,1	0,44	<0,001	<0,001

p-valor<sup>1</sup>: ANOVA; p-valor<sup>2</sup>: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

EP= erro padrão; D.= dimensão; TDAH= transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; DY-BOCS= Escala dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos; Y-BOCS= Escala de sintomas obsessivo-compulsivos da Yale-Brown

Comparando outras variáveis clínicas (curso e história familiar) nestes grupos encontrou-se que pacientes com TOC que tinham TDAH como primeiro diagnóstico apresentaram maior frequência de curso com piora progressiva dos sintomas do TOC ( $p=0,033$ ) comparado com os outros grupos (tabela 13).

**Tabela 13:** Comparação de variáveis clínicas de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido (TOC, ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques)

1a Comorbidade	TOC		Ansiedade de Separação		TDAH		Tiques		Total		p-valor
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	
<b>Sexo</b>											0,407
Masculino	182	43,8	71	40,6	23	46,0	24	54,5	300	43,8	
Feminino	234	56,3	104	59,4	27	54,0	20	45,5	385	56,2	
<b>História Familiar: TOC</b>											0,865
Não	197	47,4	83	47,4	26	52,0	23	52,3	329	48,0	
Sim	219	52,6	92	52,6	24	48,0	21	47,7	356	52,0	
<b>História Familiar: Tiques</b>											0,356
Não	312	79,0	124	76,1	39	79,6	25	62,5	500	77,3	
Sim	83	21,0	39	23,9	10	20,4	15	37,5	147	22,7	
<b>Curso</b>											0,033
Piora Progressiva	165	39,7	69	39,4	29	58,0	13	29,5	276	40,3	
Outros	251	60,3	106	60,6	21	42,0	31	70,5	409	59,7	

TEPT= transtorno de estresse pós-traumático; TDAH= transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

Comparou-se a resposta ao tratamento de acordo com esses grupos e não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes (tabela 14). Novamente, a resposta ao tratamento foi avaliada de acordo com a porcentagem de redução na escala Y-BOCS. Cabe mencionar que este dado só estava disponível para 150 pacientes da amostra total, e quando a amostra foi dividida de acordo com o diagnóstico inicial, esse número diminuía bastante em cada grupo, podendo explicar a ausência de achado nesta análise.

**Tabela 14:** Comparação de resposta ao tratamento de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido (TOC, ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques)

1ª Comorbidade	Ansiedade										p-valor <sup>1</sup>	p-valor <sup>2</sup>
	TOC		Separação		TDAH		Tiques		Total			
	(n=99)		(n=39)		(n=4)		(n=8)		(n=150)			
	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP	Média	EP		
<b>% redução Y-BOCS</b>	24,7%	2,76%	21,0%	5,36%	18,8%	27,29%	5,5%	9,51%	22,6%	2,44%	0,356	0,311

p-valor<sup>1</sup>: ANOVA; p-valor<sup>2</sup>: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis; Y-BOCS= Escala de sintomas obsessivo-compulsivos da Yale-Brown; TDAH= transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

## 6. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou uma grande amostra de pacientes com TOC de forma direta e foram coletados dados atuais e retrospectivos da história de transtornos psiquiátricos junto com outros dados clínicos. Com essas informações foi construída uma linha do tempo informativa sobre a idade de início dos SOC e de outros transtornos adicionais ao longo da vida, bem como seu impacto na expressão clínica do TOC. Esta amostra reúne portadores de TOC de oito centros especializados no Brasil, compreendendo cinco estados e três regiões brasileiras, e consiste na maior amostra com dados fenotípicos bem caracterizados já estudados.

Os principais resultados deste estudo foram:

Em pacientes com TOC, as médias de idade de início das comorbidades apresentaram a seguinte sequência de aparecimento (de forma crescente): ansiedade de separação; TDAH; transtorno de tiques; TOC; transtornos ansiosos; transtornos do espectro OC; TEPT; transtornos do controle de impulso; transtornos alimentares; abuso de substância; transtornos somatoformes e transtornos de humor.

O subgrupo de início precoce dos sintomas apresentou características de comorbidades e clínicas diferentes dos grupos de início intermediário e tardio, sugerindo que pacientes com início precoce dos sintomas representam um subgrupo específico de pacientes. Apresentaram em comparação ao subgrupo de início tardio: maior frequência de ansiedade de separação, TDAH, transtorno de tiques, transtornos do espectro OC, transtornos do controle do impulso, transtornos do humor; maior gravidade em todas as medidas de escore nas escalas Y-BOCS e DY-BOCS, maior frequência de curso com piora progressiva e maior frequência de história familiar de TOC e tiques.

No entanto, pacientes com TOC que tiveram como primeiro diagnóstico ansiedade de separação, TDAH e transtorno de tiques também apresentaram características clínicas e de comorbidades distintas entre si, sugerindo que a primeira manifestação psicopatológica está associada com trajetórias específicas de transtornos psiquiátricos em pacientes com TOC.

Pacientes com ansiedade de separação como primeiro diagnóstico apresentaram maior frequência de outros transtornos ansiosos, transtornos somatoformes e TEPT; pior gravidade nas escalas de depressão e ansiedade e pior gravidade na dimensão “Sexual/Religioso” na escala DY-BOCS. Pacientes que tiveram TDAH como primeiro diagnóstico apresentaram maior frequência de abuso de substância e mais curso com piora progressiva do TOC. Pacientes que tiveram transtorno de tiques como primeiro diagnóstico apresentaram maior frequência de transtornos do espectro OC.

Desta forma, esses dados reforçam a hipótese que o TOC é um transtorno heterogêneo que pode compreender diversos subtipos de acordo com a abordagem escolhida.

### 6.1 Dados Demográficos

Os dados demográficos apresentados nesta amostra representam o perfil dos portadores de TOC que procuram algum tipo de tratamento (psicoterápico, medicamentoso ou cirúrgico) em centros de referência em TOC no Brasil.

Nesta amostra houve predominância do sexo feminino (56,9%), similar a outros estudos com amostras clínicas (Rasmussen & Tsuang, 1986, 1986; Del Porto, 1994; Wheaton et

al., 2008; Matsunaga et al., 2010). Este dado pode sugerir que as mulheres com TOC procuram mais tratamento do que os homens, já que de acordo com os levantamentos do estudo ECA, a prevalência do TOC é a mesma para ambos os sexos junto à população geral adulta. Em um estudo epidemiológico realizado em Londres, Torres et al. (2006) encontraram semelhanças na amostra de portadores de TOC na comunidade e amostras clínicas, como por exemplo altas taxas de comorbidades.

Houve uma concentração dos pacientes nas classes B e C de acordo com o índice ABIPEME (38,6% e 35,2% respectivamente). Como parte dos pacientes do centro da FMUSP é provinda de consultório particular, estes são responsáveis por elevar o nível socioeconômico da amostra. Isso explica a alta predominância da classe B, o que não seria esperado se os pacientes fossem apenas provenientes de centros públicos de referência no TOC.

Mais da metade da amostra estava solteira no momento da avaliação (54,4%) e possuía um trabalho (43,3%). Estavam desempregados 15,4% da amostra, entretanto não temos a informação se esta taxa de desemprego está relacionada com algum prejuízo ou incapacitação trazido pelo transtorno. Em um estudo recente do nosso grupo (Rosa et al., submetido), que é parte da amostra do presente estudo, foi avaliado o ajustamento social em pacientes com TOC. Os autores encontraram que um funcionamento social baixo esteve relacionado com pior gravidade dos sintomas do TOC, sintomas de colecionismo e sexuais/religiosos, transtorno depressivo maior, TEPT e transtornos alimentares. Um funcionamento social baixo esteve ainda associado com prejuízo na qualidade de vida (Rosa et al., 2011 submetido).

Nossa amostra teve em média 14,6 anos de estudo, resultado similar ao resultado encontrado pela autora em seu mestrado, no qual a amostra teve em média 14,3 anos de estudo (De Mathis, 2007). No presente estudo, a grande maioria dos participantes tinha pele branca (83,2%).

Interessante notar que no momento da avaliação 76,2% dos pacientes já tinham feito algum tratamento psiquiátrico e 64,3% algum tipo de psicoterapia, não necessariamente para o TOC.

## 6.2 Aspectos Clínicos

A média de idade de início dos SOC foi de 12,6 anos; a média de quando os mesmos começaram a atrapalhar a vida do indivíduo foi de 22,2 anos e a média do primeiro tratamento aos 29,4 anos. Existe portanto em média um período de dez anos entre o início dos sintomas e a interferência dos mesmos, e um intervalo de mais sete anos até a procura do primeiro tratamento. Ou seja, do início dos primeiros sintomas até a procura do tratamento se passam muitos anos. Este longo período de falta de tratamento pode se explicado por alguns motivos: falta de conhecimento sobre o transtorno, não reconhecimento dos sintomas ou vergonha dos mesmos. Como o curso do TOC é crônico e sem o tratamento adequado, uma possível implicação é de que o paciente, quando procura ajuda, já está com mais anos de doença, e provavelmente em um estado mais grave. Esta demora na procura de tratamento em pacientes com TOC foi encontrada em diferentes países e culturas. Por exemplo, Sobin et al. (1999), encontraram um atraso de oito anos entre o início dos sintomas e a procura do primeiro tratamento.

Com relação ao perfil dos sintomas, os SOC foram avaliados quanto à gravidade nas escalas Y-BOCS e DY-BOCS.

De acordo com a escala Y-BOCS, o escore total (variação de 0 a 40 pontos) foi de 25,51 indicando uma gravidade moderada para os pacientes deste estudo. Vale ressaltar que neste banco o menor escore do Y-BOCS é de 7 pontos (5 pacientes apresentaram este escore) e o

máximo é de 40 pontos (16 pacientes apresentaram este escore). Os escores parciais de obsessões e compulsões foram respectivamente 12,68 e 12,83. Resultados muito semelhantes foram encontrados em outros estudos (De Mathis et al., 2009; Hoexter et al., 2009).

A avaliação dimensional dos SOC realizada pela escala DY-BOCS trouxe resultados interessantes já que foram avaliados os escores para cada uma das seis dimensões de sintomas no momento atual e na pior fase dos sintomas. Um dado para prestar atenção é o escore dado pelo paciente e pelo avaliador referente ao prejuízo que os sintomas causam em geral na vida da pessoa (entre 0 a 15 pontos). Tanto para fase atual (10,21) quanto para pior fase (11,14) a pontuação pode ser considerada alta, ou seja, os SOC têm um grande impacto negativo na vida dos portadores desta amostra.

Tanto para a média do escore total da escala DY-BOCS quanto para as médias dos escores parciais de cada dimensão os resultados foram semelhantes aos dados encontrados no projeto de mestrado da autora (De Mathis et al., 2008).

Os resultados dos Inventários de Beck ansiedade (16,02  $ep=0,37$ ) e Beck depressão (16,50  $ep=0,36$ ) são superiores ao esperado para a população saudável. Em amostras de pacientes com transtorno afetivo os valores de referência para os escores da Beck depressão apontam que até 10 pontos não indica depressão, entre 10 e 18 anos depressão leve a moderada e acima de 19 pontos depressão moderada a grave. Estudos de validação da Beck depressão no Brasil existem (Gorenstein e Andrade, 1996; Wang et al., 2005). Já o Inventário de Beck de Ansiedade foi traduzido e validado no Brasil por Cunha (2001).

### 6.3 Comorbidades

No presente estudo 92,1% dos pacientes apresentaram pelo menos um tipo de comorbidade ao longo da vida. Outros estudos encontraram altos índices de comorbidade, com taxas chegando até 92% (Gonzales 2003; De Mathis et al., 2008; Ruscio et al., 2010). Já o número médio de diagnósticos psiquiátricos na amostra foi de 3,9 ao longo da vida; resultado parecido com o encontrado no estudo de mestrado da autora, com média de 3,04 diagnósticos ao longo da vida (De Mathis et al., 2008).

Dentre todos os diagnósticos, os transtornos de humor (70,3%) e outros transtornos de ansiedade (65,2%) foram as comorbidades mais comuns entre os pacientes, confirmando dados de estudos anteriores (Coffey et al., 1998; Miranda, 1999; Rosário-Campos et al., 2001; De Mathis, 2007).

Obteve-se também a frequência de cada transtorno psiquiátrico (avaliado pelas entrevistas diagnósticas SCID ou K-SADS) e a média de idade de início dos diagnósticos ou grupos de comorbidades, podendo esses dados serem comparados com dados da literatura apresentados a seguir.

No ano de 2007 houve uma grande pesquisa sobre a prevalência ao longo da vida, risco estimado de prevalência e distribuição da idade de início de alguns transtornos mentais (Kessler et al., 2007). Foram entrevistados 85.052 participantes em dezessete países distribuídos nos continentes Africano, Asiático, Europeu, Américas e Médio Oriente. As distribuições de idade de início de TDAH, por exemplo, foram entre 7 e 9 anos (no presente estudo a média de idade de início foi de 7,51 anos). Os transtornos ansiosos foram divididos em dois grupos, um começando mais cedo e outro mais tarde. As fobias e ansiedade de

separação tiveram distribuições de idade de início entre 7 e 14 anos; já o transtorno de ansiedade generalizada, pânico e TEPT tiveram distribuição entre 24 e 50 anos. No presente estudo tivemos como resultado que os transtornos ansiosos tiveram média de idade de início de 13,5 anos, mas incluímos no mesmo grupo fobias simples e social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. É possível que se os transtornos fossem agrupados de forma semelhante, as médias de idade de início também apresentassem dois extremos, um começando mais cedo e outro mais tarde. Para abuso de substância (com ou sem dependência), os autores encontraram um predomínio do início no final da adolescência e início da idade adulta, dado semelhante ao encontrado no presente estudo, com média de idade de início de 22,59 anos. Os transtornos de humor tiveram distribuição de idade de início entre 29 e 43 anos, e no presente estudo encontramos média de idade de início de 24,32 anos.

Em 1988 Christie et al. com dados do NIMH encontraram que a média de idade de início para transtornos ansiosos foi de 15 anos; para episódio depressivo maior de 24 anos; abuso ou dependência de drogas aos 19 anos e abuso ou dependência de álcool de 21 anos.

No ano de 2000 foi realizado um estudo de comparação de prevalência entre países (WHO, 2000), no qual o Brasil esteve incluído, e os dados apontaram para o início da maioria dos transtornos mentais em idades precoces. Foi estimado que a média de idade de início dos transtornos ansiosos foi de 15 anos; para transtornos de humor, média de 26 anos, e para abuso de substância 21 anos.

Portanto, apesar de neste estudo termos avaliado uma população com TOC, nossos dados são semelhantes às médias de idade de início encontradas para os diversos transtornos observados em estudos de prevalência, realizados na população geral.

### 6.3.1 Distribuição das comorbidades do Eixo I de acordo com a idade de início dos sintomas do TOC

Já foi demonstrado em diversos estudos que a idade de início dos SOC é uma variável que traz informações que diferenciam pacientes com TOC em termos fenomenológicos e de resposta a tratamento (Rosário-Campos et al., 2001; Fontenelle et al., 2003; Chabane et al., 2005; De Mathis et al., 2008; Janowitz et al., 2009).

Corroborando estudos anteriores, no presente estudo o subgrupo de início precoce dos sintomas apresentou algumas características que o diferenciaram do subgrupo de início intermediário e tardio.

O grupo precoce teve maior probabilidade de apresentar os diagnósticos de ansiedade de separação, TDAH, transtorno de tiques, transtornos do espectro OC, transtornos do controle do impulso e transtornos do humor. Consistente com vários estudos, ter um início mais precoce dos sintomas aumenta a chance do indivíduo apresentar transtorno de tiques (Swedo et al., 1989, 1992; Zohar et al., 1992; Leonard et al., 1993; Holzer et al., 1994; Hanna et al., 1995; Leckman et al., 1995; Miguel et al., 1997, 2001; Rosário-Campos et al., 2001; Delorme et al., 2004; Hemmings et al., 2004; Chabane et al., 2005; Morer et al., 2006; De Mathis et al., 2008).

Em nosso meio, Diniz et al. (2004) investigaram o papel da idade de início dos SOC e duração da doença nos padrões de comorbidade em pacientes com TOC. Um início mais precoce dos sintomas esteve associado com transtorno de tiques, enquanto maior duração da doença esteve associada com episódio depressivo maior e fobia social.

No estudo de Jaisoorya et al. (2003), os pacientes com início mais precoce dos sintomas apresentaram maior taxa de fobia social e transtorno dismórfico corporal do que

pacientes com início tardio dos sintomas. No estudo de Hemmings et al. (2004) pacientes com início precoce dos sintomas tiveram significativamente maior frequência de transtornos de tiques e tricotilomania.

Em 2008 a autora et al. avaliaram 330 pacientes com TOC, oriundos de outra amostra. Destes, 160 tiveram início precoce dos sintomas e apresentaram associações significantes entre início precoce e comorbidade com tiques, transtornos ansiosos, transtornos somatoformes, transtornos alimentares e do controle dos impulsos.

Com relação à gravidade dos sintomas o subgrupo de início precoce apresentou maiores escores da escalas Y-BOCS e DY-BOCS. Resultados semelhantes, de maior gravidade em pacientes com início precoce foram encontrados nos estudos de Rosário-Campos et al., 2001; Miguel et al., 2001; Fontenelle et al., 2003; Jaissorya et al., 2003 e De Mathis et al., 2008.

Em um estudo recente, Nikolajsen et al. (2011) avaliaram as dimensões de sintomas em uma amostra de 83 crianças e adolescentes com TOC. Escores altos na dimensão de simetria/organização foram encontrados nos familiares de primeiro grau dos pacientes com TOC e escores altos de agressão/verificação estiveram mais associados com transtornos de tiques. No estudo da autora et al. (2009) sintomas da dimensão de “agressão/violência” foram mais prevalentes no subgrupo de início precoce comparado com o subgrupo de início tardio dos sintomas (De Mathis et al., 2009).

Além disso, escores mais elevados nas escalas de depressão e ansiedade de Beck foram encontrados no grupo de início precoce dos sintomas, conferindo a estes pacientes uma maior gravidade no momento da avaliação.

O subgrupo de início precoce também apresentou maior frequência de história familiar de TOC e tiques em familiares de primeiro grau. Esse dado corrobora com achados de outros

estudos que encontraram maior frequência de SOC entre os familiares de pacientes (Pauls et al., 1995; Nestadt et al., 2000; Rosário-Campos et al., 2006).

Um resultado interessante do presente estudo mostrou que pacientes com início precoce tiveram com maior frequência curso com piora progressiva dos sintomas do TOC. Pode-se pensar que indivíduos que apresentam sintomas em idade precoce e demoram a procurar tratamento (como visto anteriormente) tendem a tornar os sintomas crônicos e com piora progressiva, ou ainda que um subgrupo de pacientes com início precoce tem uma evolução deteriorante independente do tratamento.

Com relação à resposta ao tratamento, não encontramos diferenças estatisticamente significante entre os grupos de idade de início. Vale ressaltar que esses dados estavam disponíveis para apenas 213 pacientes da amostra total e foram avaliados de acordo com a porcentagem de diminuição do score da escala Y-BOCS. No momento em que esses pacientes foram avaliados, não foi realizada a medida com a escala DYBOCS, pois a escala ainda não estava disponível para uso. Foa et al. (1983) encontraram relação entre pertencer ao grupo de início precoce dos sintomas e manter ganhos no período de seguimento, ou seja, melhor resposta ao tratamento. Já no estudo de McLean et al. (2001) a idade de início dos sintomas não foi preditor de melhor resposta a tratamento. Embora com resultados bastante divergentes, alguns estudos sugerem que uma pior resposta ao tratamento foi encontrada no subgrupo de início precoce dos sintomas quando comparados ao início tardio (Ackerman et al., 1994; Ravizza et al., 1995; Jenike et al., 1997; Rosário-Campos et al., 2001; Fontenelle et al., 2003). Outros estudos não confirmam este dado (Ackerman et al., 1998; Alonso et al., 2001; Millet et al., 2004; Shavitt et al., 2006; Ferrão et al., 2006; Sumitani et al., 2006). O estudo de Ulloa et al. (2007) comparando a resposta ao tratamento com clomipramina entre crianças e adultos, reforça a importância de se identificar subgrupos de pacientes de acordo com a idade

de início dos sintomas, já que as crianças apresentaram pior resposta ao tratamento e menos efeitos colaterais do que os adultos.

Outros estudos encontraram que maior gravidade dos sintomas foi preditor de pior resposta ao tratamento (Franklin et al., 2000; Mataix-Cols et al., 2002; Shetti et al., 2005; Tukul et al., 2006; Stewart et al., 2006; Ferrão et al., 2006). Porém, Rufer et al. (2006) não encontraram relação entre gravidade dos sintomas na linha de base e resposta.

Em uma meta-análise e revisão de literatura sobre resposta ao tratamento do TOC no longo prazo envolvendo 521 participantes, ter alguma comorbidade psiquiátrica e apresentar pior resposta ao tratamento inicial foram preditores de má resposta (Stewart et al., 2005). Em um recente estudo realizado por nosso grupo (Belotto-Silva et al., 2011) comparando a efetividade da terapia comportamental em grupo versus fluoxetina em pacientes ambulatoriais com TOC, mostrou que a redução na escala Y-BOCS foi significativamente menor em pacientes com uma ou mais comorbidade. Outro dado deste estudo foi que ser do sexo masculino, ter comorbidade com depressão maior, fobia social e distímia foram preditores de pior resposta aos tratamentos (Belotto-Silva et al., 2011). Vogel et al. (2006) sugeriram que o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica foi fator preditor de boa resposta ao final do tratamento.

Em 1998, Grados e Riddle revisaram a literatura sobre resposta ao tratamento medicamentoso e diferentes subtipos de TOC. Nesta revisão, transtorno de oposição desafiante, transtorno de conduta e TDAH estiveram associados à baixa resposta ao tratamento. A presença de tiques em estudos com crianças com TOC também esteve associada à baixa resposta ao tratamento medicamentoso.

É importante mencionar que os estudos que avaliaram preditores de resposta ao tratamento utilizaram critérios de resposta e testes estatísticos diferentes uns dos outros para

analisar esta variável (Storch et al., 2006), dificultando a padronização e comparação entre os estudos.

### 6.3.2 Distribuição das comorbidades do Eixo I de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido

Os resultados encontrados de acordo com o primeiro diagnóstico desenvolvido apontam que o primeiro sinal de manifestação psicopatológica está associado com trajetórias distintas no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos subsequentes em pacientes com TOC. A partir de uma perspectiva do desenvolvimento, os resultados atuais reforçam a idéia de que o TOC não é um transtorno isolado, mas reflete um grupo de sintomas que interage com outros transtornos precoces, podendo aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos específicos subsequentes. De acordo com Kim-Cohen et al. (2003) e Costello et al. (2006) os transtornos psiquiátricos são condições que frequentemente têm início na infância ou adolescência e que apresentam continuidade na trajetória da vida do indivíduo.

Assim, pacientes que apresentaram ansiedade de separação como primeiro diagnóstico tiveram posterior desenvolvimento de outros transtornos ansiosos e somatoformes; pior gravidade nas escalas de depressão e ansiedade e pior gravidade na dimensão “Sexual/Religioso” na escala DY-BOCS. Como esse estudo é pioneiro na avaliação da gravidade de dimensões específicas de SOC, não foi possível encontrar estudos anteriores que tenham investigado esse aspecto. Além disso, esse grupo de pacientes teve maior frequência de TEPT quando expostos a um evento traumático. Estes

resultados sugerem que este grupo está mais vulnerável para múltiplos transtornos ansiosos. Embora no DSM-IV o diagnóstico de ansiedade de separação esteja separado do grupo de transtornos ansiosos por ser um diagnóstico que se dá na infância, ele pode anunciar a presença de transtornos ansiosos na vida adulta. A característica principal desses transtornos é a resposta de ansiedade excessiva frente a estímulos potencialmente não perigosos, que são vividos como ameaçadores (APA, 2000).

Estudos anteriores demonstraram que ansiedade de separação é um preditor de outros transtornos desenvolvidos na idade adulta. No ano de 2000, Manicavasagar et al. investigaram em uma avaliação retrospectiva se haveria continuidade entre formas juvenis e adultas de ansiedade. Os autores encontraram que sintomas de ansiedade de separação pareceram predizer o início de outros transtornos ansiosos e sugerem que ansiedade de separação precoce pode persistir na idade adulta. Em um estudo recente, Mroczkowski et al. (2011) encontraram que história de ansiedade de separação está associada com transtornos ansiosos e traços de personalidade dependente em adultos com TOC. Esses dados, somados ao presente estudo apontam para a importância da presença de ansiedade de separação como marcador de ansiedade na vida adulta. Dessa forma, em programas de prevenção com relação a transtornos psiquiátricos, um alvo importante é o diagnóstico de ansiedade de separação na infância. Estudos futuros que investiguem formas de intervenções em indivíduos com ansiedade de separação podem prevenir novos transtornos na idade adulta são necessários.

Outro perfil de pacientes com TOC foi daqueles que apresentaram TDAH como primeiro diagnóstico. Esse grupo de pacientes apresentou maior frequência de abuso de substância e curso com piora progressiva do TOC. A associação entre o diagnóstico de TDAH e o aumento do risco de abuso de substância já foi descrita anteriormente (Jacob et al., 2007; Shivola et al., 2011). O comportamento impulsivo nos meninos pode aumentar a chance deles experimentarem substâncias psicoativas no geral e promover a continuação do abuso de substância na vida adulta (Leeuwen et al., 2010). Já a comorbidade de TOC + TDAH pode trazer prejuízos importantes em vários domínios adaptativos e de funcionamento emocional, que refletem na interação social, familiar e escolar (Sukhodolsky et al., 2005).

Outra possibilidade é que pela gravidade do TOC, refletida pelo seu pior curso, aumentariam as chances do abuso de substância. A combinação de TDAH e transtornos ansiosos é preocupante no desenvolvimento e prognóstico de abuso de substância. O curso com piora progressiva dos sintomas do TOC pode ser explicado pela dificuldade no manejo do tratamento desses diagnósticos juntos, já que o abuso de substância (com ou sem dependência) pode interferir diretamente na aderência ao tratamento medicamentoso, por exemplo.

Um dado importante a mencionar é que na maioria dos pacientes com TDAH em nossa amostra, o início de abuso de substância foi precedido pelo início do TOC, transtornos do espectro OC, TEPT, e outros transtornos ansiosos. Talvez pessoas com TDAH que desenvolvem um transtorno de ansiedade possam na idade adulta aumentar a chance de desenvolver abuso de substância. Por exemplo, Terlecki et al. (in press) encontraram que pacientes com maior ansiedade social reportaram maior consumo de álcool. Esse estudo fornece dados de que maior ansiedade pode ter um efeito deletério no consumo de álcool. No mesmo sentido, Mathew et al. (2011) encontraram que participantes com história de ataques de pânico estavam mais propícios a abuso do álcool comparados com participantes sem história de

pânico. Em um recente estudo (MacDonald et al., 2011), os autores examinaram a relação longitudinal entre transtornos ansiosos no geral e fobia específica em particular e o início de abuso do álcool em uma amostra de 587 participantes. Os resultados demonstraram uma associação modesta entre adultos com fobia específica e início tardio de abuso do álcool. Esses dados apontam para a necessidade de que programas de prevenção para abuso de substância tenham investigação de sintomas de TDAH e de transtornos ansiosos.

Pacientes com TOC que desenvolveram transtorno de tiques como primeiro diagnóstico apresentaram maior frequência de transtornos do espectro OC. Este dado é comparável ao estudo de Nestadt et al. (2008) que encontraram três classes de comorbidades baseado em análises de classes latentes de 706 pacientes com TOC. Em uma das classes foi encontrada maior presença de transtornos de tiques associada a maior presença de transtornos do tipo *grooming* (exemplo: tricotilomania, *skin picking* e roer unhas patológico).

Esses dados reforçam a idéia da relação entre TOC, tiques e transtornos do espectro OC (Pauls et al., 1991; De Mathis et al., 2009). O conceito do espectro OC tem sido estudado por muitos autores e designa similaridade em termos de fenomenologia, características associadas (idade de início, curso e comorbidade), etiologia, transmissão familiar e/ou resposta a tratamento (Hollander, 1993). Em 2000, um importante estudo conduzido por Bienvenue et al. investigaram comorbidade e história familiar entre TOC e condições do espectro (incluindo transtornos somatoformes, transtornos alimentares, comportamentos tipo *grooming* e outros transtornos do impulso), utilizando dados do *Hopkins OCD Family Study*. Os autores concluíram que certos tipos de transtornos somatoformes, especialmente transtorno dismórfico corporal e comportamentos *grooming* são transmitidos em famílias de pacientes com TOC e podem ser considerados parte do espectro OC. Em um estudo recente dos mesmos autores (Bienvenu et al., 2011), foi encontrado que transtornos de tiques e do tipo *grooming*

(roer unhas, *skin picking* e tricotilomania) tiveram maior comorbidade e foram transmitidos mais frequentemente entre familiares de pacientes com TOC. Dando suporte à idéia do espectro do TOC, Coffey et al. (1998) compararam pacientes com síndrome de Tourette e TOC. Encontraram que pacientes com TOC+ST eram mais graves e apresentavam maior índices de transtornos de humor, transtornos ansiosos, abuso de substância e transtornos do espectro OC comparado com pacientes apenas com TOC ou ST. Com base nesses estudos, os resultados do presente estudo dão ênfase à idéia de um espectro OC com diferentes transtornos aparecendo ao longo do ciclo de vida. Sob o olhar da perspectiva do desenvolvimento, sintomas que pertencem a diferentes constructos diagnósticos aparecem em uma específica fase do desenvolvimento e podem predispor outros sintomas a aparecerem posteriormente.

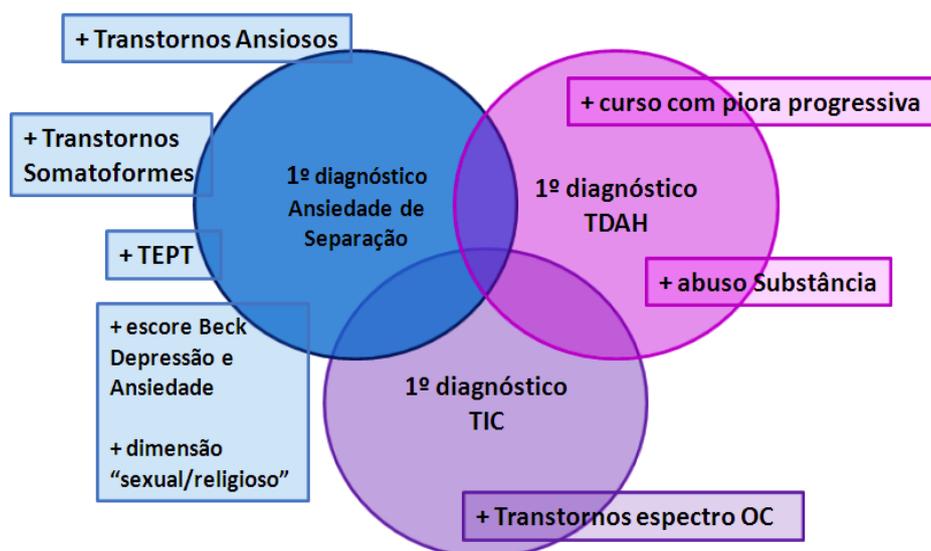
Resultados de estudos familiares têm demonstrado uma carga familiar para TOC e tiques. Por exemplo, Pauls et al. (1995) entrevistaram todos os familiares de primeiro grau de 100 probandos com TOC e os familiares de primeiro grau de 33 pacientes controles. Os principais resultados foram que as taxas de TOC e TOC subclínico eram significativamente maiores nos familiares dos probandos do que nos familiares do grupo controle. Além disso, as taxas de tiques foram também significativamente maiores nos familiares dos probandos do que nos familiares do grupo controle. Em outro importante estudo familiar, Rosário-Campos et al. (2005) avaliaram em pacientes com TOC de início precoce a ocorrência do risco de TOC e tiques entre os familiares de primeiro grau. Os resultados confirmaram que o TOC com início na infância é um transtorno familiar. Alguns casos de início precoce podem representar um subgrupo válido, com maior carga genética e maior vulnerabilidade com transtorno de tiques.

Esses dados podem levar a algumas reflexões, ou seja, a primeira manifestação psicopatológica está associada com trajetórias específicas de transtornos psiquiátricos em pacientes com TOC. A partir de uma perspectiva do desenvolvimento, o TOC não parece ser um transtorno único, mas um grupo de sintomas que interagem com outros transtornos

psiquiátricos precoces aumentando a vulnerabilidade do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos específicos. É possível que as manifestações psicopatológicas não sejam eventos isolados na vida do indivíduo e a psicopatologia precoce específica se associe com a biografia psicopatológica que vai ser desenvolvida posteriormente. Neste sentido, para estudos que buscam as bases neurobiológicas e genéticas dos transtornos psiquiátricos talvez não seja interessante utilizar apenas as informações obtidas no corte transversal do momento da coleta de dados, mas também as informações sobre quais foram as manifestações mais precoces de qualquer doença psiquiátrica apresentada pelo indivíduo, ou seja, a sua trajetória prévia.

Na prática clínica, esse dado pode ser utilizado em benefício do paciente de forma preventiva. Por exemplo, se um paciente com TOC busca tratamento aos 15 anos e teve o diagnóstico de TDAH aos 7 anos, é importante que se fique atento ao uso de alguma substância (álcool ou drogas), já que o perfil deste paciente apresenta maior chance de desenvolver abuso de substância. Ou por exemplo, um pacientes com TOC aos 20 anos, com sintomas depressivos, primeiro diagnóstico de ansiedade de separação e que passou por um assalto no qual sua vida esteve em risco. Neste exemplo, deve-se fazer um trabalho focado na prevenção do desenvolvimento de estresse pós-traumático.

A partir dos resultados acima e de outros estudos que tentaram investigar a heterogeneidade clínica do TOC os autores desse projeto desenvolveram uma hipótese de possíveis subgrupos de pacientes com TOC, apresentada graficamente na figura 4:



**Figura 4:** Modelo de subtipos de TOC de acordo com o primeiro diagnóstico psiquiátrico desenvolvido

Esses resultados reforçam a importância de incorporar intervenções precoces no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos adicionais em crianças com início precoce de transtornos psiquiátricos. Além disso, abordagens específicas devem ser pensadas de acordo com o primeiro diagnóstico em crianças com TOC.

Estudos prospectivos longitudinais que comecem na infância são necessários para confirmar esses achados e avaliar o efeito de intervenções precoces na prevenção do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos adicionais em pacientes com TOC.

### *Limitações*

As limitações do presente estudo devem ser levadas em consideração. Por exemplo, este é um estudo transversal e a melhor maneira de avaliar a trajetória e evolução dos sintomas ou das comorbidades seria um estudo longitudinal (Fullana et al., 2009; Eisen et al., 2010). Alguns dados da APA foram coletados retrospectivamente (por exemplo, idade de início dos sintomas), e mesmo com todo o cuidado na avaliação, os dados estão sujeitos ao viés de memória do paciente, como ocorre com estudos retrospectivos. Entretanto, este estudo transversal representa uma importante contribuição no desenvolvimento de psicopatologias durante a vida de pacientes com TOC.

Nesta amostra não foram incluídos pacientes com TOC que espontaneamente melhoraram, sendo incluídos apenas casos de TOC que persistiram. Isso pode ser mais relevante para casos de início precoce e aqueles que têm comorbidade com tiques (Block et al., 2006; 2010). Por exemplo, dados de uma meta-análise de estudos de seguimento em pacientes com TOC com início na infância sugerem que por volta de 40% a 59% dos casos remitiram (Stewart et al., 2004). Entretanto, quando esses casos persistem, os de início precoce tendem a apresentar um curso mais grave da doença (Eisen et al., 2010), o que pode ter enviesado a amostra neste sentido.

A divisão e agrupamento dos transtornos do Eixo I em grupos mais amplos foi uma escolha necessária para facilitar as análises estatísticas, dado o número elevado de diagnósticos psiquiátricos e pouca frequência em determinados transtornos isolados. Se os transtornos fossem agrupados de outra forma, diferentes resultados poderiam ser encontrados, e isso não foi testado.

Da mesma forma, a procedência dos pacientes também deve ser observada com cautela, já que todos os pacientes foram recrutados em clínicas especializadas e hospitais universitários de referência no transtorno. A generalização dos resultados não pode ser feita para dados da comunidade em geral (Fullana et al., 2009), ou mesmo para outras culturas e países, já que pacientes selecionados destas fontes tendem a ser mais graves e apresentar mais comorbidades.

Apesar destas limitações, o presente estudo reforça a idéia de que o TOC é um transtorno heterogêneo, e que idade de início dos sintomas, e do primeiro diagnóstico manifestado interferem na apresentação clínica do TOC e nas suas comorbidades psiquiátricas.

#### *Perspectivas Futuras*

A partir dos resultados encontrados, outras questões foram levantadas: por exemplo, qual seria a trajetória dos transtornos do Eixo I quando o diagnóstico inicial é outro transtorno, além de ansiedade de separação, TDAH e tiques? Ou ainda, como seria a trajetória das comorbidades se avaliássemos apenas os pacientes que tivessem como primeiro diagnóstico TOC e estes fossem de início precoce dos sintomas? Essas questões poderão ser investigadas em estudos futuros.

#### *Considerações Finais*

O presente estudo reforça a relevância da variável idade de início dos sintomas do TOC e da investigação de sintomas e diagnósticos psiquiátricos desde a infância, como um

marcador para o desenvolvimento de diagnósticos e características clínicas específicas do TOC ao longo da vida. Os transtornos de ansiedade na infância são um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade na vida adulta (Manfro et al., 2002). Neste sentido, a pesquisa de alternativas terapêuticas precoces e eficazes para o tratamento desses transtornos ainda na infância constitui uma ação de extrema importância, tanto para a redução do sofrimento e do prejuízo que eles acarretam para as crianças afetadas, quanto na possível prevenção secundária de outros transtornos psiquiátricos na vida adulta.

## 7. CONCLUSÃO

1. Pacientes com TOC possuem altas taxas de comorbidades com transtornos do Eixo I.
2. Em pacientes com TOC, as médias de idade de início das comorbidades seguiram a seguinte sequência em ordem crescente: ansiedade de separação; TDAH; transtorno de tiques; TOC; transtornos ansiosos; transtornos do espectro OC; TEPT; transtornos do controle de impulso; transtornos alimentares; abuso de substância; transtornos somatoformes e transtornos de humor.
3. Pacientes com início precoce dos sintomas apresentaram maior frequência de ansiedade de separação, TDAH, transtorno de tiques, transtornos do espectro OC, transtornos do controle do impulso, transtornos do humor. Além disso, este subgrupo apresentou maior gravidade em todas as medidas de escore nas escalas Y-BOCS e DY-BOCS, maior frequência de curso com piora progressiva e maior frequência de história familiar de TOC e tiques.
4. Pacientes com ansiedade de separação como primeiro diagnóstico apresentaram maior frequência de outros transtornos ansiosos, transtornos somatoformes e TEPT; pior gravidade nas escalas de depressão e ansiedade e pior gravidade na dimensão “Sexual/Religioso” na escala DY-BOCS. Pacientes que tiveram TDAH como primeiro diagnóstico apresentaram maior frequência de abuso de substância e mais curso com piora progressiva do TOC. Pacientes que tiveram transtorno de tiques como primeiro diagnóstico apresentaram maior frequência de transtornos do espectro OC.



# ANEXO A

## APOSTILA DE 1º ATENDIMENTO

Versão 2007



PACIENTE: \_\_\_\_\_

RG PROJETO Nº \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

site\*    mês/ano-nasc    mês/ano-entrev    no família    ordem\*    iniciais\*

PROJETO: \_\_\_\_\_

**CENTRO DE PESQUISA Nº:** \_\_\_\_\_

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

**DATA DO 1º ATENDIMENTO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

***Para citação:***

Euripedes C. Miguel, Maria Conceição do Rosário-Campos, Maria Alice de Mathis, Maria Eugênia de Mathis, Antônio Carlos Lopes, Juliana B. Diniz, Priscila Chacon, Ygor Ferrão, Helena Prado, Marcelo Batistuzzo, Roseli Gedanke Shavitt, Ana Gabriela Hounie.

**Protocolo de Pesquisa do PROTOC. Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, Versão 2007**

**O Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (C-TOC) é formado pelos seguintes centros de pesquisa:**

No. do Centro de Pesquisa	Nome	Vinculação Institucional	Coordenação	Cidade, Estado
1	PROTOC	HC-FMUSP	Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho	São Paulo, SP
2	PRODOC	UNIFESP	Dra. Christina González	São Paulo, SP
3	ATAOC	UNESP	Dra. Albina Torres	Botucatu, SP

4	IPUB/UFRJ	UFRJ	Dr. Leonardo Fontenelle	Rio de Janeiro, RJ
5	SERTOC	UFBA	Dra. Maria Conceição do Rosário-Campos	Salvador, BA
6	C-TOC/PE	UPE	Dra. Kátia Petribú	Pernambuco, RE
7	PROTAN	UFRGS	Dr. Aristides Cordoli	Porto Alegre, RS
8	ATEOC	FFFCMPA	Dr. Ygor Ferrão	Porto Alegre, RS

***Endereço para correspondência:***

Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho, Coordenador Geral.

Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (CTOC)

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP – IPq/HCFMUSP

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, CEP 05403-010 - São Paulo - SP - Brasil.

Tel.: (011) 3069 6972 - Fax: (011) 3069 7895- E-MAIL: [ctocbrasil@terra.com.br](mailto:ctocbrasil@terra.com.br)

**Para uso dos Profissionais – Legenda**

**\*Site:**

- 01- PROTOC (USP)
- 02- PRODOC (EPM)
- 03- BOTUCATU (UNESP)
- 04- RIO DE JANEIRO (UFRJ)
- 05- SALVADOR (SERTOC-UFBA)
- 06- PERNAMBUCO (UPE)
- 07- RIO GRANDE DO SUL (UFRS)

**\*Ordem na família:** 1-probando; 2-pai; 3-mãe; 4-irmãos; 5-filhos; 6-tios; 7-avós; 8-primos; 9-netos

**\*Iniciais:** primeiro nome e último sobrenome

Hospital das Clínicas  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

---

**Dados de identificação do paciente ou responsável legal**

- 1) Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
Documento de identidade n<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Data Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Tel.: DDD (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_
- 2) Responsável legal: \_\_\_\_\_  
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador): \_\_\_\_\_  
Documento de identidade n<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Data Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Tel.: DDD (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_
- 

**Proposta da Pesquisa**

A proposta deste trabalho é compreender os diferentes aspectos envolvidos nos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (TEOC) (questões clínicas fenomenológicas, laboratoriais e terapêuticas).

Eu estou sendo convidado a participar do projeto por apresentar manifestações que estão envolvidas com os TEOC.

**Procedimentos**

Caso eu aceite participar deste estudo, terei que responder a uma série de entrevistas semi-estruturadas e escalas de avaliação que podem durar de 4 a 6 horas para seu total preenchimento. Quando necessário poderá ser colhido material sangüíneo ou de outra espécie, desde que não estejam envolvidos riscos para a minha saúde. O material poderá ser

congelado para eventuais análises em projetos futuros. Caso a utilização desse material seja enquadrada em algum projeto que necessite de aprovação específica, estou ciente de que poderei ser novamente contatado para dar meu novo consentimento.

### **Riscos e Inconveniências**

As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto não possuem riscos para o paciente. O único inconveniente é o tempo de duração da entrevista, por vezes demorada. Quando necessária a coleta de algum material, o sofrimento estará relacionado ao procedimento, sendo que serei devidamente informado.

### **Benefícios**

O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode incrementar o conhecimento sobre estes transtornos e os sintomas psiquiátricos a eles associados. Também estarei recebendo uma detalhada avaliação psiquiátrica que poderá ser útil na clarificação de meu diagnóstico.

### **Alternativas para participação**

Eu entendo que minha participação é voluntária. Eu posso receber atendimento neste mesmo hospital ou na rede de saúde da comunidade, caso eu decida não participar. Caso eu tenha interesse em receber uma avaliação psiquiátrica, ainda que não tenha sido escolhido para participar do estudo, eu posso procurar esta avaliação no próprio serviço de Psiquiatria.

**A seguir, as considerações usuais envolvidas com estudos de pesquisa envolvendo seres humanos, que devem constar de todos os consentimentos:**

### **Uso de material**

Eu entendo que células, tecidos, sangue e outros espécimes de material, colhidos de mim, durante o curso da pesquisa, podem ser utilizados para avaliações científicas, pesquisa e ensino, ou mesmo para o desenvolvimento de novos produtos, os quais podem ser distribuídos comercialmente. Eu autorizo o PROTOC e os profissionais envolvidos com seu trabalho de pesquisa a utilizar minhas células, tecidos, sangue ou outros espécimes para estes propósitos.

### **Sigilo e privacidade**

Eu entendo que as informações produzidas nesta tarefa serão mantidas em lugar seguro, codificadas, e a identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto.

Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a me identificar. Vídeos, fotos e outros materiais audiovisuais serão utilizados para fins didáticos ou científicos, e só serão utilizados após minha permissão por escrito, sendo que poderei apreciar este material antes de assinar o consentimento.

Estudos com drogas ainda não liberadas pelos órgãos oficiais constarão de outro consentimento, porém admito participar de estudos clínicos com drogas já liberadas.

### Demais informações

Eu entendo que poderei obter mais informações com o Dr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, pelo telefone \_\_\_\_\_, que está apto a responder minhas dúvidas. Aceito que serei informado de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto o qual poderá influenciar a minha participação na sua continuidade.

Eu compreendo que, caso julgue conveniente, poderei solicitar meu desligamento do presente projeto a qualquer momento, sem qualquer prejuízo dos cuidados médicos e assistenciais que recebo neste serviço/hospital.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_

Paciente

\_\_\_\_\_

Pesquisador que obteve o consentimento

## QUESTIONÁRIO MÉDICO E SOBRE FATORES DE RISCO

Este questionário será usado para a obtenção de informações sobre sua história pessoal e familiar, desde a gestação até a atualidade, que são importantes para a compreensão do seu problema.

### 1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_ Sexo:  M  F

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Adotado?  Sim  Não

Números de Filhos: \_\_\_\_\_  Não Tem Filhos

Naturalidade (Cidade e Estado onde nasceu): \_\_\_\_\_

Procedência (Cidade e Estado onde mora): \_\_\_\_\_

- Com quem mora?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pais ou um dos pais            | <input type="checkbox"/> Outros parentes |
| <input type="checkbox"/> Pais (ou um dos pais) e irmãos | <input type="checkbox"/> Amigos          |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge                        | <input type="checkbox"/> Outros          |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge e filho(s)             | <input type="checkbox"/> Sozinho         |

- Religião:
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Católico           | <input type="checkbox"/> Espírita            |
| <input type="checkbox"/> Protestante        | <input type="checkbox"/> Testemunha de Jeová |
| <input type="checkbox"/> Evangélico/Crente  | <input type="checkbox"/> Sem religião        |
| <input type="checkbox"/> Outra, qual: _____ | <input type="checkbox"/> Judeu               |

Você é praticante da sua religião?  Sim  Não  Não se aplica

- Ocupação Atual:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalhando                     | <input type="checkbox"/> Desempregado              |
| <input type="checkbox"/> Aposentado por tempo de serviço | <input type="checkbox"/> Do lar                    |
| <input type="checkbox"/> Aposentado por invalidez        | <input type="checkbox"/> Afastado (licença médica) |
| <input type="checkbox"/> Estudante                       | <input type="checkbox"/> Outro, qual: _____        |
| <input type="checkbox"/> Nunca trabalhou                 |  |

Etnia:  Branca  Negra  Amarela  Parda/mulata

Outros: \_\_\_\_\_

Se você for casado(a), você é parente do seu cônjuge?  Sim  Não

Seus pais são parentes?  Sim  Não

Você é gêmeo?  Sim  Não

**Quem encaminhou você para esta pesquisa?**

---

---

**HISTÓRICO ESCOLAR**

Qual o seu grau de escolaridade?

- ( ) Analfabeto                      ( ) Primeiro Grau Incompleto    ( ) Primeiro Grau Completo  
( ) Segundo Grau Incompleto    ( ) Segundo Grau Completo    ( ) Terceiro Grau Incompleto  
( ) Terceiro Grau Completo    ( ) Pós-Graduação: área / grau obtido: \_\_\_\_\_

Você já repetiu algum ano?     Sim                       Não

Se sim, qual (quais) o(s) ano(s)? \_\_\_\_\_

E por quais razões? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Total do número de anos que já estudou (incluir alfabetização) \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO PROFISSIONAL:**

Qual sua profissão? \_\_\_\_\_

Você está trabalhando?                       Sim                       Não

Se você está desempregado, porque motivo você acha que não consegue emprego?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## HISTÓRICO MÉDICO

**Gravidez:** (se possível, responder juntamente com os pais ou alguém que tenha acompanhado este período).

### Houve alguma complicação durante a gestação do paciente?

- |  |                              |                              |                                  |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Anemia grave                            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 2. Taxa elevada de açúcar no sangue        | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 3. Sangramento vaginal                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 4. Proteína na urina                       | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 5. Convulsão/ "ataques"                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 6. Pressão elevada do sangue               | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 7. Diagnóstico de toxoplasmose ou rubéola? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 8. Outros _____                            |                              |                              |                                  |

Se marcou "Sim" em uma das questões acima, favor explicar abaixo:

Foi realizado algum teste diagnóstico? (raio-x, ultra-som, amniocentese, outros)

- Sim       Não       Não sei

Se Sim, especifique o trimestre:

- Primeiro ao terceiro mês  
 Quarto ao sexto mês  
 Sétimo mês até o parto

Tipo de teste: \_\_\_\_\_

Razão: \_\_\_\_\_

Durante a gestação, a mãe do paciente...

⇒ Fumou em média mais que 10 cigarros em 24 horas?

- Sim       Não       Não sei

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

Quando?

- 1º trimestre     2º trimestre     3º trimestre

⇒ Bebeu mais que 2 doses de bebida alcoólica em 24 horas?

- Sim       Não       Não sei

Se sim, quantas? \_\_\_\_\_

Quando?  1º trimestre  2º trimestre  3º trimestre

⇒ Bebeu mais que três xícaras de café/chá preto por dia?

Sim  Não  Não sei

Se sim, quantas? \_\_\_\_\_

Quando?  1º trimestre  2º trimestre  3º trimestre

⇒ Usou algum tipo de droga ou medicamento?

Sim  Não  Não sei

Se sim, quanto tempo? \_\_\_\_\_

Que tipo? Especifique: \_\_\_\_\_

Quando?  1º trimestre  2º trimestre  3º trimestre

#### **PARTO DO PACIENTE:**

- Em que local nasceu a criança?  Hospital  Casa  Outro: \_\_\_\_\_
  - O parto foi normal?  Sim  Não  Não sei
  - O fórceps foi utilizado?  Sim  Não  Não sei
  - O parto foi cesariano?  Sim  Não  Não sei
- Se Sim, por que razão? \_\_\_\_\_

Houve alguma das seguintes intercorrências?

1. Parto prolongado  Sim  Não  Não sei
2. Apresentação diferente (de nádegas, face, pés)  Sim  Não  Não sei
3. O cordão umbilical estava enrolado no pescoço  Sim  Não  Não sei
4. Havia nó no cordão umbilical  Sim  Não  Não sei
5. Defeitos de nascença  Sim  Não  Não sei
6. Nasceu arroxeadado  Sim  Não  Não sei
7. Pouca atividade  Sim  Não  Não sei
8. Diminuição da resposta aos estímulos  Sim  Não  Não sei

• Qual era o peso do bebê ao nascer? \_\_\_\_\_

Baixo peso? (< 2.500 gr)  Sim  Não  Não sei

• O bebê foi prematuro (antecipou mais que 2 semanas)?

Sim  Não

• Esta foi uma gravidez múltipla? (gêmeos, trigêmeos, quadrigêmeos)

Sim  Não  Não sei

O médico e a enfermagem precisaram intervir de alguma maneira especial logo após o nascimento do bebê?

- |                                   |                              |                              |                                  |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Introdução de oxigênio         | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 2. Ressuscitamento                | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 3. Medicação                      | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 4. Incubadora                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 5. UTI                            | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 6. Cirurgia                       | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 7. Transfusão de sangue           | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| 8. Outros (favor descrever) _____ |                              |                              |                                  |

- A mãe teve algum problema emocional antes ou depois do parto (investigar depressão pós-parto)?

Sim       Não

Se sim, explicar \_\_\_\_\_

<b>Primeiro ao quinto ano de vida da criança</b> (Desenvolvimento neuropsicomotor):
---

- A criança teve algum atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (andar, sentar, falar) ?

Sim       Não

Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

- O paciente apresentou....
  1. Distúrbio da Linguagem?       Sim    Não    Não sei (Se sim, qual idade? \_\_\_\_\_)
  2. Problemas com o sono?       Sim    Não    Não sei (Se sim, qual idade? \_\_\_\_\_)
  3. Problemas na alimentação?       Sim    Não    Não sei (Se sim, qual idade? \_\_\_\_\_)
  4. Problemas na motricidade?       Sim    Não    Não sei (Se sim, qual idade? \_\_\_\_\_)
  5. Enurese?       Sim    Não    Não sei (Se sim, qual idade? \_\_\_\_\_)
  6. Encoprese?       Sim    Não    Não sei (Se sim, qual idade? \_\_\_\_\_)

<b>HISTÓRIA MÉDICA GERAL</b>
------------------------------

Você já teve alguma destas doenças? Marcar com um "X" e colocar a idade

(Por favor, não deixe nada em branco)

<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Encefalite
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Meningite
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Poliomielite
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Infecção freqüente da garganta
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Coma
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Convulsão/ataques
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Tremores
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Enxaqueca
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Asma
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Diabetes
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Episódio de amnésia

<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Hipotireoidismo
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Hipertireoidismo
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Febre Reumática
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei</b>	<b>Idade:</b>	Derrame cerebral

Se **SIM** para qualquer dos itens acima a doença foi diagnosticada por um médico?

Sim

Não

Se não, quem fez o diagnóstico? \_\_\_\_\_

Você já fez ou teve algum aborto?  
aplica

Sim

Não

Não se aplica

Você é portador de alguma doença não perguntada (ou já foi operado)?

Sim

Não

Qual  
(Quais)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO DE FEBRE REUMÁTICA

Você tem (ou teve) **FEBRE REUMÁTICA**?

Sim

Não

Quantos anos você tinha quando teve seu primeiro episódio de Febre Reumática? \_\_\_\_\_

Você teve mais algum episódio de Febre Reumática?

Sim  
 Não

Se Sim, quantos anos você tinha? \_\_\_\_\_

Quem fez o diagnóstico de Febre Reumática? \_\_\_\_\_

Quais desses sintomas estavam presentes (e em qual episódio se houver mais de um)?

- Cardite
- Artrite
- Coréia de Sydenham
- Eritema marginado
- Nódulos Subcutâneos

Alguns desses exames foram feitos na época da(s) fase(s) aguda de Febre Reumática? Qual o resultado?

- Cultura orofaríngea para estreptococo  $\beta$  hemolítico do grupo A ( )  
*Resultado:*  Positivo  Negativo
- Anticorpo DNase B. *Resultado:* maior valor \_\_\_\_\_
- ASLO. *Resultado:* maior valor \_\_\_\_\_

Você tem alguma seqüela cardíaca da FR? (Sopro Cardíaco) \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

**MAIS ALGUÉM DA FAMÍLIA RECEBEU DIAGNÓSTICO DE FEBRE REUMÁTICA?**

Sim  Não

Se sim, quem? (grau de parentesco) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Os sintomas obsessivo-compulsivos ou tiques começaram antes, durante ou depois do primeiro episódio de Febre Reumática? \_\_\_\_\_

Descreva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se os sintomas obsessivos ou tiques começaram antes ou durante o primeiro episódio, houve alguma piora dos sintomas obsessivo-compulsivos durante ou após a Febre Reumática? \_\_\_\_\_

Descreva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



<b>TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO</b>
--------------------------------

Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico?

 Sim

 Não

Reveja cuidadosamente e complete o seguinte quadro:

Quais **medicamentos** você tomou para qualquer dos comportamentos / problemas discutidos neste questionário? **Atenção!** Não preencha as colunas em cor cinza. Essas colunas serão preenchidas pelo entrevistador.

<b>Para tratamentos anteriores:</b>
<b>(1) Sem resposta</b> (sem alteração)
<b>(2) Resposta parcial</b> , mas não satisfatória (ligeiramente melhor)
<b>(3) Resposta satisfatória</b> (melhor ou muito melhor)

<b>Para o entrevistador:</b>
<u>Uso adequado</u> = pelo menos durante 12 semanas, doses máximas convencionais ou doses máximas toleradas (descrever os efeitos colaterais mais limitantes).

Medicação	Já tomou?		Idade em que tomou? (em anos)	Duração do tratamento (em meses)	Tomando agora?		Dose atual	Dose máxima	Uso adequado? (legenda acima)	Resposta ao Tratamento (legenda acima)	
	<u>SIM</u> <u>NÃO</u>				<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>					
<b>ANTIDEPRESSIVOS – IRS E ISRS</b>											
Fluoxetina ( <b>Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial</b> )	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Fluvoxamina ( <b>Luvox</b> )	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Paroxetina ( <b>Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin</b> )	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Sertralina ( <b>Zoloff, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip</b> )	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Citalopram ( <b>Cipramil, Procimax,</b>	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)

<b>Denyl, Alcytam)</b>								
Escitalopram <b>(Lexapro)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Clomipramina <b>(Anafranil, Clo)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
<b>ANTIDEPRESSIVOS – OUTROS</b>								
Imipramina <b>(Tofranil)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Mirtazapina <b>(Remeron)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Venlafaxina <b>(Efexor, Venlift)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Minalciprano <b>(Ixel)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
OUTROS	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
<b>ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS</b>								
Alprazolam <b>(Frontal, Apraz, Altrox, Tranquinal)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Clonazepam <b>(Rivotril, Clonotril)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Diazepam <b>(Diempax, Valium)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
OUTROS	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
<b>ANTI-CONVULSIVAN TES</b>								
Carbamazepina <b>(Tegretol, Tegretard)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Oxcarbamazepina <b>(Trileptal))</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Valproato <b>(Depakene, Valpakene Depakote)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
Topiramato <b>(Topamax)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
OUTROS	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
<b>ANTI-HIPERTENSIVOS</b>								
Clonidina <b>(Atensina)</b>	S N			S N			S N	(1) (2) (3)
OUTROS	S N			S N			S N	(1) (2) (3)

<b>NEUROLÉPTI</b> <b>COS - TÍPICOS</b>												
Clorpromazina (Amplictil, Longactil)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
Haloperidol (Haldol)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
Pimozida (Orap)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
OUTROS	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
<b>NEUROLÉPTI</b> <b>COS - ATÍPICOS</b>												
Clozapina (Leponex)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
Olanzapina (Zyprexa)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
Ziprasidona (Geodon)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
Aripiprazol (Abilify)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
Risperidona (Risperdal, Zargus, Risperidon, Re spidon)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
Sulpirida (Equilid; Sulpan, Dogmatil)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
LÍTIO (Carbolitium)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
<b>ESTIMULANTES</b>												
Metilfenidato (Ritalina; Concerta; RitalinaLA)	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)
Outros ?	S	N			S	N		S	N	(1)	(2)	(3)

▪ Você já realizou Psicoterapia?

Sim

Não

Se sim:

Qual tipo/técnica? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Quantas horas por semana? \_\_\_\_\_

---

Com quem? \_\_\_\_\_

Você completou o tratamento proposto?  Sim  Não  Está em tratamento

Se não, por quais motivos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

▪ Você já esteve internado por causa de doença psiquiátrica?  Sim  Não

Se sim, Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Onde? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quanto tempo durou cada internação?

1. \_\_\_\_\_ semana

2. \_\_\_\_\_ semanas

3. \_\_\_\_\_ semanas

4. \_\_\_\_\_ semanas

5. \_\_\_\_\_ semanas

6. \_\_\_\_\_ semanas

▪ Você já fez Eletroconvulsoterapia?  Sim  Não

Se sim, Onde? \_\_\_\_\_

Quantas vezes? \_\_\_\_\_ Quantas sessões? \_\_\_\_\_

\* Alguma vez você já achou que não valia a pena viver? (1) sim (2) não

Se sim, quando foi isso?

\_\_\_\_\_

\* Alguma vez você já desejou estar morto(a)? (1) sim (2) não

Se sim, quando foi isso?

\_\_\_\_\_

\* Alguma vez você já pensou se suicidar? (1) sim (2) não

Se sim, quando foi isso?

---

\* Você já chegou a planejar a forma de fazê-lo? (1) sim (2) não

Se sim, quando foi isso?

---

\* Você já chegou a tentar suicídio? (1) sim (2) não

\* Se sim: quantas vezes? \_\_\_\_\_

Quando foi isso, de que forma e porque motivo?

---

---

\* Você chegou a precisar de tratamento na ocasião? (1) sim (2) não

\* Você foi internado por tentar suicídio? (1) não

(2) sim, em pronto-socorro ou hospital geral

(3) sim, em hospital-dia de psiquiatria

(4) sim, em hospital psiquiátrico

\* Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_ (dias)

\* E atualmente, você chega a pensar em se suicidar? (1) sim (2) não

Se sim, como é esse pensamento?

---

---

\* Alguém na sua família já se suicidou? (1) sim (2) não

Se sim, quem, como e quando?

---

---

\* Alguém na sua família já tentou se suicidar?

(1) sim

(2) não

---

---

**CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA**

Para a classificação socioeconômica dos entrevistados, estamos utilizando o critério: ABIPEME. Este critério é baseado na soma de pontos, conforme segue.

Por favor, circule o grau de instrução do chefe da família, ou seja, da pessoa que traz renda para a família do paciente.

Instrução do chefe da família	ABIPEME
Analfabeto	0
primário incompleto	
primário completo	5
ginasial incompleto	
ginasial completo	10
colegial incompleto	
colegial completo	15
superior incompleto	
superior completo	21

**Itens de conforto familiar - critério ABIPEME**

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo. Circule o número da coluna que indica o que você possui. Exemplo, se possui um carro, circule o número 4 na linha que corresponde a automóvel.

Itens de posse	Não tem	Quantidade possuída					
		1	2	3	4	5	6 e+
Automóvel	<input type="checkbox"/>	4	9	13	18	22	26
Televisor em cores	<input type="checkbox"/>	4	7	11	14	18	22
Banheiro	<input type="checkbox"/>	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	<input type="checkbox"/>	5	11	16	21	26	32
Rádio (excluindo o do carro)	<input type="checkbox"/>	2	3	5	6	8	9
Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/>	8	8	8	8	8	8
Vídeo cassete	<input type="checkbox"/>	10	10	10	10	10	10
Aspirador de pó	<input type="checkbox"/>	6	6	6	6	6	6
Geladeira comum ou com freezer	<input type="checkbox"/>	7	7	7	7	7	7

Os limites de classificação ficaram assim definidos:

<b>Classes</b>	<b>critério ABIPEME</b>
A -	89 e +
B -	59/88
C -	35/58
D -	20/34
E -	0/19

Renda familiar: R\$ \_\_\_\_\_ (somar todos os salários, formais e informais da família)

## **Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS)**

1. Questionário Auto-Applicável sobre Sintomas Obsessivo-Compulsivos de acordo com dimensões;

2. Avaliação Clínica da Gravidade dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos de acordo com dimensões;

- Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
- Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões relacionadas
- Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo
- Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza
- Obsessões e Compulsões de Coleccionismo
- Obsessões e Compulsões Diversas

3. Avaliação Clínica da Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

**Janeiro 2006**

Este questionário foi baseado em parte em itens da Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989; Rosenfeld et al., 1993), em resultados das análises fatoriais anteriores (Leckman et al., 1997; Mataix-Cols et al., 1999; Summerfeldt et al., 1999) e no Trabalho de campo do DSM-IV para TOC (Foa et al., 1995). Versão 11.1

Pesquisadores que queiram utilizar este questionário, favor entrar em contato com o Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC): Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, s/n, Instituto de Psiquiatria, sala 4025, 3º andar, HCFMUSP. Cerqueira César – São Paulo, SP. Fone: (11) 3069-7896 e 3069-6972.

Referência para citação: 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.

**Caro Paciente e/ou Familiar,**

**Por favor, leia esta introdução.**

Neste questionário você fornecerá respostas sobre você mesmo ou sobre algum membro de sua família. As questões referem-se aos sintomas obsessivo-compulsivos que podem estar presentes atualmente ou que estiveram presentes no passado. Se você tem dúvidas sobre como responder algo ou não está 100% certo de uma resposta, nós recomendamos que você dê sua “melhor resposta” e então faça anotações sobre por quê você tem dúvidas, ou por quê você respondeu a questão da maneira como respondeu (faça anotações em qualquer lugar: nas margens, no verso das páginas ou em uma página anexa). Não se preocupe com respostas certas ou erradas. **Isto não é um teste.**

Se alguma resposta for “nunca” ou “não”, marque-a como tal, não a deixe em branco. Se você deixar em branco nós não saberemos se você queria dizer “nunca/não”, ou se você pulou a questão. Para complementar a verificação dos sintomas, circule ou sublinhe palavras específicas nos exemplos que melhor descrevem seus comportamentos. Circulando ou sublinhando palavras em nossos exemplos, você estará nos fornecendo uma valiosa informação sobre o que você ou seu familiar tem experienciado.

Conforme você for avançando, verá que cada sessão possui um título, e que há orientações no início de cada uma delas. No início de cada sessão, por favor, dê-se um tempo para refrescar a memória. Nós incluímos algumas definições para ajudar-lhe em suas respostas.

Este instrumento deve ser completado por um indivíduo com sintomas obsessivo-compulsivos ou por alguém que o conheça bem. No caso de uma criança, é geralmente melhor que um dos pais complete o instrumento, consultando a criança. Um adulto pode querer fazer perguntas ao cônjuge ou outro familiar próximo para ajudar-lhe nas respostas.

**Nós recomendamos o uso de um lápis. Não ache que deve completar todo o instrumento de uma só vez. Trabalhe em um ritmo que seja confortável para você. Obrigado pelo extenso trabalho para completar este questionário.**

**É provável que após a entrega do questionário preenchido alguém que esteja familiarizado com o TOC entre em contato com você, para que possa conversar sobre algumas de suas respostas.**

**Obrigado!**

## Parte I: Lista de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

**NOTA:** Este questionário refere-se aos sintomas obsessivo-compulsivos.

**Pedimos para que você complete todo o questionário.**

**Quando estiver completando o questionário, considere as seguintes definições:**

**Obsessões** são pensamentos, medos ou imagens intrusivos e repetitivos. Exemplos incluem o pensamento recorrente de dúvida sobre se a luz foi acesa ou a porta foi trancada. Outros exemplos incluem preocupações sobre germes e doenças. Estes pensamentos ou imagens persistem mesmo que a pessoa tente ignorá-los ou suprimi-los.

**Compulsões** são atos repetitivos, comportamentos ou rituais mentais que a pessoa sente que “tem que” realizar. Por exemplo, verificar repetitivamente se a porta está fechada, ou se aparelhos elétricos estão desligados. Outros exemplos incluem lavagem repetitiva de mãos ou a necessidade de colocar as coisas em uma determinada ordem.

Nota: Frequentemente o conteúdo de pensamentos obsessivos e imagens envolvem “agressão” a si mesmo ou outros, especialmente familiares. Neste questionário gostaríamos que você considerasse cuidadosamente a natureza específica da agressão. Por exemplo, na primeira sessão você será perguntado sobre agressão especificamente relacionada a acidentes, violência, outras formas de comportamento agressivo e desastres naturais ou catástrofes. Na segunda dimensão, você será perguntado sobre preocupações obsessivas relacionadas a agressão secundária a pensamentos ou ações sobre sexo ou religião. Mais adiante, pediremos para concentrar-se em preocupações obsessivas relacionadas a contaminação com sujeira ou germes. Por favor, seja cuidadoso (a) para assinalar apenas os itens que melhor representam suas obsessões lendo os exemplos que são fornecidos em cada questão.

Marque uma vez X em uma ou mais células em cada linha apropriada (“passado” significa que o sintoma esteve presente no passado, mas não durante a última semana). Se um sintoma tiver estado presente (atual ou passado), indique a idade de início. Para crianças, os pais devem completar este instrumento com a ajuda de seu filho.

### **Dimensão I - Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas**

#### **A. Lista de sintomas**

<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (Última Semana)	<b>Idade</b> <b>De</b> <b>Início</b>	<b>Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas</b>
				1. Tenho obsessões de que eu posso me ferir. Por exemplo, medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro ou medo de andar perto de janelas de vidro.

				2. Tenho obsessões de que eu vou ser ferido. Por exemplo, medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos venham a me ferir.
				3. Verifico se não me feri ou se não fui ferido. Por exemplo, procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para reassegurar-me de que não feri a mim mesmo.
				4. Tenho obsessões de que posso ferir outras pessoas. Por exemplo, medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para a frente de um carro ou de um trem.
				5. Tenho obsessões de que vou ferir outras pessoas sem querer. Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações errados.
				6. Tenho obsessões de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				7. Verifico se não feri outros ou se outros não foram feridos. Por exemplo, verificar se não feriu alguém sem saber. Você pode perguntar aos outros para reassegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem.
				8. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				9. Tenho obsessões de que posso dizer obscenidades ou insultos. Por exemplo, medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas.
				10. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
				11. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc.

				12. Verifico se algo terrível acontecerá ou aconteceu. Por exemplo, procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem.
--	--	--	--	--

				13. Verifico ou tomo outras medidas (diferentes de verificações) de modo a prevenir ferir-me, ferir outros, ou evitar outras conseqüências terríveis. Por exemplo, ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar manusear facas, tesouras, vidro.
				14. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter tido um “mau” pensamento sobre agressão/ferimentos, com o objetivo de prevenir terríveis conseqüências. Por favor, marque este item somente se a repetição for realizada em resposta aos pensamentos relacionados à violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.
				15. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar em um “bom” pensamento para anular um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentais que você tem que lembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos para aliviar obsessões sobre violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.

**B. Avaliação de gravidade das Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas**

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 1 ao número 15 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (1 a 15)?      Sim                  Não      (Circule um)

Se você circulou "Não", passe para a próxima sessão (Dimensão II) em "Obsessões sexuais e religiosas".

Se "Sim", quais destes sintomas incomodaram-lhe durante a última semana? \_\_\_\_\_  
(Escreva o número do item)

**Agora tente pensar somente nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre agressão, violência e desastres naturais (itens 1 a 15) enquanto responde as próximas questões.**

**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 15).

---



---

**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 (agressão, violência e desastres naturais).

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

- o           o     **4 = Grave** – incomoda muito
- o           o     **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

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

## Dimensão II - Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas

### A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				16. Tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos. Por exemplo, pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos.
				17. Tenho obsessões sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto. Por exemplo, pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos.

				18. Tenho obsessões sobre homossexualidade. Por exemplo, medo de ser homossexual ou medo de, subitamente, transformar-se em “gay”, quando não existem razões para estes pensamentos.
				19. Tenho obsessões sobre conduta sexual agressiva em relação aos outros. Por exemplo, imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares.
				20. Verifico para me certificar de que não fiz nada de errado de natureza sexual. Por exemplo, checando meus órgãos genitais, a cama ou roupas para ver se há alguma evidência de ter feito algo errado. Pergunto para me assegurar de que nada ruim de natureza sexual aconteceu.
				21. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sexuais. Por exemplo, não vou a uma seção de revistas em uma livraria por causa de algumas fotos ou títulos.
				22. Tenho obsessões com sacrilégios ou blasfêmias. Por exemplo, medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por estas coisas.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				23. Tenho obsessões com o que é o certo/errado e a moralidade. Por exemplo, preocupações sobre estar sempre fazendo coisas de uma maneira moralmente correta ou preocupações sobre ter dito uma mentira ou ter trapaceado alguém.
				24. Tenho medo/preocupação de dizer certas coisas. Por exemplo, medo de dizer algo terrível ou impróprio que possa ser considerado desrespeitoso para alguém vivo ou morto. Algumas pessoas têm medo excessivo de dar conselhos errados.
				25. Verifico para me certificar que não fiz nada errado de natureza religiosa. Por exemplo, verifico a Bíblia ou outros objetos. Pergunto ao padre, rabino, pastor ou outras pessoas para me assegurar de que nada aconteceu.
				26. Tenho compulsões que envolvem obrigações religiosas ou objetos religiosos. Por exemplo, limpeza ou checagem excessiva de objetos religiosos. Rezar durante várias horas ou procurar por reassuramentos em líderes religiosos com mais frequência do que a necessária.

				<p>27. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre religião ou moral. Por exemplo, não ir a igreja ou não assistir certos programas de TV porque podem provocar pensamentos de estar sendo possuído pelo diabo ou por alguma influência do diabo.</p>
				<p>28. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter um "mau", pensamento obsessivo sexual ou religioso com o objetivo de prevenir conseqüências terríveis. Por favor, não marque este sintoma a menos que a repetição seja em resposta a estes pensamentos sexuais, religiosos ou de moralidade.</p>
				<p>29. Preciso dizer, perguntar ou confessar coisas. Por exemplo, perguntar para outras pessoas sobre possíveis coisas erradas que tenha feito, confessar algo errado que não tenha acontecido ou contar às pessoas seus pensamentos íntimos para sentir-se melhor.</p>
				<p>30. Tenho rituais mentais (diferentes de verificação). Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz "em sua cabeça", como pensar um "bom" pensamento após um "mau" pensamento ou necessidade de manter listas mentalmente que tenha que relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos com o objetivo de aliviar obsessões sexuais ou religiosas.</p>

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

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 16 ao número 30 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (16 a 30)?    Sim    Não    (Circule um)

Se você circulo "não", passe para a próxima sessão (Dimensão III), em "Obsessões e Compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo".

Se você circulo "sim", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?  
\_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

**Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas a conteúdo sexual e/ou religioso (itens 16 a 30) enquanto responde as próximas questões.**

**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 16 a 30).

---



---



---

**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"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>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) |

- o o **3 = Frequentemente, 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).
- o o **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)
- o o **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 (obsessões e compulsões de conteúdo sexual e/ou religioso).

Pior fase    Atual

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

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

**Dimensão III - Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo**

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	<b>Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”</b>
				31. Tenho obsessões sobre a necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas. Por exemplo, preocupação ou sentimentos desconfortáveis sobre o alinhamento correto de papéis e livros, preocupação com a realização de cálculos, com a necessidade de fazê-los corretamente ou necessidade de escrever de forma perfeita.
				32. Tenho obsessões sobre simetria. Por exemplo, estar extremamente preocupado se certas sensações, pensamentos ou coisas não estão simétricas.

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	<b>Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”</b>
				33. Verifico se não cometi erros. Por exemplo, verificação repetida enquanto lê, escreve ou faz simples cálculos para certificar-se que não cometeu um erro. Isto pode envolver fazer listas de coisas para fazer, assim como checá-las obsessivamente.
				34. Releio ou reescrevo. Por exemplo, levar horas para ler poucas páginas de um livro ou para escrever uma pequena carta porque você fica lendo e relendo. Isto pode também envolver a procura por uma palavra ou frase “perfeita”, ou preocupar-se por não ter realmente entendido o significado do que você leu, ou ficar preocupado com o formato de algumas letras.
				35. Tenho necessidade de repetir atividades rotineiras. Por exemplo, entrar/sair de casa várias vezes; sentar/ levantar várias vezes de uma cadeira. Repetir atividades rotineiras como ligar e desligar aparelhos, colocar e tirar um objeto da mesa, pentear o cabelo ou olhar para determinado local. Você pode não se sentir bem até fazer essas coisas um determinado número de vezes ou até que uma certa sensação de simetria seja alcançada. Tente distinguir esse item da repetição realizada como atividades secundárias a um pensamento de conteúdo agressivo, sexual ou religioso, ou de contaminação ou de colecionismo.
				36. Tenho compulsões de contagem. Por exemplo, contar coisas como azulejos no teto ou no chão, brinquedos, janelas, telhas, pregos na parede, livros em uma estante ou até mesmo grãos de areia na praia.
				37. Tenho rituais de ordenação e arranjo. Por exemplo, endireitar papéis ou canetas sobre a mesa ou livros na estante. Você pode gastar horas arrumando as coisas na sua casa numa determinada “ordem” ficando muito chateado se esta “ordem” é alterada.
				38. Tenho compulsões que envolvem tocar simetricamente ou realizar ações ou movimentos simétricos. Por exemplo, após tocar ou fazer algo no lado direito, precisar tocar ou fazer a mesma coisa no lado esquerdo.
				39. Tenho necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas. Por exemplo, sentir o impulso de tocar superfícies ásperas como madeira ou superfícies quentes, como o fogão. Sentir o impulso de tocar outras pessoas, ou de tocar um objeto. Necessidade de esfregar ou pegar algo como o telefone para evitar que alguém da família adoieça.

				40. Tenho medo de não dizer exatamente o correto. Por exemplo, medo de ter dito coisas erradas, preocupação de não encontrar a palavra ou frase perfeita antes de dizer algo ou responder a alguém.
				41. Tenho rituais mentais além de verificação ou balanceamento. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz "em sua cabeça". Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados a obsessões de simetria, exatidão ou percepções de "estar-legal".

Nunca	Passado	Atual (Última semana)	Idade de Início	Ordem, Simetria, Contagem, Fazer e Refazer e Necessidade de que as coisas “estejam legais”
				42. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre simetria ou exatidão. Por exemplo, não olhar para certas coisas na casa porque elas certamente irão desencadear obsessões ou compulsões de ordenação/arranjo ou exatidão.

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

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 31 ao número 42 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (31 a 42)?    Sim    Não    (Circule um)

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (sessão IV), em “Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza.

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?  
\_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

**Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas a simetria, ordem, contagem e arranjo (itens 31 a 42) enquanto responde as próximas questões.**

**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 31a 42).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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

- o o **0 = Nenhum**
- o o **1 = Raramente**, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
- o o **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)
- o o **3 = Frequentemente, 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).
- o o **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)
- o o **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

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

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

### **Dimensão IV - Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza**

#### **A. Lista de Sintomas**

<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (Última Semana)	<b>Idade de Início</b>	<b>Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza</b>
				43. Tenho obsessões com sujeira ou micróbios. Por exemplo, medo de pegar germes sentando em determinadas cadeiras, cumprimentando alguém, tocando em maçanetas.
				44. Tenho preocupação excessiva com, ou nojo de excrementos ou secreções do corpo (ex.: urina, fezes, saliva, vômito). Por exemplo, medo de entrar em contato com vômito, urina, fezes, sêmen, secreção vagina, suor (de si próprio ou de outra pessoa).

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	<b>Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza</b>
				45. Tenho preocupação excessiva com contaminações provenientes do ambiente (ex.: resíduos tóxicos, radiações). Por exemplo, medo de ser contaminado por asbestos ou radônio; medo de substâncias radioativas (por exemplo, o cézio 137); medo de coisas associadas com cidades contendo lixo atômico. Medo de ser contaminado por poluição.
				46. Tenho obsessões com insetos ou animais. Por exemplo, medo de ser contaminado por moscas ou ao entrar em contato com cachorros, gatos ou outros animais.
				47. Fico incomodado com substâncias viscosas ou resíduos. Por exemplo, nojo de fitas adesivas, cola ou substâncias pegajosa que possam conter ou não contaminantes.
				48. Fico preocupado em pegar doenças por contaminação. Por exemplo, medo de ficar doente como um resultado direto de ser contaminado. Isto pode incluir medo de contrair doenças específicas como AIDS ou câncer, especificamente por causa de contaminação.
				49. Tenho lavagem excessiva ou ritualizada das mãos. Por exemplo, necessidade de lavar repetidamente as mãos por causa de preocupações com sujeira ou germes ou porque você não sente que suas mãos estão limpas o suficiente. Frequentemente, se esta seqüência de lavagem de mãos é interrompida, todo o processo tem que ser reiniciado. O ritual pode envolver a necessidade de lavar as mãos um certo número de vezes ou ter que lavá-las de uma maneira específica.
				50. Tomo duchas, banhos, escovação dos dentes ou rotinas diárias de higiene pessoal compulsivas ou excessivas. Por exemplo, as atividades de higiene no banheiro podem precisar ser realizadas de acordo com uma ordem específica. Você pode precisar de uma quantidade excessiva de papel higiênico. Frequentemente, caso a rotina de lavagem ou limpeza seja interrompida, é preciso começar tudo de novo.
				51. Tenho preocupação excessiva ou nojo de itens na casa ou objetos inanimados. Por exemplo, preocupação ou medo de ser contaminado (a) por torneiras, vasos sanitários, pisos, utensílios de cozinha, produtos de limpeza e solventes. Além disso, sentir nojo da idéia de entrar em contato com qualquer um destes itens.

				52. Tenho compulsões que envolvem limpeza excessiva de móveis da casa ou de objetos inanimados. Por exemplo, limpeza excessiva de brinquedos, roupas, material escolar, torneiras, cozinha, banheiros, chão e utensílios domésticos.
				53. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “na sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com preocupações com contaminação.
<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (Última Semana)	<b>Idade de Início</b>	<b>Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza</b>
				54. Tomo medidas para prevenir ou evitar/remover o contato com substâncias que podem causar contaminação. Evito fazer certas coisas ou ir a certos lugares por causa das preocupações com contaminação. Por exemplo, pedir para membros da família que removam inseticidas, lixo, latas de gasolina, carne crua, tintas, verniz, medicamentos do armário de remédios, ou limpem a sujeira dos animais domésticos se você não pode evitar estas coisas. Pedir para os familiares abrirem portas, ou usar luvas ou lenços de papel ou toalhas de mão para evitar o contato direto com certas coisas. Não utilizar banheiros públicos, não usar toalhas de hotéis ou não apertar as mãos de outras pessoas (cumprimento).

## B. Avaliação de gravidade das Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 43 ao número 54 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (43 a 54)?    Sim    Não    (Circule um)

Se você circulou "não", passe para a próxima sessão (Dimensão V), em “Obsessões e Compulsões de Coleccionismo”.

Se você circulou “sim”, qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?  
\_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas sobre contaminação e compulsões de limpeza (itens 43 a 54) enquanto responde as próximas questões.

**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 43 a 54).

---

---

**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 (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza).

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, 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

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

### **Dimensão V - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo**

#### **A. Lista de Sintomas**

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Coleccionismo
				55. Tenho obsessões sobre a necessidade de colecionar e guardar coisas para o futuro. Por exemplo, medo de jogar coisas fora (papéis, documentos, recibos, etc.) pela possibilidade de precisar delas no futuro.
				56. Tenho obsessões sobre jogar coisas fora. Por exemplo, manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrolável de colecionar as coisas.
				57. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.

				<p>58. Tenho dificuldade em decidir quando guardar ou não algo. Por exemplo, pego objetos sem nenhuma razão em especial e guardo-os porque não consigo decidir se devo ou não jogá-los fora.</p>
				<p>59. Tenho compulsões de guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, ter quartos cheios de jornais velhos, anotações, latas, toalhas de papel, embalagens e garrafas vazias. Não conseguir jogar estas coisas fora por medo de que possa precisar delas algum dia. Você também pode pegar objetos da rua ou de lixeiras.</p>
				<p>60. Tenho rituais mentais referentes a guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça” como pensar um bom pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas que tem de ser lembradas em uma determinada ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com obsessões de colecionismo.</p>
				<p>61. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de colecionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.</p>

## B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Coleccionismo

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 55 ao número 61 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (55 a 61)?    Sim    Não    (Circule um)

Se você circulou "**não**", passe para a próxima sessão (Dimensão VI), em "Obsessões e Compulsões Diversas".

Se você circulou "**sim**", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?  
\_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões relacionadas a colecionismo (itens 55 a 61) enquanto responde as próximas questões.

**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 55 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"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>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"/> | 3 = <b>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"/> | 4 = <b>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)   |

- o
- o 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 (obsessões e compulsões de colecionismo).

Pior fase    Atual

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

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

## A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				62. Tenho preocupações com doença ou enfermidade. Por exemplo, medo de ter doenças como câncer, cardiopatias, AIDS, apesar dos médicos terem descartado a possibilidade. Separar essas preocupações das preocupações associadas ao medo de contaminação.
				63. Tenho rituais de verificação relacionados com obsessões sobre doenças. Por exemplo, procurar reassegurar-se com amigos ou médicos de que não tem uma séria doença como cardiopatias ou um tumor no cérebro ou alguma outra forma de câncer. Checar repetidamente partes do corpo ou tomar o pulso compulsivamente, assim como sua pressão sanguínea ou temperatura.
				64. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz "em sua cabeça". Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados às obsessões sobre doenças.
				65. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre doenças. Por exemplo, não passar dirigindo por um hospital porque isto provoca pensamentos sobre doenças.
				66. Tenho necessidade de saber ou recordar certas coisas. Por exemplo, precisar lembrar coisas insignificantes como números de placas de carros, adesivos, "slogans" de camisetas.
				67. Tenho medos supersticiosos. Por exemplo, medo de passar por um cemitério, por um carro funerário, por um gato preto, passar debaixo de uma escada, quebrar um espelho ou medo de profecias associadas com a morte.
				68. Tenho comportamentos supersticiosos. Por exemplo, não pegar um ônibus ou trem se seu número for um número de azar como o treze. Ser relutante em sair de casa no dia treze do mês. Você pode jogar fora roupas que usou quando passou por uma casa funerária ou por um cemitério.
				69. Tenho números de sorte e de azar. Por exemplo, preocupações com certos números como o treze, ter que realizar atividades um determinado número mágico de vezes, ou ter que iniciar uma atividade somente em uma hora de sorte do dia. Outro exemplo é evitar números que poderiam trazer azar.

				<p>70. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre cores com significado especial. Por exemplo, preto pode ser associado com morte, vermelho pode ser associado com sangue ou ferimentos. Você pode evitar o uso de objetos desta cor.</p>
--	--	--	--	--

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	<b>Obsessões e Compulsões Diversas</b>
				71. Ouço sons, nomes, palavras ou músicas intrusivas e sem sentido invadem a minha mente. Por exemplo, escutar palavras, canções ou músicas que vem à mente e não consegue pará-las. Ficar preso ao som de certas palavras ou músicas.
				72. Imagens intrusivas (não violentas) que vêm a minha mente. Por exemplo, ter imagens com cenas neutras. Fica vidrado, fixado em detalhes visuais de certas figuras.
				73. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir qualquer uma destas obsessões e compulsões diversas. Por exemplo, não passar por locais com muito barulho ou não escrever certos números.
				74. Fico paralisado realizando comportamentos repetitivos e isso lentifica as minhas ações. Por exemplo, tomar banho, vestir-se ou ir para casa são atividades que tomam horas do dia. Outros podem ficar paralisados comendo ou falando, e estas atividades tomam muito mais tempo do que o necessário.
				75. Faço listas mais do que preciso. Fazer muitas listas de coisas ou atividades.
				76. Tenho obsessões sobre a possibilidade de ser separado de um familiar próximo. Por exemplo, preocupação de que algo terrível pode acontecer a um de seus pais, ou criança, ou namorado (a) e que em decorrência disto você nunca mais poderá vê-los novamente.
				77. Tenho compulsões ou rituais realizados para prevenir a perda de alguém (ou ser separado de alguém) muito querido. Por exemplo, seguir essa pessoa especial de aposento em aposento, ou telefonar diversas vezes; ter que rezar ou realizar rituais específicos para evitar que coisas más aconteçam a alguém.
				78. Tenho obsessões de que posso me tornar uma pessoa em particular. Por exemplo, ter um pensamento de que você pode se tornar uma pessoa em particular ou vir a ser outra pessoa; medo de que uma parte de seu corpo não pertença a você.

				79. Tenho compulsões para me livrar de pensamentos sobre me tornar uma outra pessoa. Por exemplo, empurrar os pensamentos para longe ou realizar algum ritual para se livrar destes pensamentos.
				80. Tenho rituais de olhar fixamente ou piscar. Por exemplo, necessidade de olhar algo até que seus contornos pareçam “estar legais”; ou “ter que” olhar para as coisas de uma determinada maneira por um determinado tempo.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				81. Tenho necessidade de repetir algo que eu ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer.
				82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo. Preocupação de que uma parte do corpo seja muito feia ou deformada, apesar dos outros afirmarem o contrário.
				83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro reasseguramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comparar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso.
				84. Tenho obsessões sobre comida. Por exemplo, preocupação excessiva com receitas, calorias e/ou dietas.
				85. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre exercícios físicos. Por exemplo, obsessões com a necessidade de fazer exercícios para queimar calorias. As compulsões relacionadas incluem exercícios que devem seguir certas regras ou ter uma determinada duração.
				86. Tenho rituais de alimentação. Por exemplo, ter que arranjar/arrumar a comida, faca e garfo em uma determinada ordem antes de comer. "Ter que" comer de acordo com um ritual rígido, ou ter que esperar para comer até que os ponteiros de um relógio estejam marcando uma determinada hora.
				87. Arranco cabelo (Tricotilomania). Por exemplo, puxar os cabelos do couro cabeludo, os cílios, a sobrancelha ou os pelos púbicos. Pode usar os dedos ou pinças para puxar os pelos. Frequentemente esse comportamento envolve procurar pelo "cabelo certo", remover o folículo ou morder o cabelo. Causar clareiras (falhas na cabeça) que exijam o uso de uma peruca ou arrancar os cílios e sobrancelhas completamente.

				88. Cutuco a pele ou outros comportamentos de automutilação (obsessões e compulsões). Por exemplo, cutucar a pele em volta das unhas ou próxima a machucados. Machucar a si mesmo ou piorar os machucados.
				Outro sintoma.

## B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

**Primeiro verifique se você marcou qualquer um dos itens do número 62 ao número 88 na lista de sintomas.**

Você marcou algum destes itens (62 a 88)?    Sim    Não    (Circule um)

Se você circulou "**sim**", qual destes sintomas mais lhe incomodou durante a última semana?  
 \_\_\_\_\_ (Escreva o número do item)

Agora tente pensar **somente** nestas obsessões e compulsões diversas (itens 62 a 88) enquanto responde as próximas questões.

**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

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 = <b>Nenhum</b>   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1 = <b>Raramente</b> , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2 = <b>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"/> | 3 = <b>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"/> | 4 = <b>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"/> | 5 = <b>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 dessa dimensão (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação).

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

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

#### **Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos –**

##### **Sintomas Híbridos (envolve mais de uma dimensão)**

**(quem preenche essa parte é o entrevistador)**

**Indique o seu melhor julgamento sobre as dimensões de sintomas presentes.** Reveja com o paciente o quanto as obsessões e compulsões se encaixam nas determinadas dimensões, sendo: 2 = presença evidente e os sintomas são entendidos como parte de uma dimensão; 1 = sintomas presentes mas existe uma incerteza importante de que tais sintomas possam ser entendidos em termos da dimensão avaliada; 0 = os sintomas da dimensão dada foram ausentes ou “provavelmente ausentes” durante a última semana.

\_\_\_\_\_ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Colecionismo*\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Obsessões e compulsões diversas*\_\_\_\_\_

**Classifique as dimensões de sintomas na ordem de maior para menor gravidade na última semana.** 1 = mais grave, 2 = próxima mais grave, e assim por diante. Por favor, marque cada dimensão. Se os sintomas estiveram ausentes durante a última semana, marque um "0" no devido espaço.

**ATENÇÃO: NÃO REPETIR NÚMEROS**

- \_\_\_\_\_ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas*
- \_\_\_\_\_ *Obsessões sexuais e religiosas*
- \_\_\_\_\_ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*
- \_\_\_\_\_ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*
- \_\_\_\_\_ *Colecionismo*
- \_\_\_\_\_ *Obsessões e compulsões diversas*

**Liste os sintomas mais notáveis do paciente ( colocar número correspondente):**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Qual a pior coisa que o paciente pensa que aconteceria se não respondesse aos seus pensamentos obsessivos ou necessidades de realizar suas compulsões ou rituais?**

Por favor, descreva:

---



---



---

**Quão certo está o paciente de que esta temida conseqüência é real ou ocorrerá de fato?**

- 0 = Está certo de que a conseqüência temida não acontecerá
- 1 = Mais certo de que a conseqüência temida não acontecerá
- 2 = Incerto se a conseqüência temida acontecerá ou não
- 3 = Mais certo de que a conseqüência temida acontecerá
- 4 = Certo de que a conseqüência temida acontecerá

**Por favor, reveja todos os sintomas obsessivo-compulsivos considerados como ocorridos na última semana** (excluindo "outros" sintomas considerados não autênticos do Transtorno obsessivo-compulsivo), faça uma avaliação global da gravidade para a última semana utilizando a escala ordinal a seguir, e complete o quadro de índices.

### **Gravidade Global das Obsessões e Compulsões**

Considerando todas as obsessões e compulsões que você apresenta, por favor responda:

**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 1a 88).

---



---

**3. 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.

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 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.

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 incapacitante

**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 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?

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 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.

Pior fase    Atual

- 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.

o o  
o o

**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, aceitação social ou 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.

Confiabilidade do(s) informante(s): Excelente = 0 Boa=1 Razoável=2 Pobre=3

**TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS – PIOR FASE**

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

**DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL – PIOR FASE**

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

**TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS - ATUAL (ÚLTIMA SEMANA)**

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

**DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL - ATUAL (ÚLTIMA SEMANA)**

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

### ESCALA OBSESSIVO-COMPULSIVO DE YALE-BROWN – Y-BOCS (Goodman et al., 1989)

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.

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

<p>1. <b>TEMPO OCUPADO</b> POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = 1 a 3 horas/dia ou freqüente</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito freqüente</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p>4. <b>RESISTÊNCIA</b> CONTRA OBSESSÕES</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir a maior parte das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</p>
<p>2. <b>INTERFERÊNCIA</b> provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado</p>	<p>5. GRAU DE <b>CONTROLE</b> SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e</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>concentração</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: raramente bem sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade.</p> <p><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>SOFRIMENTO</b> relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: 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).</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Não atrapalha muito</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Incomoda, mas ainda é controlável</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Muito incômoda</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Angústia constante e incapacitante</p>	<p>Uso do entrevistador</p> <p>_____</p> <p>SCORE OBSESSÕES (parcial)</p>

As questões seguintes são sobre **COMPORTAMENTOS 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 COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p>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>9. <b>RESISTÊNCIA</b> às COMPULSÕES</p> <p>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 = 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><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 COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p><i>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)</i></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 COMPORTAMENTO COMPULSIVO</p> <p>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 COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</p> <p>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>Uso do entrevistador</p> <p>_____</p> <p>ESCORE COMPULSÕES</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	
--	--

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

(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

**ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E GRAVIDADE DE  
FENÔMENOS SENSORIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
(USP-SPS)**

Nome: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Você está usando medicação para TOC e/ou tiques?      Sim ( ) Não( )

Se Sim, qual medicação: \_\_\_\_\_

Você faz Terapia Cognitiva e/ou Comportamental?      Sim ( ) Não( )

Se Sim, há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

Prezado paciente,

**Por favor, leia esta introdução antes de responder às questões.**

Esta escala foi desenvolvida para investigar algumas experiências subjetivas que podem acontecer antes ou durante a realização dos comportamentos repetitivos, ou que podem até mesmo desencadear esses comportamentos. Alguns exemplos de comportamentos repetitivos são as compulsões, rituais, “manias”, atos mentais ou tiques. As perguntas desta escala se referem a vários tipos de experiências subjetivas

que podem desencadear ou acompanhar esses comportamentos repetitivos. Essas experiências são chamadas na literatura de Fenômenos Sensoriais, porque descrevem sensações ou sentimentos desconfortáveis, incômodos ou perturbadores. Essas sensações podem ser físicas e/ou mentais. Elas podem ocorrer de diversas formas e nessa escala você vai encontrar várias definições e/ou exemplos de Fenômenos Sensoriais. Por exemplo: uma pessoa pode sentir que tem as mãos oleosas, e por isso lava as mãos de modo exagerado; outra pessoa pode sentir-se desconfortável ao olhar para diversos objetos numa prateleira, e sente a necessidade de arrumá-los exaustivamente, até que tudo pareça perfeitamente “em ordem” visualmente.

Os Fenômenos Sensoriais podem ser as únicas experiências que precedem ou acompanham seus comportamentos repetitivos (compulsões, rituais, tiques, etc.), ou você pode ter também outros tipos de experiências, tais como medos, preocupações, imagens (que são freqüentemente descritos como obsessões). Por exemplo, uma pessoa pode achar que sua mão está contaminada e ficar com medo, e por isso lavar as mãos repetidas vezes. Neste caso, a compulsão (lavar as mãos) é resultado de uma obsessão (medo de contaminação). Nesta escala, gostaríamos que você se concentrasse apenas nos fenômenos sensoriais, não nas obsessões.

Por favor, leia cada exemplo com atenção e assinale todos os exemplos que melhor descrevem os Fenômenos Sensoriais que precedem ou acompanham seus comportamentos repetitivos. Caso você nunca tenha apresentado um dos tipos descritos nos exemplos, assinale a coluna “NUNCA”. Caso tenha apresentado um dos tipos descritos no passado, mas o mesmo não esteve presente durante o último mês, marque a coluna “PASSADO”. Caso você tenha apresentado um dos tipos descritos nos exemplos durante o último mês, assinale a coluna “ATUAL”. Por favor, tente lembrar qual a sua idade quando começou a apresentar o exemplo específico. Você poderá também descrever seus Fenômenos Sensoriais com suas próprias palavras, caso eles não estejam ilustrados nos exemplos.

Se você não estiver completamente certo da sua resposta, não se preocupe. O entrevistador poderá esclarecer suas dúvidas.

Não existem respostas certas ou erradas. Isto não é um teste.

Obrigado por sua participação!

Para citação: ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE PRESENÇA E GRAVIDADE DE FENÔMENOS SENSORIAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP-SPS): Rosário-Campos MC; Prado HS; Shavitt RG; Hounie AG; Chacon PJ; Mathis ME; Mathis MA; Leckman JF; Miguel EC. Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo. 2005. 10ª. Versão.

### Exemplos de Fenômenos Sensoriais

**A. Sensações Físicas:** sensações desconfortáveis na pele (táteis), músculos ou ossos (músculo-esquelética) e/ou nas vísceras (órgãos internos). Você pode ter a necessidade de realizar um comportamento repetitivo até obter alívio ou se livrar (eliminar) desta sensação física.

**B. “Estar em ordem” (“just-right”) relacionado a estímulos sensoriais visuais, auditivos e táteis:**

VISUAIS: necessidade dos objetos parecerem visualmente “em ordem”;

AUDITIVAS: necessidade de objetos ou pessoas “soarem de uma determinada maneira” ou “em ordem”;

TÁTEIS: necessidade de tocar em pessoas ou objetos até obter uma sensação tátil de estar “em ordem” nas mãos ou em outra parte do corpo.

**C. Sensação de incompletude ou necessidade de sentir-se “em ordem” (“just-right”):**

sensação interna de desconforto, que pode desencadear a necessidade de realizar os comportamentos até sentir alívio. Sensação interna de não estar “em ordem”, que desencadeia ou acompanha a necessidade de realizar o comportamento até sentir que “está legal”, que está “em ordem”.

**D. Sensação de energia interna:** uma energia interna que cresce e precisa ser descarregada. Sensação generalizada de tensão ou energia que cresce e precisa ser descarregada pela realização de comportamentos repetitivos.

**E. “Ter que fazer”:** apenas “tenho que fazer” o comportamento. Os comportamentos não são precedidos por nenhuma obsessão nem por nenhum tipo de Fenômeno Sensorial ou percepção.

### A. Parte I – Lista de exemplos de Fenômenos Sensoriais

Exemplos de Fenômenos Sensoriais	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
<b>A.1- Sensação Física Tátil</b>				
1.Sinto minhas mãos (ou outras partes do corpo) oleosas, grudentas ou engorduradas, e preciso lavá-las até me livrar dessa sensação.				
2.Tenho que tocar certas superfícies lisas e/ou ásperas, como veludo, pedra, plástico até sentir uma sensação específica nas pontas dos dedos.				
3.Tenho uma sensação de secura nos meus lábios e tenho que lambe os lábios ou passar batom ou manteiga de cacau para aliviar esta sensação.				
☉ Caso você tenha outro tipo de sensação física tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
<b>A.2- Sensação física músculo-esquelética ou visceral</b>				
1. Sinto uma sensação nos meus músculos, que me levam a tensionar os meus músculos de acordo com				

um certo padrão. Por exemplo, precisa ser realizado da direita para a esquerda e depois ao contrário, um determinado número de vezes.				
2. Tenho uma sensação de “estufamento” no abdome que faz com que eu contraia e relaxe o abdome.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de sensação física músculo-esquelética ou visceral, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				

<b>B.1 - “Estar em ordem” relacionado a estímulo visual.</b>	<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual (este mês)</b>	<b>Idade de início</b>
1. Os objetos do meu quarto precisam ser arrumados de uma determinada forma, ou de modo simétrico, para que eles pareçam visualmente “em ordem”.				
2. Arrumo os quadros na parede até que me pareçam visualmente “em ordem”.				
3. Quando me visto preciso centralizar o cinto e/ou outras roupas até que pareçam perfeitamente alinhados.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” relacionado a estímulo visual, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				

<b>B.2 - "Estar em ordem" relacionado a estímulo auditivo</b>	<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual (este mês)</b>	<b>Idade de início</b>
1. Repito palavras até elas soarem exatamente como desejo, até soarem "legais"; Eu repito, ou peço que outras pessoas repitam palavras ou frases até eu ouvir a entonação que soe "em ordem".				
2. Tranco e destranco uma porta até a fechadura soar "legal" ou fazer um barulho que me faça sentir "legal". Preciso sintonizar o relógio ou sistema de som até eles soarem "em ordem".				
⊙ Caso você tenha outro tipo de "estar em ordem" associado a estímulo auditivo, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				

<b>B.3 - "Estar em ordem" relacionado a estímulo tátil</b>	<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual (este mês)</b>	<b>Idade de início</b>
1. Preciso tocar ou esfregar um objeto até obter uma sensação nas mãos de "estar em ordem" ou "legal"				
2. Quando toco em algo com alguma parte do meu corpo preciso tocar com outra parte do meu corpo para me "equilibrar", ou me sentir "em ordem". Por exemplo, após tocar em algo com a mão direita preciso tocar igual e ter a mesma sensação com a mão esquerda.				
☉ Caso você tenha outro tipo de "estar em ordem" associado a estímulo tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
<b>C. Sensações de incompletude; necessidade de se sentir "em ordem" ou "just-right".</b>				
1. Tenho uma sensação de incompletude, de que está faltando alguma coisa em mim, de imperfeição ou insuficiência que me faz realizar os comportamentos várias vezes até que eu me sinta aliviado, embora possa ou não chegar a me sentir satisfeito, completo ou "em ordem" ("just-right").				
☉ Caso você tenha outro tipo de "estar em ordem" interno que não esse descrito acima, por favor, descreva:				
<b>OBS:</b> Caso a resposta seja positiva neste item, favor preencher a Parte III na página 9.				

<b>D. Sensação de Energia interna</b>	<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual (este mês)</b>	<b>Idade de início</b>
1. Sinto uma energia que vai crescendo como um vulcão, prestes a explodir, e que precisa ser descarregada através da realização dos meus comportamentos repetitivos.				

<input type="radio"/> Caso você tenha outro tipo de sensação ou percepção de “energia interna” que não esse descrito acima, por favor, descreva:				
--	--	--	--	--

<b>E. Apenas “Ter que”</b>	<b>Nunca</b>	<b>Passado</b>	<b>Atual</b> (este mês)	<b>Idade de início</b>
1. Não sei porque tenho que repetir meus comportamentos tantas vezes, apenas “tenho que” fazer.				

## **Parte II - AVALIAÇÃO DE GRAVIDADE DOS FENÔMENOS SENSORIAIS**

**1. Juntando todos os seus comportamentos repetitivos (tiques, compulsões), com que freqüência estes são precedidos ou acompanhados por Fenômenos Sensoriais ?**

OBS: NÃO CONSIDERE AQUI O TEMPO OCUPADO POR OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações)

<b>Pior fase</b>	<b>Atual</b>	
0	0	Nunca = 0%
1	1	Raramente = 1 a 20%
2	2	Ocasionalmente = 21 a 40%
3	3	Freqüentemente = 41 a 60%
4	4	Quase sempre = 61 a 80%
5	5	Sempre = 81 a 100%

**2. Quanto incômodo esses Fenômenos Sensoriais ou Percepções causam? Na maioria das vezes, o incômodo equivale a ansiedade, desconforto, nervosismo, angústia ou até exaustão.**

OBS: NÃO CONSIDERE AQUI O INCÔMODO CAUSADO PELAS OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações).

<b>Pior fase</b>	<b>Atual</b>	
0	0	Nenhum
1	1	Quando esses fenômenos sensoriais estão presentes, eles incomodam minimamente.
2	2	Esses fenômenos sensoriais me incomodam um pouco.
3	3	Esses fenômenos sensoriais são incômodos, mas ainda toleráveis.
4	4	Esses fenômenos sensoriais são muito incômodos.
5	5	Esses fenômenos sensoriais causam incômodo constante ou até incapacitante.

**3. Quanto esses Fenômenos Sensoriais interferem em sua vida familiar, social, profissional e afetiva? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa desses Fenômenos Sensoriais?**

OBS: NÃO CONSIDERE AQUI A INTERFERÊNCIA CAUSADA POR OBSESSÕES (pensamentos, imagens, idéias, medos ou preocupações).

Pior fase	Atual	
0	0	Nenhuma interferência.
1	1	Interferência mínima, mas o meu desempenho, de modo geral, não é prejudicado.
2	2	Alguma interferência, mas o meu desempenho é prejudicado em algum grau.
3	3	Existe uma interferência bem definida, mas ainda dá para administrar.
4	4	Existe uma grande interferência em todas as minhas atividades.
5	5	A interferência é incapacitante.

**TOTAL GERAL PIOR FASE (0 A 15): \_\_\_\_\_ TOTAL GERAL ATUAL (0 A 15): \_\_\_\_\_**

4. Por favor, compare a intensidade dos Fenômenos Sensoriais descritos acima com a intensidade das obsessões que você apresenta (pensamentos, medos, idéias, imagens, etc.), e escolha a opção que melhor descreve a intensidade dos mesmos:

- ( A ) O(s) fenômenos sensoriais são menos intensos/graves (ou incomodam menos) que as obsessões;
- ( B ) O(s) fenômenos sensoriais têm a mesma intensidade/gravidade que as obsessões;
- ( C ) O(s) fenômenos sensoriais são mais intensos/graves (ou incomodam mais) que as obsessões;
- ( D ) Não tenho nenhum tipo de obsessão precedendo meus comportamentos repetitivos;
- ( E ) Não tenho nenhum tipo de fenômeno sensorial precedendo meus comportamentos repetitivos.

**Parte III – Avaliação sobre sensações e/ou percepções de incompletude:**

Se você respondeu “Nunca” no item C, este é o final dessa escala. Obrigada pela participação.

Se você respondeu “SIM” no item C (passado ou atual), por favor, responda abaixo:

- Após realizar o comportamento repetitivo, as sensações ou percepções de incompletude ou de não sentir-se “em ordem” são seguidas por uma sensação de alívio?

( ) Sim      ( ) Não

- Após realizar o comportamento repetitivo, as sensações ou percepções de incompletude ou de não sentir-se “em ordem” são seguidas por sensações de completude, ou de estar “em ordem” (“just-right”)?

( ) Sim      ( ) Não

Por favor, descreva, com suas próprias palavras, suas sensações e/ou percepções de incompletude ou de não estar “em ordem” ou “just-right”:

---

---

**OBS.:** Diante de pacientes que apresentam comportamentos repetitivos para os quais o mesmo não relata mais obsessões, por entender que agora realiza seus rituais de forma automática, uma pergunta pode ser interessante. O que você sentiria se não pudesse realizar seus atos compulsivos? Para aqueles pacientes que relatam que **quando impedidos apresentaram obsessões** combinou-se QUE os mesmos não receberiam um escore na USP-SPS relativo a este sintoma

Quanto tempo levou para responder essa escala? \_\_\_\_\_ minutos. OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO.

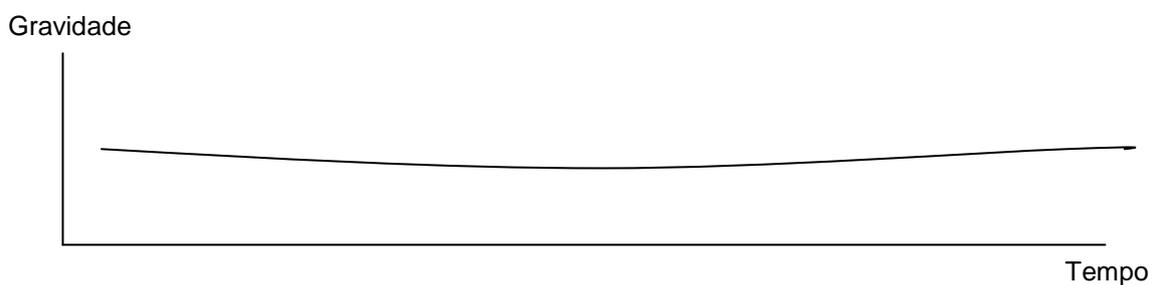
**Curso do TOC**

Como você descreve a variação da gravidade dos seus sintomas obsessivo-compulsivos ao longo do tempo? Por favor, considere o conjunto de sintomas, ou seja, o TOC como um todo.

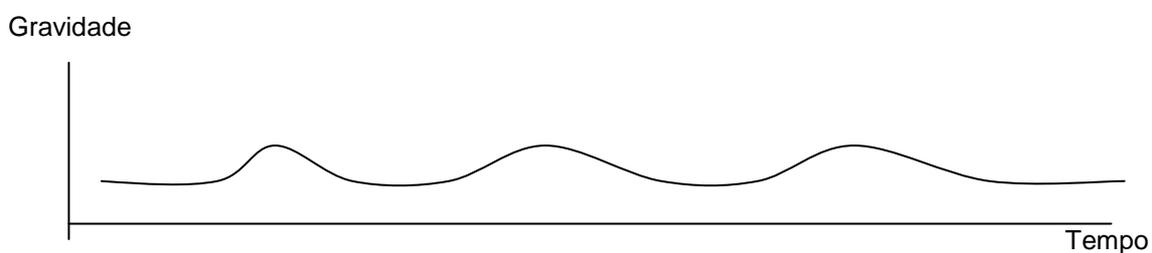
Escolha um dos gráficos abaixo marcando um “X”

**Se nenhum dos gráficos corresponde a evolução de seus sintomas, desenhe seu gráfico no final (letra f)**

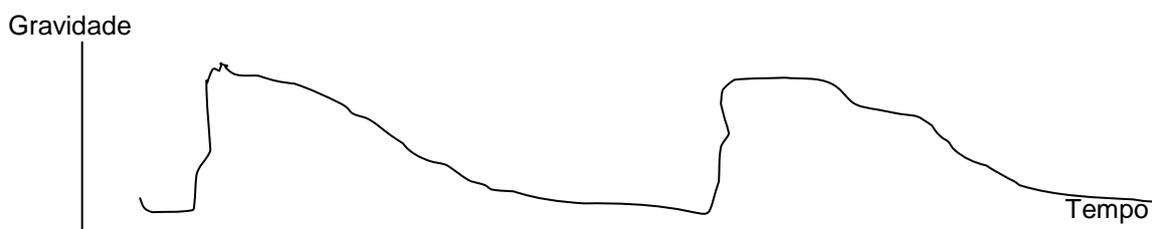
- a) Contínuo/Crônico (sem remissão)



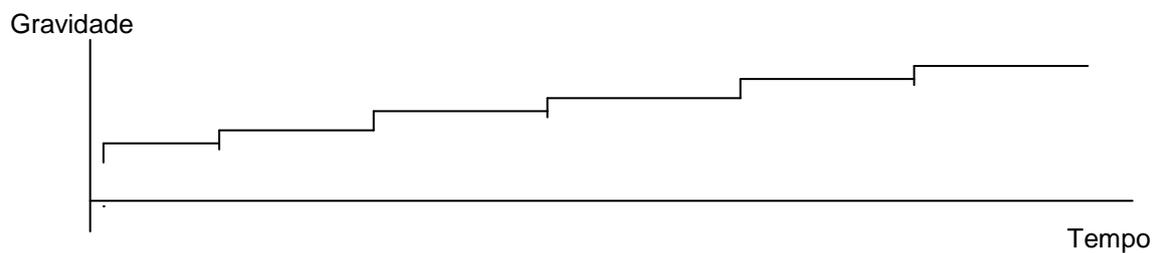
- b) Com períodos de melhora e piora (flutuações leves da intensidade dos sintomas ao longo do tempo)



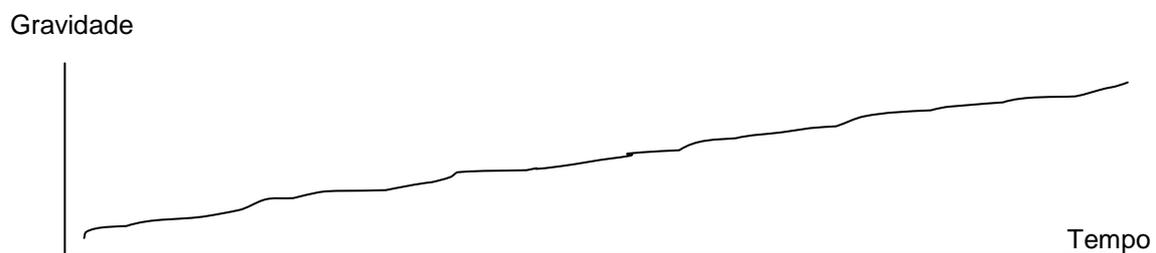
- c) Episódica (períodos de grande gravidade dos sintomas seguidos de períodos de remissão - pelo menos 3 meses - ou quase remissão dos sintomas)



d) Piora com *plateau* (piora repentina seguida por período sem alteração)



e) Piora crônica e progressiva (deterioração constante sem períodos de remissão)



f) Desenho do gráfico (alternativo):

**ATENÇÃO: este gráfico deve ser diferente dos outros**



## Questionário sobre História Natural de TOC - Yale

- ❖ Obsessões sobre danos e Compulsões relacionadas
- ❖ Obsessões sexuais e religiosas e Compulsões relacionadas
- ❖ Obsessões de simetria, ordenação, contagem e arranjo e Compulsões relacionadas
- ❖ Obsessões de contaminação e Compulsões de limpeza
- ❖ Obsessões e Compulsões de colecionismo e armazenagem
- ❖ Outras Obsessões e Compulsões (Miscelânea)

- ❖ Conteúdos
  - I Início dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
  - II Curso dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
  - III Pior fase dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
  - IV História Familiar

Junho de 2002, versão 06/2002

---

Este questionário foi elaborado por James F. Leckman a partir de seções sobre Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo Compulsivo do Questionário Clínico de Especialidades (Apêndice 1 em: Leckman & Cohen, 1988) e é baseado em Questionários Auto-aplicáveis (Leckman e colaboradores, 1993, 1994); e no Questionário Auto-aplicado para famílias do Consórcio de Linkage Genético da Tourette Syndrome Association (Janeiro de 1995).

**Caro Paciente e/ou Família,**

**Por favor, leia esta introdução.**

Neste questionário você fornecerá respostas sobre você mesmo ou sobre algum membro de sua família. As questões referem-se aos sintomas obsessivo-compulsivos que podem estar presentes. Se você tem dúvidas sobre como responder algo ou não está 100% certo de uma resposta, nós recomendamos que você dê sua “melhor resposta” e então faça anotações sobre por quê você tem dúvidas, ou por quê você respondeu a questão da maneira como respondeu (faça anotações em qualquer lugar: nas margens, no verso das páginas ou em uma página anexa). Não se preocupe com respostas certas ou erradas. **Isto não é um teste.**

Se alguma resposta for “nunca” ou “não”, por favor, marque-a como tal, não a deixe em branco.

Se você deixar em branco nós não saberemos se você queria dizer “nunca/não”, ou se você pulou a questão.

Para complementar a verificação de categorias em nossas listas de sintomas, por favor, circule ou sublinhe palavras específicas nos exemplos que descrevem seus comportamentos. Circulando ou sublinhando palavras em nossos exemplos, você estará nos fornecendo uma valiosa informação sobre o que você ou seu familiar tem experimentado.

Conforme você for avançando, verá que cada seção possui um título, e que há orientações no início de cada uma delas. No início de cada seção, por favor, dê-se um tempo para refrescar a memória. Nós incluímos algumas definições para ajudar-lhe em suas respostas.

Este instrumento deve ser completado por um indivíduo com sintomas obsessivo-compulsivos ou por alguém que o conheça bem. No caso de uma criança, é geralmente melhor que um dos pais complete o instrumento, consultando a criança. Um adulto pode querer fazer perguntas ao cônjuge ou outro familiar próximo para ajudar-lhe nas respostas.

Nós recomendamos o uso de um lápis. Não pense que deve completar todo o instrumento de uma só vez. Trabalhe em um ritmo que seja confortável para você. Obrigado pelo extenso trabalho para completar este questionário.

É provável que após a entrega do questionário preenchido alguém que esteja familiarizado com o TOC entre em contato com você, para que possa conversar sobre algumas de suas respostas.

Obrigado!

## **Parte I – Início dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos**

Iniciaremos questionando sobre as circunstâncias de quando você começou pela primeira vez com os sintomas obsessivo-compulsivos. Dividimos esta parte em duas seções: a primeira é relacionada a **compulsões** e a segunda relacionada a **obsessões**.

**Se suas obsessões e compulsões começaram ao mesmo tempo, apenas complete a primeira seção. Se as compulsões começaram antes das obsessões ou vice-versa, complete ambas seções antes de ir para a Parte II.**

**1(a).** Em que idade você teve compulsões pela primeira vez? Aos \_\_\_\_\_ anos de idade.

**1(b).** Descreva as compulsões que você estava tendo naquela época:

---

---

---

---

**2.** Suas compulsões tiveram um início abrupto (repentino) ou gradual?

(Marque a alternativa apropriada)

- Abrupto (1) – até 7 dias
- Intermediário (2) – de 1 semana a 3 meses
- Gradual (3) – mais que 3 meses

**As questões a seguir serão sobre sua vida na época em que você teve suas primeiras compulsões.**

**3(a).** Você havia recentemente se mudado quando teve compulsões pela primeira vez?

- Não (0)
- Sim (1)

**3(b).** Onde você estava morando?

- ( ) Mesmo lugar de agora (1)  
 ( ) Em um estado diferente (2)  
 ( ) Em um país diferente (3)  
 ( ) Outro \_\_\_\_\_(4)

**3(c).** Há quanto tempo você vivia nesse local? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

**4(a).** Com quem você estava morando? (Escolha um).

- ( ) Com os pais biológicos (1) ( ) Pais adotivos (5)  
 ( ) Com um único progenitor: mãe (2) ( ) Cônjuge (6)  
 ( ) Com um único progenitor: pai (3) ( ) Sozinho (7)  
 ( ) Com mãe e padrasto (ou pai e madrasta) (4) ( ) Outros (8)\_\_\_\_\_

**4(b).** Há quanto tempo você estava morando com eles?

- ( ) Desde o nascimento ( ) \_\_\_\_\_ anos

**4(c).** Houve alguma mudança recente em alguém com quem você estava morando?

- ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

**4(d).** Se você respondeu “Sim” na questão **4(c)**, por favor descreva as circunstâncias:

---



---



---

**5.** Quando você teve as compulsões pela primeira vez, havia experimentado recentemente alguma das perdas listadas abaixo? ( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Se “Sim”, escolha aquelas que se aplicam:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alguém mudou de residência           | <input type="checkbox"/> Doença séria                     |
| <input type="checkbox"/> Rompeu com namorado/namorada         | <input type="checkbox"/> Morte de amigo íntimo ou parente |
| <input type="checkbox"/> Terminou uma relação amorosa         | <input type="checkbox"/> Outro: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Separação ou divórcio De quem? _____ |   |

**As questões a seguir serão sobre qualquer possível uso de drogas próximo ao período em que você percebeu pela primeira vez que tinha compulsões.**

Se você nunca usou drogas ilícitas, pule para a questão 7.

**6(a).** Você havia iniciado o uso de alguma droga que causa dependência (lícita ou ilícita) logo antes de perceber suas compulsões pela primeira vez?  Não (0)  Sim (1)

**6(b).** Se “Sim” para **6(a)**, quais drogas usou?

(Marque todas as que se aplicam)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sedativos (Valium, Lexotan) | <input type="checkbox"/> Cocaína (ou Crack)          |
| <input type="checkbox"/> Cannabis (Maconha, Haxixe)  | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, Ecstasy) |
| <input type="checkbox"/> Estimulantes (Anfetaminas)  | <input type="checkbox"/> Anabolizantes               |
| <input type="checkbox"/> Opióides (Heroína, Morfina) | <input type="checkbox"/> Outras (Colas, Inalantes)   |

**6(c).** Quanto tempo havia passado desde que você havia iniciado o uso da droga?

\_\_\_\_\_ meses

**6(d).** Quanto tempo depois de ter iniciado o uso dessas drogas você percebeu essas compulsões? \_\_\_\_\_ meses

**6(e).** Você havia parado de usar qualquer droga que causa dependência (lícita ou ilícita) logo antes de perceber as compulsões pela primeira vez?  Não (0)  Sim (1)

**6(f).** Se “Sim” na questão 6(e), quais drogas?

(Marque todas as que se aplicam)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sedativos (Valium, Lexotan) | <input type="checkbox"/> Cocaína (ou Crack) |
|--|---|

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Canabis (Maconha, Haxixe)   | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, Ecstasy) |
| <input type="checkbox"/> Estimulantes (Anfetaminas)  | <input type="checkbox"/> Anabolizantes               |
| <input type="checkbox"/> Opióides (Heroína, Morfina) | <input type="checkbox"/> Outras                      |

**6(g).** Quanto tempo havia passado desde que havia parado o uso da droga?

\_\_\_\_\_ meses

**6(h).** Por favor, descreva qualquer droga (medicação) que você estivesse fazendo uso continuado ao redor da época em que suas compulsões começaram.

---



---



---

**As questões a seguir serão sobre sua vida pessoal e sua saúde quando você percebeu pela primeira vez suas compulsões.**

**7(a).** Quando você experimentou suas compulsões pela primeira vez, você havia experimentado ou passado recentemente por alguma das mudanças listadas?

- Não (0)                       Sim (1)

Se "Sim", marque todas as que se aplicam.

- Estava apaixonado(a)
- Iniciou um relacionamento íntimo
- Estava casando ou prestes a casar
- Alguém estava se mudando na sua família.

**7(b).** Sua família estava passando por algum dos problemas listados?

- Não (0)                       Sim (1)

Se "Sim", marque todas as que se aplicam.

- De saúde

- Emocional
- Financeiro
- Legal
- Moradia

Se "Sim" para alguma das alternativas, por favor, descreva:

---



---



---

**7(c).** Seus sintomas apareceram após o nascimento de alguma criança?

- um filho seu  Não (0)  Sim (1)
- ou outra criança na família?  Não (0)  Sim (1)

**7(d).** Quem havia nascido (em relação a você)?

- Irmão (1)
- Irmã (2)
- Filho (3)
- Filha (4)
- Outro: \_\_\_\_\_(5)

**7(e).** Você (ou sua esposa, namorada, companheira) havia recentemente ficado grávida?

- Não (0)  Sim (1)

**7(f).** Se "Sim" para 7(e), quanto tempo de gravidez você (ou sua esposa, namorada, companheira) tinha quando seus sintomas apareceram pela primeira vez? \_\_\_\_\_ meses

**8(a).** Você havia recentemente tido alguma infecção de garganta por estreptococo?

- Não (0)  Sim (1)

**8(b).** Se "Sim" para 8(a), quanto tempo após a infecção de garganta por estreptococo você percebeu seus sintomas pela primeira vez? \_\_\_\_\_ meses

**9(a).** Você havia recentemente estado doente com alguma outra doença?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Se "Sim", descreva qual doença ou condição médica:

---

---

**9(b).** Se "Sim" para **9(a)**, quanto tempo depois dessa doença você percebeu suas compulsões pela primeira vez? \_\_\_\_\_ meses

**10.** Você acha que qualquer uma de suas primeiras compulsões estava relacionada, de alguma maneira, às circunstâncias descritas anteriormente, ou a quais circunstâncias você relacionaria a ocorrência de suas compulsões?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

---

---

**11.** Suas obsessões e compulsões começaram exatamente no mesmo momento?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

**Se você respondeu "Sim" na questão 11, vá para a PARTE II. Se não, responda às seguintes questões sobre o início de suas obsessões.**

**12(a).** Em que idade você teve obsessões pela primeira vez? Aos \_\_\_\_\_ anos de idade.

**12(b).** Por favor, descreva as obsessões que você estava tendo naquela época:

---

---

---

---

**13.** Suas obsessões tiveram um início abrupto (repentino) ou gradual?

(Marque a alternativa apropriada)

- Abrupto (1) – até 7 dias
- Intermediário (2) – de 1 semana a 3 meses
- Gradual (3) – mais que 3 meses

**As questões a seguir serão sobre sua vida na época em que você teve suas primeiras obsessões.**

**14(a).** Você havia recentemente se mudado quando você teve obsessões pela primeira vez?

- Não (0)  Sim (1)

**14(b).** Onde você estava morando?

- Mesmo lugar de agora (1)
- Em um estado diferente (2)
- Em um país diferente (3)
- Outro \_\_\_\_\_ (4)

**14(c).** Há quanto tempo você vivia nesse local? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

**15(a).** Com quem você estava morando? (Escolha um).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Com os pais biológicos (1)                 | <input type="checkbox"/> Pais adotivos (5) |
| <input type="checkbox"/> Com um único progenitor: mãe (2)           | <input type="checkbox"/> Cônjuge (6)       |
| <input type="checkbox"/> Com um único progenitor: pai (3)           | <input type="checkbox"/> Sozinho (7)       |
| <input type="checkbox"/> Com mãe e padrasto (ou pai e madrasta) (4) | <input type="checkbox"/> Outros (8) _____  |

**15(b).** Há quanto tempo você estava morando com eles?

- Desde o nascimento
- \_\_\_\_\_ anos

**15(c).** Houve alguma mudança recente em alguém com quem você estava morando?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

**15(d).** Se você responde “Sim” na questão 15(c), descreva as circunstâncias:

---



---



---



---

**16.** Quando pela primeira vez você teve as obsessões, havia experimentado alguma das perdas listadas abaixo?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Se “Sim”, escolha aquelas que se aplicam:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| ( ) Alguém mudou de residência           | ( ) Doença séria                     |
| ( ) Rompeu com namorado/namorada         | ( ) Morte de amigo íntimo ou parente |
| ( ) Terminou uma relação amorosa         | ( ) Outro: _____                     |
| ( ) Separação ou divórcio De quem? _____ |                                      |

**As questões a seguir serão sobre qualquer possível uso de drogas próximo ao período em que você percebeu pela primeira vez que tinha obsessões.**

*Se você nunca usou drogas ilícitas, pule para a questão 18.*

**17(a).** Você havia iniciado o uso de alguma droga que causa dependência (lícita ou ilícita) logo antes de perceber suas obsessões pela primeira vez?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

**17(b).** Se “Sim” para 17(a), quais drogas você usou?

(Marque todas as que se aplicam)

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ( ) Sedativos (Valium, Lexotan) | ( ) Cocaína (ou Crack)          |
| ( ) Canabis (Maconha, Haxixe)   | ( ) Alucinógenos (LSD, Ecstasy) |
| ( ) Estimulantes (Anfetaminas)  | ( ) Anabolizantes               |
| ( ) Opióides (Heroína, Morfina) | ( ) Outras (Cola, inalantes):   |

**17(c).** Quanto tempo havia passado desde que você havia iniciado o uso da droga? \_\_\_\_meses

**17(d).** Quanto tempo depois de ter iniciado o uso dessas drogas você percebeu essas obsessões? \_\_\_\_\_ meses

**17(e).** Você havia parado de usar qualquer droga que causa dependência (lícita ou ilícita) logo antes de perceber as obsessões pela primeira vez?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

**17(f).** Se “Sim” na questão 17(e), quais drogas?

(Marque todas as que se aplicam)

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ( ) Sedativos (Valium, Lexotan) | ( ) Cocaína (ou Crack)          |
| ( ) Cannabis (Maconha, Haxixe)  | ( ) Alucinógenos (LSD, Ecstasy) |
| ( ) Estimulantes (Anfetaminas)  | ( ) Anabolizantes:              |
| ( ) Opióides (Heroína, Morfina) | ( ) Outras (Cola, Inalantes)    |

**17(g).** Quanto tempo havia passado desde que havia parado o uso da droga? \_\_\_\_\_meses

**17(h).** Descreva qualquer droga que você estivesse fazendo uso continuado ao redor da época em que suas obsessões começaram.

---

---

**As questões a seguir serão sobre sua vida pessoal e sua saúde quando percebeu pela primeira vez suas obsessões.**

**18(a).** Quando você experimentou suas obsessões pela primeira vez, havia experimentado ou passado por alguma das mudanças listadas?

Não (0)  Sim (1)

Se "Sim", marque todas as que se aplicam.

- Estava apaixonado(a)
- Iniciou um relacionamento íntimo
- Estava casando ou prestes a casar
- Alguém estava se mudando na sua família.

**18(b).** Sua família estava sendo ameaçada por algum dos problemas listados?

Não (0)  Sim (1)

Se "Sim", marque todas as que se aplicam.

- De saúde
- Emocional
- Financeiro
- Legal
- Moradia

Se "Sim" para alguma das alternativas, descreva:

---

---

---

**18(c).** Seus sintomas apareceram após o nascimento de alguma criança (um filho seu, ou outra criança na família)?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

**18(d).** Quem havia nascido (em relação a você)?

- ( ) Irmão (1)
- ( ) Irmã (2)
- ( ) Filho (3)
- ( ) Filha (4)
- ( ) Outro: \_\_\_\_\_(5)

**18(e).** Você havia recentemente ficado grávida?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

**18(f).** Se “Sim” para 18(e), quanto tempo de gravidez você tinha quando seus sintomas apareceram pela primeira vez? \_\_\_\_\_ meses

**19(a).** Você havia recentemente tido alguma infecção de garganta por estreptococo?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

**19(b).** Se “Sim” para 19(a), quanto tempo após a infecção de garganta por estreptococo você percebeu pela primeira vez seus sintomas? \_\_\_\_\_ meses

**20(a).** Você havia recentemente estado doente com alguma outra doença?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

Se "Sim", descreva qual doença ou condição médica:

---

---

---

**20(b).** Se "Sim" para **20(a)**, quanto tempo depois dessa doença você percebeu pela primeira vez suas obsessões? \_\_\_\_\_ meses

**21.** Você acha que qualquer uma de suas primeiras obsessões estava relacionada, de alguma maneira, às circunstâncias descritas anteriormente, ou a quais circunstâncias você relacionaria com a ocorrência de suas obsessões?

( ) Não (0) ( ) Sim (1)

---

---

---

**PARTE II – CURSO DOS SINTOMAS****OBSESSIVO-COMPULSIVOS**

1. Idade de início dos sintomas (retomar DY-BOCS e verificar menor idade) ? \_\_\_\_ anos

2. Em que idade suas obsessões ou compulsões começaram realmente a aborrecê-lo e a interferir com sua capacidade de viver normalmente? \_\_\_\_\_ anos de idade.

3. Em que idade você procurou tratamento pela primeira vez para suas obsessões e compulsões? \_\_\_\_\_ anos de idade.

4. Quando você foi diagnosticado pela primeira vez como tendo Transtorno Obsessivo-Compulsivo? \_\_\_\_\_ anos de idade.

Por quem? \_\_\_\_\_

5. Efeitos ambientais nos seus sintomas obsessivo-compulsivos: No presente momento, os seus sintomas obsessivo-compulsivos estão sendo afetados (para melhor ou pior) por:

	<b>Nenhum efeito</b>	<b>Aumenta sintomas</b>	<b>Diminui sintomas</b>	<b>Não se aplica</b>
Álcool				
Café				
Cigarros				
Vitaminas ou suplementos minerais				
Certos tipos de comida ou dietas				
Infecções de garganta estreptocócicas				
Recorrências de febre reumática				
Outras doenças				
Traumas físicos (como acidente sério)				
Traumas emocionais (como a morte de alguém amado)				
Período menstrual				
Tempo quente				

Tempo frio				
Estar longe de casa				
Durante o sono				
Enquanto pratica esportes				
Quanto muito cansado				
Quando está comendo				
No consultório do médico				
	<b>Nenhum efeito</b>	<b>Aumenta sintomas</b>	<b>Diminui sintomas</b>	<b>Não se aplica</b>
Quando está sozinho				
Quando está triste ou ansioso				
Em eventos sociais				
Quando estudando para exames				
Quando lendo por lazer				
Quando escutando alguém falar				
Quando assiste TV				
Quando está em lugares quietos (como numa biblioteca)				
Quando usa maconha				
Quando usa cocaína ou crack				
Tomando anfetaminas ou estimulantes				
Tomando outras drogas aditivas				
Mudanças de estação (p.ex.: pior no inverno)				
Outras				

--	--	--	--	--



32	<input type="checkbox"/>						
33	<input type="checkbox"/>						
34	<input type="checkbox"/>						
35	<input type="checkbox"/>						
36	<input type="checkbox"/>						
37	<input type="checkbox"/>						
38	<input type="checkbox"/>						
39	<input type="checkbox"/>						
40-45	<input type="checkbox"/>						
45-50	<input type="checkbox"/>						
50-55	<input type="checkbox"/>						
Acima de 55	<input type="checkbox"/>						

7. Você já teve algum período ou períodos de tempo em que esteve sem **nenhum dos sintomas obsessivo-compulsivos**?

( ) Não ( ) Sim

8. Que idade você tinha e por quanto tempo os sintomas desapareceram?

Primeira vez: \_\_\_\_\_ anos de idade; \_\_\_\_\_ semanas de duração

Segunda vez: \_\_\_\_\_ anos de idade; \_\_\_\_\_ semanas de duração

A vez mais recente: \_\_\_\_\_ anos de idade; \_\_\_\_\_ semanas de duração

9. Que fatores você acredita que causaram a remissão mais recente? Descreva:

---



---



---

A medicação teve algum papel?

( ) Não ( ) Sim

Alguma forma de Terapia Cognitivo-Comportamental teve algum papel?

( ) Não ( ) Sim

10. Alguns de seus sintomas retornaram após o período de remissão mais recente?

( ) Não ( ) Sim

11. Que fatores você acredita que causaram a recorrência mais recente? Descreva:

---



---



---

12. Você já teve período ou períodos de tempo em que seus **sintomas diminuíram** significativamente?

( ) Não ( ) Sim

13. Que idade você tinha e por quanto tempo os sintomas diminuíram significativamente?

Primeira vez: \_\_\_\_\_ anos de idade; \_\_\_\_\_ semanas de duração

Segunda vez: \_\_\_\_\_ anos de idade; \_\_\_\_\_ semanas de duração

A vez mais recente: \_\_\_\_\_ anos de idade; \_\_\_\_\_ semanas de duração

**14.** Que fatores você acredita que causaram a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos?  
Descreva:

---

---

---

---

A medicação teve algum papel?

Não  Sim

Alguma forma de Terapia Cognitivo-Comportamental teve algum papel?

Não  Sim

**PARTE III – PIOR FASE DOS SINTOMAS****OBSESSIVO-COMPULSIVOS**

A seguir, gostaríamos de perguntar mais detalhes sobre aquele período de tempo em que você descreveu seus sintomas obsessivo-compulsivos como estando na sua pior fase. Consulte a escala da página 12. Se você teve mais de um episódio em que os sintomas foram piores, por favor, use o episódio mais recente para descrever em mais detalhes.

1. Em que idade você teve sua pior fase dos sintomas obsessivo-compulsivos? \_\_\_\_\_ anos.

2. Se você experimentou mais de uma fase pior, que idade você tinha durante o episódio mais recente? \_\_\_\_\_ anos.

3. Que sintomas obsessivo-compulsivos você estava tendo naquele período? Descreva:

---



---



---



---

4. Que tipo de sintomas você estava tendo? (Marque, se presente, na coluna da esquerda e então faça uma graduação em ordem (1= o pior até 7= o menos grave) na coluna da direita).

- |     |   |       |
|-----|---|-------|
| ( ) | Obsessões sobre ações agressivas ou pensamentos e compulsões relacionadas | _____ |
| ( ) | Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas                  | _____ |
| ( ) | Obsessões de simetria, ordem, arranjo e compulsões relacionadas           | _____ |
| ( ) | Obsessões de contaminação e compulsões de limpeza                         | _____ |
| ( ) | Obsessões de colecionismo e compulsões relacionadas                       | _____ |
| ( ) | Outras obsessões e compulsões   | _____ |

**Gradue usando esta escala:**

99 = Nenhum sintoma nesta área

1 = Primeira área de sintomas de maior concentração e desconforto.

2 = Segunda área de sintomas de maior concentração e desconforto.

3 = Terceira área de sintomas de maior concentração e desconforto.

4 = Quarta área de sintomas de maior concentração e desconforto.

5 = Quinta área de sintomas de maior concentração e desconforto.

6 = Sexta área de sintomas de maior concentração e desconforto.

5. Quanto tempo esta pior fase durou? \_\_\_\_\_ meses.

6. O que você se lembra da sua vida quando seus sintomas obsessivo-compulsivos estavam em sua pior fase de intensidade?

- Onde você estava vivendo? \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo você estava vivendo lá? \_\_\_\_\_ meses
- Com quem você estava vivendo? (liste todas as pessoas que viviam sob o mesmo teto)

---



---



---

- Há quanto tempo você estava vivendo com eles? \_\_\_\_\_ meses.

- Havia ocorrido alguma modificação recente nas pessoas que estavam vivendo com você?

( ) Não ( ) Sim

- Se "Sim", descreva as circunstâncias:

---



---



---

- Havia ocorrido alguma perda no seu círculo de amizades e familiar?
  - Alguém se mudando? ( ) Sim ( ) Não
  - Término de namoro? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica
  - Término de relacionamento estável? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica
  - Separação ou divórcio? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica
  - Uma doença séria? ( ) Sim ( ) Não
  - Morte de um amigo íntimo ou parente? ( ) Sim ( ) Não

Descreva: \_\_\_\_\_

- Você havia recentemente parado de usar alguma droga aditiva? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Se "Sim", qual ou quais? \_\_\_\_\_

Quanto tempo havia se passado desde que você havia parado de usar? \_\_\_\_\_ semanas.

- Havia algum problema com a família? ( ) Sim ( ) Não

Se "Sim", descreva:

---



---

- ( ) Problemas de saúde      ( ) Problemas financeiros  
 ( ) Problemas de moradia      ( ) Problemas emocionais  
 ( ) Problemas legais

- Havia alguma outra mudança no seu círculo de amizades ou familiares?  
 Estava apaixonado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Iniciando relacionamento íntimo? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Casando? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Alguém se mudando? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Engravidando? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Se "Sim", quanto tempo de gravidez você tinha quando a pior fase de seus sintomas obsessivo-compulsivos começou? \_\_\_\_\_ meses.  
 Nascimento de alguma criança? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Se "Sim", quanto tempo após o nascimento a pior fase dos sintomas começaram? \_\_\_\_ dias.  
 Quem havia nascido? ( ) Irmão ( ) Irmã ( ) Filho ( ) Filha ( ) Outro

- Você havia recentemente iniciado a usar alguma droga aditiva?  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Se "Sim", qual ou quais? \_\_\_\_\_

- Quanto tempo após ter começado o uso dessas drogas sua pior fase dos sintomas começaram? \_\_\_\_\_ meses
- Você havia recentemente tido infecção de garganta por estreptococos?  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Se "Sim", quanto tempo após, sua pior fase os sintomas começaram? \_\_\_\_\_ meses.

- Você havia recentemente tido alguma outra doença?  
 ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica  
 Se "Sim", que doença foi? \_\_\_\_\_  
 Quanto tempo após você ter tido essa doença sua pior fase dos sintomas começou? \_\_\_\_\_ meses.

7. Você acha que algum de seus sintomas durante a pior fase de intensidade estava relacionado de qualquer modo a alguma das circunstâncias descritas anteriormente?

( ) Sim ( ) Não

Se "Sim", por favor, descreva:

---



---



---



---

**QUESTIONÁRIO TS-OC (YGTSS e Y-BOCS)**

**2ª VERSÃO DA TRADUÇÃO BRASILEIRA  
PARTE I**

**Nota:** Este questionário consta de duas partes. Elas investigam a presença de tiques, obsessões e compulsões frequentemente encontradas em pacientes com Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Você pode apresentar, ou não, os sintomas a seguir. Leia com atenção todas as questões. Caso você precise de ajuda, peça a algum familiar.

Questionário Auto-Aplicável desenvolvido com base nos seguintes instrumentos:

**A) YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE - YGTSS**

Desenvolvido por: LECKMAN, J.F.; RIDDLE, M.A.; HARDIN, M.T.; ORT, S.I. SWARTZ,  
K.L.; STEVENSON, J.; COHEN, D.J.

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

YALE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

**Tradução Brasileira:** Projeto dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC)  
- Maria Conceição do Rosário-Campos, Marcos T. Mercadante, Ana G. Hounie e Eurípedes Constantino Miguel Filho.

## A.1. – LISTA DE SINTOMAS (TIQUES)

Quando estiver preenchendo esta primeira parte você pode querer consultar estas definições sobre tiques:

### DESCRIÇÃO DE TIQUE MOTOR:

Tique motor tem início geralmente na infância e é caracterizado por solavancos, abalos rápidos ou movimentos tais como piscar de olhos ou abalos rápidos da cabeça de um lado para o outro. Ocorrem em episódios durante o dia, apresentando piora durante os períodos de cansaço e/ou estresse. Vários tiques ocorrem sem alarme e podem não ser percebidos pela pessoa que os tem. Outros são precedidos por uma súbita sensação ou vivência de desconforto, de difícil descrição (alguns se assemelham a uma necessidade de coçar). Em vários casos é possível suprimir os tiques, voluntariamente, por breves períodos de tempo. Embora qualquer parte do corpo possa estar afetada, as áreas mais comuns são face, pescoço e ombros. Durante semanas ou meses os tiques motores aumentam ou diminuem e os tiques antigos podem ser substituídos por outros totalmente novos. Alguns tiques podem ser complexos, tais como, fazer uma expressão facial ou um movimento de encolher os ombros (como se expressasse dúvida), que poderia ser mal entendido pelos outros (isto é: como se a pessoa estivesse dizendo "eu não sei", ao invés de apresentar um tique de encolher os ombros). Tiques complexos podem ser difíceis de serem diferenciados das compulsões, embora não seja freqüente a presença de tiques complexos sem a presença de tiques simples.

### Definições

1. **Tique motor simples**: qualquer movimento rápido, breve, sem sentido, que ocorra repetidamente (como um excessivo piscar de olhos ou olhar de soslaio).

2. **Tique motor complexo**: qualquer movimento rápido, estereotipado (isto é: sempre feito da mesma maneira), semi-intencional (isto é: o movimento pode parecer um ato expressivo, porém às vezes pode não estar relacionado com o que está ocorrendo no momento, por exemplo: dar de ombros sem contexto para isto), que envolve mais do que um agrupamento muscular. Existe a possibilidade de haver múltiplos movimentos, como caretas juntamente com movimentos corporais.

3. **Ambos**

Assinale com X os tiques que você tem apresentado na última semana ou apresentou no passado.

Nunca	Passado	Presente	Movimento:	Idade de Início
			Eu tenho experimentado ou os outros têm percebido ataques involuntários de:	

**Movimentos de olhos**

			1. Simples: piscar de olhos, ficar estrábico, uma rápida virada de olhos, rodar os olhos ou arregalar os olhos por breves períodos.	
			2. Complexo: expressão do olhar como de surpresa, zombeteiro ou esquisito ou olhar para um lado por curto período de tempo, como se escutasse um barulho.	

**Movimentos de nariz, boca, língua ou faciais (caretas)**

			3. Simples: movimento brusco de torcer o nariz, morder a língua, mastigar os lábios ou lambê-los, fazer beijo, mostrar ou ranger os dentes.	
			4. Complexo: dilatar as narinas como se cheirasse algo, sorrir, ou outros gestos que envolvam a boca, realizar expressões engraçadas (caretas) ou colocar a língua para fora (protrusão).	

**Movimentos ou abalos (sacudidas) de cabeça**

			5. Tocar os ombros com o queixo ou levantar o queixo.	
			6. Arremessar a cabeça para trás, como se fosse tirar os cabelos da frente dos olhos.	

**Movimentos dos ombros**

			7. Sacudir um ombro.	
			8. Encolher os ombros como se dissesse "eu não sei".	

**Movimentos de braços e mãos**

			9. Flexão ou extensão rápida dos braços, roer as unhas, cutucar com os dedos, estalar as juntas dos dedos.	
			10. Passar a mão no cabelo como se fosse penteá-lo, tocar objetos ou outras pessoas, beliscar,	

			contar com os dedos sem propósito ou “tiques de escrita”; como escrever várias vezes a mesma letra ou palavra retroceder com o lápis enquanto escreve.	
--	--	--	--	--

**Movimentos de pés, pernas e dedos dos pés**

			11. Chutar, saltitar, dobrar os joelhos, flexionar ou estender os tornozelos, chacoalhar, andar batendo os pés, leve ou pesadamente.	
			12. Dar um passo para frente e dois para trás, dobrar o joelho profundamente, ficar de cócoras.	

**Movimentos abdominais, de tronco e pelve.**

			13. Tencionar o abdome ou as nádegas.	
--	--	--	---------------------------------------	--

Nunca	Passado	Presente	Movimento: Eu tenho experimentado ou os outros têm percebido ataques involuntários de:	Idade de Início
-------	---------	----------	---	-----------------

**Outros tiques simples**

			14. Por favor, descreva-os:	
--	--	--	-----------------------------	--

**Outros tiques complexos**

			15. Tiques relacionados com comportamentos compulsivos (tocar, bater, arrumar, escolher, emparelhar ou balancear). (Descrever)	
			16. Tiques estímulo-dependentes, ex.	
			17. Gestos obscenos ou rudes, como estender o dedo médio.	
			18. Posturas incomuns	
			19. Dobrar ou girar, tal como se dobrar sobre si mesmo.	
			20. Rodar ou girar (piruetas)	
			21. Comportamentos súbitos, impulsivos.	

			(Descrever) _____	
			22. Comportamentos que podem ferir ou machucar outras pessoas:	
			23. Comportamentos de auto-agressão.	
			24. Qualquer outro tipo de tique motor. Descrever:	

**Tique fônico simples** (emissão vocal rápida, sons sem sentido)

			25. Tossir	
			26. Pigarrear	
			27. Fungar	
			28. Assobiar	
			29. Sons de pássaros ou de animais	

**Tique fônico complexo**

			30. Outros tiques fônicos simples (listar)	
			31. Sílabas (listar)	
			32. Palavras ou frases obscenas ou rudes (favor listar)	
			33. Palavras	
			34. Ecolalia (repetir o que uma pessoa disse por ex. na televisão, sejam sons, palavras ou frases)	
			35. Palilalia (repetir alguma coisa que você disse, mais de uma vez)	
			36. Outros problemas de fala (descrever)	
			37. Descreva qualquer padrão ou seqüência de comportamento de tique fônico	

**DESCRIÇÃO DE TIQUES MÚLTIPLOS:**

Diferentes tiques podem ocorrer ao mesmo tempo, seja como discretos tiques múltiplos, ou em padrões orquestrados de múltiplos tiques seqüenciais ou simultâneos (por exemplo, um padrão de agitar as mãos, junto com piscar de olhos, acompanhado por um correr de mãos pelo cabelo, ocorrendo sempre na mesma seqüência). Se você tem observado na última semana ou alguma vez na vida, tiques múltiplos discretos ou em padrão de orquestração, ou ambos, por favor, descreva-os.

Você tem tido, na última semana, tiques múltiplos e distintos ocorrendo ao mesmo tempo ou tiques múltiplos seqüenciais ocorrendo ao mesmo tempo?

Sim       Não

Se "Sim", por favor, descreva:

---



---



---

Você tem mais de um agrupamento de tiques que ocorrem ao mesmo tempo?

Sim       Não

Descreva qualquer outro agrupamento de tiques:

---



---



---

### **TRANSTORNO DE TIQUES MOTORES OU VOCAIS CRÔNICOS**

A. Tiques motores ou vocais, mas não ambos, têm estado presentes durante o transtorno.

? 1(não)      2      3 (sim)

B. Tiques ocorrem várias vezes durante o dia, quase todos os dias ou intermitentemente ao longo de um período mínimo de um ano.

? 1      2      3

Os tiques ou barulhos não ocorrem apenas quando você está usando drogas ou álcool.

? 1                      2                      3

C. Idade de instalação antes dos 18 anos

? 1                      2                      3                      Idade de início\_\_\_\_\_

D. Ocorrência não foi apenas durante intoxicação por substância psicoativa ou doença do sistema nervoso central tais como coréia de Huntington e encefalite pós-viral

? 1                      2                      3

**Presente**                       **Subclínico**                       **Ausente**                       **Passado**

Se os tiques tiveram duração entre três meses e um ano, codificar Transtorno de Tique Transitório.

**Presente**                       **Subclínico**                       **Ausente**                       **Passado**

### **SÍNDROME DE TOURETTE**

A. Tiques motores múltiplos e um ou mais tiques vocais, têm estado presentes durante o transtorno, não necessariamente ao mesmo tempo.

? 1(não)                      2                      3 (sim)

B. Tiques ocorrem várias vezes durante o dia, quase todos os dias ou intermitentemente ao longo de um período mínimo de um ano sem intervalo livre superior a 3 meses.

? 1                      2                      3

Houve variação da localização física dos tiques ou contrações ao longo do tempo ?

? 1                      2                      3

Houve mudanças no LOCAL, NÚMERO ou FREQUÊNCIA dos tiques, contrações ou sons ao longo do tempo?

**SIM**                       **NÃO**

Houve mudanças na complexidade ou gravidade dos tiques ? Investigar:

Você algumas vezes apresenta padrões complicados de tiques e outras vezes padrões mais simples ? Os tiques parecem ser mais graves em alguns momentos do que em outros ?

C. O transtorno causa mal-estar ou prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas do funcionamento.

? 1                      2                      3

D. Instalação antes dos 18 anos de idade

? 1                      2                      3                      Idade de início\_\_\_\_\_



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

### NÚMERO DE TIQUES

Número (0 a 5)

Motor

Pior fase    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 únicos, distintos
- 5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) **paroxismos orquestrados** de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de distinguir

\*orquestração \*:um tique segue o outro, em uma seqüência detectável.

Número (0 a 5)

Fônico ou vocal

Pior fase    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 únicos, distintos.
- 5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) **paroxismos orquestrados** de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de serem distinguidos.

\*orquestração \*: um tique segue o outro, em uma seqüência detectável.

## FREQÜÊNCIA DOS TIQUES

Marque uma escolha para cada questão. Anote a freqüência apenas para a última semana.

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

Pior fase      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)

Pior fase      Atual

- 0 = **Sempre sem.** Sem evidência de tiques fônicos
- 1 = **Raramente.** Tiques fônicos ocorrem esporadicamente, raramente todos os dias. Os intervalos duram vários dias
- 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
- 3 = **Freqüentemente.** Tiques fônicos estão presentes diariamente. Intervalos de até 3 horas não são raros
- 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
- 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**?

Marque a descrição mais relevante para a intensidade de seus tiques motores durante a última semana. Por exemplo, tiques suaves (leves) podem não ser visíveis e tipicamente não são percebidos pelos outros, por sua intensidade mínima. No outro extremo, tiques graves são extremamente fortes (intensos) e exagerados na sua expressão, chamando a atenção para o indivíduo e podendo resultar em risco de lesão física por sua força na expressão. Entre os extremos existem os tiques moderados e os mistos.

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = <b>Ausente</b> . Sem evidência de tiques motores
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = <b>Mínima</b> . Tiques podem não ser percebidos por outros porque eles têm intensidade mínima
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = <b>Suave</b> . Tiques não são mais fortes do que as ações voluntárias comparadas e não são observados por outros por sua intensidade suave
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = <b>Moderada</b> . 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = <b>Marcada</b> . 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = <b>Grave</b> . 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**?

Marque a descrição relevante para o quão intensos foram os tiques. Por exemplo, tiques leves podem não ser audíveis e não são percebidos pelos outros pela sua mínima intensidade. No outro extremo, tiques graves são extremamente barulhentos e exagerados na sua expressão, chamando a atenção para o indivíduo. Entre os extremos existem os tiques moderados e marcados.

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = <b>Ausentes</b> . Sem evidência de tiques fônicos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = <b>Mínima</b> . Tiques não são audíveis pelos outros, pois sua intensidade é mínima
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = <b>Suave</b> . Tiques não são mais barulhentos do que as emissões voluntárias, não sendo observadas pela sua intensidade leve

- o 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 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 o 5 = **Grave**. Tiques são extremamente barulhentos e exagerados na expressão, estes tiques chamam a atenção para o indivíduo

**COMPLEXIDADE (0 A 5)****Motor**

Pior fase      Atual

- o      o      0 = **Nenhuma**. Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado).
- o      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      o      2 = **Leve**. Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos breves, tais como arrumar, que podem ser prontamente camuflados.
- o      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      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      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 exibições envolvendo copropraxia ou auto-injúria).

**COMPLEXIDADE (0 A 5)****Vocal**

Pior fase      Atual

- o      o      0 = **Nenhuma**. Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado)
- o      o      1 = **Limítrofe**. Alguns tiques não são claramente simples
- o      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      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      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
- o
- 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 obsceno (prolongadas exhibições 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

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = <b>Nenhuma</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = <b>Mínima</b> - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = <b>Leve</b> - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = <b>Moderada</b> - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = <b>Marcada</b> - 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = <b>Grave</b> - 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

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = <b>Nenhuma</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = <b>Mínima</b> - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = <b>Leve</b> - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = <b>Moderada</b> - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = <b>Marcada</b> - 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = <b>Grave</b> - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

**COMPROMETIMENTO GERAL (considerar todos os tiques presentes)**

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = <b>Nenhum</b>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 = <b>Mínimo</b> . 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)

- o o 20 = **Leve**. Tiques estão associados com dificuldades menores na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola
- o o 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)
- o o 40 = **Marcado**. Tiques estão associados com dificuldades graves na auto-estima, vida familiar, aceitação social, ou funcionamento no trabalho ou escola
- o o 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) - ATUAL**

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

**RESULTADO DA YALE GLOBAL TIC SEVERTY SCALE (YGTSS) – PIOR FASE**

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

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

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

ÍNDICE DE COMPROMETIMENTO GERAL PELOS TIQUES (ATUAL) = \_\_\_\_\_

ÍNDICE DE COMPROMETIMENTO GERAL PELOS TIQUES (PIOR FASE) = \_\_\_\_\_

**GRAVIDADE GERAL (Nº TOTAL DE TIQUES ATUAL + comprometimento ATUAL) = ( (nota do YGTSS de 1 a 100) \_\_\_\_\_**

**GRAVIDADE GERAL (Nº TOTAL DE TIQUES PIOR FASE + comprometimento PIOR FASE) = ( (nota do YGTSS de 1 a 100) \_\_\_\_\_**

Quantos anos tinha quando surgiu o primeiro tique? \_\_\_\_\_

Quantos anos tinha quando os tiques começaram a incomodar? \_\_\_\_\_

Com que idade procurou tratamento? \_\_\_\_\_

**INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)**

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

<b>TOTAL:</b> _____
---------------------

---

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

<b>INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BECK-A)</b>
---

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.

0                      1                      2                      3

	<b><u>Ausente</u></b>	<b><u>Leve,</u></b> não me incomoda muito	<b><u>Moderado,</u></b> é desagradável mas consigo suportar	<b><u>Grave,</u></b> quase não consigo suportar
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: \_\_\_\_\_

1

---

<sup>1</sup> Desenvolvida por: Beck, AT; Epstein N; et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;55 893-897.

***Para diagnóstico THDA: K-SADS adaptada para adultos (acima de 16 anos) - Mattos P. et al, em preparação***

<p><b>A1. INCAPAZ DE PRESTAR ATENÇÃO AOS DETALHES.</b> Você não consegue prestar atenção a detalhes? Você erra porque você não lê corretamente as instruções? Você deixa coisas em branco por acidente? Faz erros por falta de atenção em atividades da escola / faculdade, do trabalho ou outras atividades? Você comete erros banais por falta de atenção? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>A2. DIFICULDADE DE MANTER A ATENÇÃO.</b> Você tem dificuldade para se manter concentrado? Tem problemas para manter-se concentrado nas suas atividades? Nos afazeres (tarefas) no trabalho? E nos momentos de lazer (p.ex. ler por muito tempo)? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>A3. NÃO OUVE.</b> As pessoas reclamam que você parece não estar escutando quando falam com você? Seus familiares, colegas e amigos se queixam que você parece não estar prestando atenção ou devaneando? Elas se queixam que você não ouve o que estão lhe dizendo? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>A4. DIFICULDADE COM INSTRUÇÕES E ORIENTAÇÕES.</b> As pessoas reclamam que você não segue as instruções / orientações até o fim? Você não completa os seus afazeres (tarefas) ou obrigações em casa ou no trabalho (p.ex. seguir corretamente uma receita, ler um manual de instruções)? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>A5. DIFICULDADES PARA SE ORGANIZAR.</b> Sua mesa ou seu armário são desorganizados? É difícil para você se organizar nos afazeres (tarefas) na faculdade / no trabalho? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>A6. DETESTAR / EVITAR TAREFAS QUE EXIGEM ATENÇÃO.</b> Você tem tendência a evitar ou não gostar de alguns tipos de afazeres (tarefas) que exigem esforço mental prolongado? Quais (leitura, trabalhos burocráticos, escrever, estudar)? Você tenta se livrar delas? Com que frequência você evita ou adia este tipo de afazeres (tarefas)?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>A7. PERDER COISAS.</b> Você perde muito as coisas? Demora a encontrar? Coisas necessárias (ex. chaves, ferramentas, contas, material de escritório, etc.) em casa e no trabalho? Com que frequência isto acontece?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>

<p><b>A8. FACILMENTE DISTRAÍDO.</b> Você se distrai com facilidade com as coisas a sua volta? Qualquer coisa consegue lhe tirar a atenção do que está fazendo? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>A9. MUITAS VEZES ESQUECE.</b> Você se esquece de encontros, compromissos, pagamento de contas, entregar as coisas no prazo? Com que frequência isso acontece?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>

<p><b>B1. INQUIETUDE.</b> Você fica se remexendo ou mexendo com as mãos e os pés? Fica se contorcendo na cadeira? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>B2. DIFICULDADE PARA PERMANECER SENTADO.</b> Você tem dificuldade para ficar sentado por muito tempo na sua cadeira trabalhando, estudando, fazendo as refeições ou no cinema? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>B3. INQUIETAÇÃO.</b> Você sente necessidade de ficar constantemente em movimento, ficar mexendo nas coisas sem um objetivo específico? Você se sente inquieto (p.ex. sensação subjetiva de inquietação)? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>B4. DIFICULDADES DE FAZER ATIVIDADES DE LAZER CALMAMENTE.</b> Você tem dificuldade para fazer uma atividade de lazer calmamente? Sozinho? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>B5. DISPARA RESPOSTAS.</b> Você responde antes que as pessoas tenham acabado de fazer as perguntas? É afobado? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>B6. DIFICULDADES PARA ESPERAR A VEZ.</b> Você tem dificuldade para esperar em filas? Esperar sua vez em atividades ou situações de grupo? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>B7. MUITAS VEZES “LIGADO NA TOMADA” / COMO SE TIVESSE UM “MOTOR LIGADO”.</b> Você se sente como se estivesse “ligado na tomada” ou como se tivesse um “motorzinho ligado” dentro de você? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p><b>B8. FREQUENTEMENTE FALA DEMAIS.</b> Você fala demais o tempo todo, mais do que as outras pessoas? Isto é um problema para você? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar</p>

	(3) sim (4) sim, somente no passado
<b>B9. MUITAS VEZES INTERROMPE OU SE INTROMETE.</b> Você se intromete ou interrompe os outros quando eles estão ocupados, sem esperar que eles tenham terminado? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado

**Estes problemas que você mencionou são percebidos no seu colégio / faculdade / trabalho / casa? Você tem problemas por causa deles (eles interferem num grau significativo)?**

	Passado	Atual		Passado	Atual
Em casa com sua família			No lazer e outros momentos de diversão		
No seu trabalho			No relacionamento conjugal / namoro		
Na interação social com os outros			Na administração do seu dinheiro (finanças)		
Nas atividades da comunidade			Na direção de veículos		
Em atividades acadêmicas (estudos)			Nas suas responsabilidades do dia-a-dia		

**Critério A**             Sim     Não

- mínimo de 6 sintomas de desatenção (itens A1 – A9) codificados 2, 3 ou 4: \_\_\_\_\_

- mínimo de 6 sintomas de hiperatividade (itens B1 – B9) codificados 2, 3 ou 4: \_\_\_\_\_

(duração mínima de 6 meses)

**Critério B**             Sim     Não

- Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causarem prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos

**Critério C**             Sim     Não

- Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, casa...)

**Critério D**             Sim     Não

- Evidências claras de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou acadêmico.

**Critério E**             Sim     Não

- Sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um T. Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro T. Psicótico e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

**PRESENTE**

**SUBCLÍNICO**

**AUSENTE**

**PASSADO**

IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS: \_\_\_\_\_

**Adult Self-Report Scale (ASRS-18, versão1.1) Paulo M et al. acima de 18 anos**
**Preencher apenas se tiver diagnóstico de THDA pela K-SADS -**

Responda a <b>todas</b> as perguntas abaixo.					
<b>Marque um X</b> no espaço que melhor descreve você <b>nos últimos 6 meses</b> (só marque 1 resposta em cada linha)	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	0	1	2	3	4
4. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?	0	1	2	3	4
6. Com que frequência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?	0	1	2	3	4
<b>Parte A</b>					
7. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?	0	1	2	3	4
10. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?	0	1	2	3	4
11. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?	0	1	2	3	4
12. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações quando deveria ficar sentado (a)?	0	1	2	3	4
13. Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?	0	1	2	3	4
14. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?	0	1	2	3	4
15. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?	0	1	2	3	4
16. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?	0	1	2	3	4
17. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?	0	1	2	3	4

18. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?

0

1

2

3

4

**Parte B**

Soma das resposta em cinza: \_\_\_\_\_

**MTA SNAP - IV Escala de pontuação para pais e professores – Swanson J**
**ATÉ 17 ANOS**
**Preencher apenas se tiver diagnóstico de THDA pela K-SADS -**

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve esta pessoa:

	Nem um pouco (0)	Um pouco (1)	Bastante (2)	Demais (3)
1. Falha em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por falta de cuidado em trabalhos escolares e tarefas				
2. Tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou em brincadeiras				
3. Parece não escutar quando lhe falam diretamente				
4. Não segue instruções e falha em terminar temas de casa, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldades para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam manutenção de esforço mental				
7. Perde coisas necessárias para suas atividades (brinquedos, livros, lápis, material escolar)				
8. É distraído por estímulos alheios				
9. É esquecido nas atividades diárias				
10. Irrequieto com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira				
11. Abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado				
12. Corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer				
14. Está a mil ou freqüentemente age como se estivesse "a todo vapor"				
15. Fala em demasia				
16. Dá respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas				
17. Tem dificuldade para aguardar sua vez				

18. Interrompe ou se intromete com os outros (ex: intromete-se em conversas ou brincadeiras)				
--	--	--	--	--

19. Descontrola-se				
20. Discute com adultos				
21. Ativamente desafia ou se recusa a seguir os pedidos dos adultos ou as regras				
22. Faz coisas que incomodam os outros de propósito				
23. Culpa os outros pelos seus erros ou má conduta				
24. É sensível ou facilmente incomodado pelos outros				
25. É raivoso ou ressentido				
26. É malvado ou vingativo				

**Pontuação: número de itens codificados 2 ou 3 de desatenção:** \_\_\_\_\_

**número de itens codificados 2 ou 3 de hiperatividade:** \_\_\_\_\_

**número de itens codificados 2 ou 3 de impulsividade:** \_\_\_\_\_ **SOMA TOTAL:** \_\_\_\_\_

### TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Episódios não psicóticos de moléstia durando pelo menos 2 semanas caracterizados por sensações de ansiedade relativas à separação de figura(s) de estreita ligação. Pelo menos três sintomas são necessários (per. 1-9) e devem ser persistentes. Reportar-se às figuras de maior ligação da criança, simbolizadas como ( ) ao perguntar sobre os sintomas. As respostas devem ser analisadas de acordo com a idade, o nível de desenvolvimento da criança, a freqüência e intensidade dos sintomas.

Esta sessão pesquisa sentimentos de ansiedade e nervosismo, que as crianças sentem quando estão separadas de seus pais, devendo, neste caso, estar presente por pelo menos duas semanas, ocorrendo mais freqüentemente do que não.

**1. Mal que atinge a Figura de Ligação (Pais)**

(Deve ser Persistente e Irreal)

Você se preocupa (preocupava) que alguma coisa ruim pode acontecer com seu (pai, mãe, etc.), que ela/ele podem ir embora e não voltar? Você se preocupa (preocupava) muito com isso?

( ) Sim ( ) Não

2. Mal que atinge a Criança

Você se preocupa (preocupava) que alguma coisa ruim pode acontecer com você se você não estiver com ( )? Como ser raptado ou num desastre? Você se preocupa (preocupava) muito com isso? O que você acha (achava) que ia acontecer?

( ) Sim ( ) Não

3. Aflição excessiva em Antecipação de/ou durante a Separação

(PARA CRIANÇA ABAIXO DE 6 anos, AFLIÇÃO DE PROPORÇÕES DE UM ATAQUE DE PÂNICO)

Você fica (ficava) aflita quando ( ) vai (ia) embora sem você? O que você faz (fazia)? Chorava? Suplicava ( ) de não ir embora?

( ) Sim ( ) Não

No caso de alguma indicação de ansiedade de separação o entrevistador deve estabelecer a cronologia e perguntar pelos sintomas para o(s) surto (s) atuais e/ ou pior(es). A classificação da entrevista deve ser para o pior surto. Se a esse ponto não houver indicação de ansiedade de separação determine se alguma vez houve outros sintomas. Se três ou mais itens forem positivos determine se ocorreram ao mesmo tempo, se foram relacionados à ansiedade de separação (i.é., pergunte novamente os 3 primeiros itens), e se duraram pelo menos duas semanas.

4. Relutância ou Recusa da Escola

Você às vezes tenta (tentou) não ir à escola porque você queria ficar em casa com ( ). O que acontecia quando você ficava em casa? Alguém tinha que obrigar você a ir para a escola?

( ) Sim ( ) Não

5. Relutância ou Recusa de Dormir Só

Você tenta (tentou) dormir com ( )? Você está (estava) com medo de dormir só? Você poderia dormir fora de casa? Você conseguiu?

( ) Sim ( ) Não

6. Evitação Persistente de Ficar Só

Alguma vez você tem (teve) medo de ficar só (num quarto) mesmo sabendo que tem alguém em casa? (PARA ADOLESCENTES, SOZINHOS EM CASA). Às vezes você segue (seguia) ( ) pela casa?

( ) Sim ( ) Não

7. Pesadelos Repetidos de Separação

Às vezes você tem (teve) uma porção de sonhos ruins sobre ser separado de ( )? ou que alguma coisa iria acontecer para ( ) ou para você (DÊ EXEMPLOS). Isso aconteceu quantas vezes?

( ) Sim ( ) Não

8. Queixas físicas ao Antecipar a Separação

Você tem, (já teve) muitas dores de estômago, de cabeça (etc.)? Isso acontece somente em dias de escola (OU OUTROS DIAS DE SEPARAÇÃO)? Quantas vezes?

( ) Sim ( ) Não

**9. Aflicção Excessiva, Disforia, Problema de Concentração quando Separado**

Como você se sente (sentia) quando você não está (estava) com ( )? Era mais difícil de se concentrar ou se divertir? Você tem (teve) que ligar para casa ou quis ir para casa?

( ) Sim ( ) Não

**10. Agarramento ou Seguimento**

Você segue (seguia) ( ) por todo canto onde ele/ela vai (ia)? Você fica (ficava) bem juntinho de ( ) sem deixar ele/ela longe de sua vista?

( ) Sim ( ) Não

INÍCIO: Quantos anos você tinha quando teve uma porção desses sintomas pela primeira vez?

\_\_\_\_\_

FIM: Quantos anos você tinha quando teve uma porção desses sintomas pela última vez?

\_\_\_\_\_

**Ansiedade de Separação**

Duração mínima = duas semanas

\* Questionar diversas fases de vida\*

	Passado	Presente	Início	Término	Comentários
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

9					
10					

**Mínimo de três dos sintomas 1 a 9 acima é codificado 3 (três) e devem ser duradouros.** Duração mínima de duas semanas. A instalação deve ser apropriada para o desenvolvimento (> 4 anos de idade – especificar quando for subclínico).

**ATENÇÃO: SE PACIENTE APRESENTOU SINTOMAS NO PASSADO, PORÉM NÃO ATUAL, CODIFICAR “PASSADO”**

Presente       Subclínico       Ausente       Passado

No. de sintomas passado: \_\_\_\_\_ No. sintomas Atual: \_\_\_\_\_

**SF-36 v2**

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

## 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

Sim,	Sim,	Não, não
------	------	----------

limita	limita	limita nem um
muito	um pouco	pouco
▼	▼	▼

- a Atividades vigorosas, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árdus .....  1 .....  2 .....  3
- b Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadir .....  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

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?**

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 <u>tempo</u> em que você trabalhava ou fazia outras atividades? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <u>Realizou menos</u> do que você gostaria? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Esteve limitado no <u>tipo</u> de trabalho ou em outras atividades? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Teve <u>dificuldade</u> em fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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 <u>tempo</u> em que você trabalhava ou fazia outras atividades? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <u>Realizou menos</u> do que você gostaria? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Trabalhou ou fez qualquer outra atividade <u>sem o cuidado habitual</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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	você se sentiu cheio de vida?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	você se sentiu muito nervoso? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	você se sentiu tão deprimido que nada podia animá-lo? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	você se sentiu calmo e tranqüilo? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e	você se sentiu com muita energia?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f	você se sentiu desanimado e deprimido? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g	você se sentiu esgotado?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h	você se sentiu feliz? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i	você se sentiu cansado? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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

**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

*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

**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

### 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**

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 relatei muito bem

2  no geral me relatei 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

**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.*

**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**

**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 frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5  em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
- 8  não se aplica, não tenho amigos

**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

**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  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

- 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

**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 desagradado
- 4  no geral senti desagradado
- 5  senti desagradado 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

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

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

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**

**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

**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

## Escala de Avaliação de Crenças de Brown

Versão para adultos e adolescentes.

Tradução de Ygor Ferrão, Ana Gabriela Hounie

Revisão: Waldo Mermelstein

### MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA OBSESSÕES

**Crença (Descreva a(s) principal(ais) crença(s) durante a semana passada):**

---



---



---

Para cada item faça um círculo ao redor do número que identifica a resposta que melhor caracteriza o paciente **durante a semana que passou**. A crença específica do paciente pode ser incorporada à questão - por exemplo, “Até que ponto você está convencido de que esta crença de tocar maçanetas o deixará doente?”. Questões opcionais estão indicadas entre parênteses; instruções ao entrevistador estão em itálico>.

<p><b>1. Convicção</b></p> <p>Até que ponto você está convencido de suas idéias/crenças? Você está certo de que suas idéias/crenças são verdadeiras? (Por que você pensa assim?)</p>	<p>0. Completamente convencido de que as crenças são falsas (0% de certeza).</p> <p>1. As crenças provavelmente não são verdadeiras, ou existe uma dúvida substancial.</p> <p>2. As crenças podem ou não ser verdadeiras, ou incapaz de decidir até que ponto as crenças são verdadeiras ou falsas.</p> <p>3. Bastante convencido de que as crenças são</p>
--	---

	<p>verdadeiras, mas existe um elemento de dúvida.</p> <p>4. Completamente convencido sobre a realidade da crença (100% certeza).</p>
<p><b>2. Percepção da visão dos outros sobre a crença</b>  O que você acha que os outros pensam (ou pensariam) de sua crença? [Pausa] Até que ponto você está certo de que a maior parte das pessoas pensa que suas crenças fazem sentido?</p> <p><i>(O entrevistador deve esclarecer, se necessário, que a resposta do paciente a esta questão foi dada presumindo que as pessoas deram sua opinião honestamente.)</i></p>	<p>0. Completamente certo de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças não são reais.</p> <p>1. Bastante convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças não são reais.</p> <p>2. Os outros podem ou não pensar que as crenças não são reais, ou não terem certeza sobre o ponto de vista dos outros em relação a essas crenças.</p> <p>3. Bastante convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças são reais.</p> <p>4. Completamente convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças são reais.</p>
<p><b>3. Explicação das diferentes visões</b></p> <p>Você disse que <i>(complete com a resposta do Item 1)</i> mas que <i>(complete com a resposta do Item 2)</i>. [Pausa] Como você explica a diferença entre o que você pensa e o que outras pessoas pensam sobre suas crenças?</p> <p><i>(Quem está possivelmente mais correto?)</i></p> <p><i>(O entrevistador não deve fazer esta pergunta se as respostas aos Itens 1 e 2 forem as mesmas. Nesse caso, dar o mesmo escore dos Itens 1 e 2.)</i></p>	<p>0. Completamente convencido de que a crença não é real ou que ela é absurda. (Ex.: “minha mente está pregando peças em mim.”)</p> <p>1. Bastante convencido de que as crenças não são reais.</p> <p>2. Incerto sobre porque os outros não concordam – as crenças podem não ser reais <u>ou</u> então os outros estão errados.</p> <p>3. Bastante convencido de que as crenças são verdadeiras; a visão dos outros é menos correta.</p>

	<p>4. Completamente convencido de que as crenças são verdadeiras; a visão dos outros é incorreta.</p>
<p><b>4. Rigidez de idéias</b>          Se eu dissesse que suas crenças não são verdadeiras, qual seria sua reação? [Pausa] Eu poderia convencê-lo de que elas são erradas?</p> <p><i>(Se necessário, dar um exemplo não confrontador)</i></p> <p><i>(Marque o escore tomando como base o quanto o paciente poderia ser convencido, não o quanto ele gostaria de ser convencido)</i></p>	<p>0. Desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; não demonstra relutância em aceitar essa possibilidade.</p> <p>1. Razoavelmente desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; a relutância em aceitar essa possibilidade é mínima.</p> <p>2. Um pouco desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas, mas está presente uma moderada relutância em aceitar essa possibilidade.</p> <p>3. Claramente relutante em considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; a relutância é significativa.</p> <p>4. Recusa-se totalmente a considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas, isto é, as crenças estão rígidas.</p>
<p><b>5. Tentativa de refutar as idéias</b>          Com que freqüência você tenta conversar consigo mesmo sobre a validade dessas idéias/crenças? Quanto esforço você faz para convencer a si mesmo de que suas crenças são falsas?</p> <p><i>(O entrevistador deve marcar o quanto o paciente tenta convencer-se de que as idéias/crenças são falsas, e não a tentativa de afastar as crenças de sua mente ou de pensar</i></p>	<p>0. Sempre envolvido em tentar refutar as crenças, ou não é necessário refutá-las porque as crenças não são verdadeiras.</p> <p>1. Geralmente tenta refutar as crenças.</p> <p>2. Algumas vezes tenta refutar as crenças.</p> <p>3. Raramente tenta refutar as crenças.</p> <p>4. Não faz tentativa alguma de refutar as</p>

<i>em outras coisas.)</i>	crenças.
---------------------------	----------

<p><b>6. Capacidade de crítica (Insight)</b>  O que você acha que causou essas crenças em você? [Pausa] Você acha que elas têm uma causa psiquiátrica ou psicológica, ou em outras palavras, elas estão em sua mente? Ou são elas realmente verdadeiras?</p> <p><i>(O entrevistador deve determinar o que o paciente realmente acredita, não o que disseram ou que ele espera que seja verdade. Etiologia psicológica deve ser considerada como equivalente de doença psiquiátrica.)</i></p> <p><i>(Reconhecimento de que os pensamentos são excessivos, isto é, de que tomam muito tempo, ou que causam problemas para o paciente, não devem ser considerados equivalentes de etiologia psiquiátrica/psicológica. Ao invés disso, marque que o paciente tem consciência de que a causa/motivo das crenças são psiquiátricas/psicológicas).</i></p>	<p>0. As crenças certamente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>1. As crenças provavelmente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>2. As crenças possivelmente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>3. As crenças provavelmente não têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>4. As crenças certamente não têm causa psiquiátrica/psicológica.</p>
<p>ESCORE TOTAL da BABS _____</p>	<p>= Soma das Questões de 1 a 6</p>

*(não incluir no Escore Total)*

#### ITEM ADICIONAL

<p><b>7. Idéias/Delírios de referência</b></p> <p>Você tem a impressão de que as pessoas estão falando de você ou dando atenção especial a você (por exemplo, olhando fixamente para você) por causa de <i>(complete com a crença)</i>?</p> <p><i>(Quanta certeza você tem disso?)</i></p> <p><i>(Esta questão pertence <u>somente</u> à(s) crença(s))</i></p>	<p>0. Não; os outros certamente não me dão uma atenção especial.</p> <p>1. Os outros provavelmente não me dão uma atenção especial.</p> <p>2. Os outros podem ou não me dar uma</p>
--	---

<p><i>sendo avaliada(s) pelo aplicador da BABS, e não se o paciente pensa que ele é observado por motivos outros que não as crenças em avaliação. O entrevistador NÃO deve embasar a resposta em atos observáveis ou compulsões; ao invés disso, marque crença a central.)</i></p>	<p>atenção especial.</p> <p>3. Os outros provavelmente me dão uma atenção especial.</p> <p>4. Os outros certamente me dão uma atenção especial.</p>
--	---

MARQUE SUA IMPRESSÃO GERAL DO GRAU DE CAPACIDADE DE CRÍTICA DO PACIENTE:

0. Excelente capacidade de crítica (insight); completamente racional.
1. Boa capacidade de crítica (insight).
2. Razoável capacidade de crítica (insight).
3. Fraca capacidade de crítica (insight).
4. Ausência de capacidade de crítica (insight) ou delirante.

CRENÇA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

1. CONVICÇÃO \_\_\_\_\_

2. PERCEPÇÃO DA VISÃO DOS OUTROS \_\_\_\_\_

3. EXPLICAÇÃO DA DIFERENÇAS DE VISÃO \_\_\_\_\_

4. RIGIDEZ DAS IDÉIAS \_\_\_\_\_

5. TENTATIVA DE INVALIDAR AS CRENÇAS \_\_\_\_\_

6. CAPACIDADE DE CRÍTICA (INSIGHT) \_\_\_\_\_

**ESCORE TOTAL DA BABS (ITENS 1 A 6)** \_\_\_\_\_

ITEM ADICIONAL

7. IDÉIAS/DELÍRIOS DE REFERÊNCIA \_\_\_\_\_

## Entrevista Sobre Familiares

*(Coletar dados com o paciente e um dos progenitores ou outro familiar sobre cada um dos membros nucleares da família do paciente)*

Pessoa entrevistada: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Alguma pessoa da sua família já teve alguma dificuldade psiquiátrica como tiques, tricotilomania (arrancar pêlos e/ou cabelos), depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, “manias”, esquizofrenia, muita ansiedade, pânico, medos, dependência de álcool e drogas, “psicose maníaco-depressiva”, transtorno bipolar ou afetivo, epilepsia, esclerose, doença de Alzheimer ou demência? Já viu ou lembra de alguém na sua família que fazia muito barulho com a boca e/ou garganta como pigarrear, estalar a língua, assobiar, ficar repetindo palavras e/ou frases, rituais, hábitos diferentes, colecionar coisas que não servem para nada, hiperatividade (estar sempre inquieto, a “mil por hora”) e problemas de atenção? Alguém já teve reumatismo? E febre reumática e/ou coréia?

(Módulo SCID adaptado - Transtornos psiquiátricos do Eixo I)

	<b>1 NÃO</b>	<b>3 SIM</b>	<b>Grau de Parentesco</b>
1. Há ou houve alguém na sua família que bebia cinco ou mais copos de cerveja, vinho ou doses habituais de outras bebidas em apenas uma ocasião?			
2. Alguém na sua família alguma vez usou ou usa drogas?			
3. Alguém na sua família já ficou ou é viciado em um medicamento prescrito?			
4. Alguém na sua família tem ou já teve ataque de pânico, quando se sentiu assustado ou de repente desenvolveu vários sintomas físicos?			
5. Alguém na sua família sente ou já sentiu medo de sair de casa sozinho, ficar no meio de multidões, ficar em uma fila ou viajar de ônibus ou de trem?			
6. Há alguém na sua família que tenha ou teve medo de fazer alguma coisa ou se sentiu desconfortável na frente de outras pessoas, como falar, escrever ou			

comer?			
7. Existe alguém na sua família que tenha ou teve algum medo especial, como voar, ver sangue, tomar uma injeção, lugares fechados, ou certos tipos de animais ou insetos?			
8. Há alguém na sua família que tenha estado nos últimos seis meses particularmente nervoso ou ansioso?			
	<b>1</b> <b>NÃO</b>	<b>3</b> <b>SIM</b>	<b>Grau de Parentesco</b>
9. Alguém na sua família pesa ou pesou muito menos do que as outras pessoas achavam que ela deveria pesar?			
10. Alguém na sua família costuma ou costumou ter momentos em que a forma de comer estava fora de controle?			
11. Alguém na sua família tem ou teve problemas de atenção ou hiperatividade?			
12. Alguém na sua família tem ou teve períodos maiores do que duas semanas onde sentisse deprimido, triste, desanimado?			
13. Alguém na sua família tem ou teve períodos maiores do que dois dias onde sentisse agitação, euforia?			
14. Alguém na sua família tem ou teve experiências fora do comum como ouvir vozes ou ver coisas que não existem ou ter crenças que outras pessoas não tinham?			

15. Alguém na sua família já passou por alguma catástrofe e ficou traumatizado?			
16. Alguém na sua família se sente ou já se sentiu incomodado por pensamentos que não faziam o menor sentido e que continuavam vindo na mente mesmo quando tentava evitá-lo (obsessões)?			
17. Alguém na sua família tem ou teve algo que tivesse que fazer várias e várias vezes e que não conseguia evitar, como lavar as mãos uma vez depois da outra, contar até um certo número ou verificar alguma coisa várias vezes para ter certeza de que fez certo (compulsões)?			

**TOC**

Alguém na sua família tem ou teve sintomas obsessivo-compulsivos?  Sim  Não

Quem? \_\_\_\_\_

Se SIM, descrever as obsessões e as compulsões:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Foi diagnosticado TOC?  Sim  Não  Não sei

Se SIM, quando? \_\_\_\_\_ Por quem? \_\_\_\_\_

**TIQUES**

Alguém na sua família tem ou teve tiques motores?  Sim  Não  Não sei.

Quem? \_\_\_\_\_

Se SIM, descreva idade de início, tipo de tiques, gravidade: \_\_\_\_\_

A pessoa tem ou teve tiques vocais?  Sim  Não  Não sei

Se SIM, descreva idade de início, tipo de tiques, gravidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se SIM para tiques motores e vocais, a pessoa recebeu diagnóstico de Transtorno de Tourette?

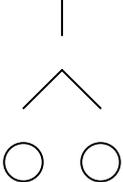
Sim  Não  Não sei

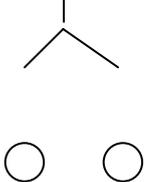
Se SIM, quando? \_\_\_\_\_ Por quem? \_\_\_\_\_

## HEREDOGRAMA

Legenda:

Sexo masculino	□
Sexo feminino	○
Sexo desconhecido	◇
Morto	∅
Casados	○—□ ou □—○
Separado	○//□ ou □//○
Natimorto	λ
Gêmeos monozigóticos	Gêmeos dizigóticos





Obs.: Hachurar (marcar) os afetados e fazer legenda

Apontar o entrevistado com uma seta ( ↑ )

<b>SCID-I Folha de Resposta</b>
---------------------------------

Assinale com um X na resposta dada pelo entrevistado:

?- informação duvidosa ou inadequada

1- ausente ou falso

2- subliminar

3- presente ou verdadeiro.

Se a resposta for numérica anote-a no item "?".

**Episódio Depressivo Maior Atual - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Subclínico

Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A1					A 26				
A2					A27				
A3					A28				
A4					A29				
A5					A30				
A6					A31				
A7					A32				
A8					A33				
A9					A34				
A10					A35				
A11					A36				
A12					A37				
A13					A38				
A14					A39				
A15					A40				
A16					A41				
A17					A42				
A18					A43				
A19					A44				
A20					A45				
A21					A46				
A22					A47				

A23					A48				
A24					A49				
A25					A50				
					A51				

**Episódio Depressivo Maior Passado - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Subclínico

Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A52					A 67				
A53					A68				
A54					A69				
A55					A70				
A56					A71				
A57					A72				
A58					A73				
A59					A74				
A60					A75				
A61					A76				
A62					A77				
A63					A78				
A64					A79				
A65					A80				
A66					A81				

**Episódio Maníaco Atual**  
**IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

**Episódio Hipomaníaco Atual**  
**IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente     Subclínico     Ausente

Presente     Subclínico     Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A82					A104				
A83					A105				
A84					A106				
A85					A107				
A86					A108				
A87					A109				
A88					A110				
A89					A111				
A90					A112				
A91					A113				
A92					A114				
A93					A115				
A94					A116				
A95					A117				
A96					A118				
A97					A119				
A98					A120				
A99					A121				
A100					A122				
A101					A123				
A102					A124				
A103					A125				

**Episódio Maníaco Passado**  
**IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

**Hipomaníaco Passado**  
**IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente     Subclínico     Ausente

Presente     Subclínico     Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A126					A144				
A127					A145				
A128					A146				
A129					A147				

A130					A148				
A131					A149				
A132					A150				
A133					A151				
A134					A152				
A135					A153				
A136					A154				
A137					A155				
A138					A156				
A139					A157				
A140					A158				
A141					A159				
A142					A160				
A143					A161				
					A162				

**Transtorno Distímico - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
A163					A175				
A164					A176				
A165					A177				
A166					A178				
A167					A179				
A168					A180				
A169					A181				
A170					A182				
A171					A183				
A172					A184				
A173					A185				
A174					A186				

**CMG/Substância causando Sintomas de Humor - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente                       Subclínico                       Ausente                       Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
A187					A195				
A188					A196				
A189					A197				
A190					A198				
A191					A199				
A192					A200				
A193					A201				
A194									

**Bipolares - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

**Tipo I**                       Presente                       Subclínico                       Ausente                       Passado

**Tipo II**                       Presente                       Subclínico                       Ausente                       Passado

**Tipo III**                       Presente                       Subclínico                       Ausente                       Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
D1					D23				
D2					D24				
D3					D25				
D4					D26				
D5					D27				
D6					D28				
D7					D29				
D8					D30				
D9					D31				
D10					D32				
D11					D33				
D12					D34				
D13					D35				
D14					D36				

D15					D37				
D16					D38				
D17					D39				
D18					D40				
D19					D41				
D20					D42				
D21					D43				
D22					D44				

### Transtornos de Humor

Presente

Ausente

Passado

Tipo(s) de Transtorno de Humor:

Unipolar

Bipolar I

Bipolar II

Bipolar III

Idade de Início: \_\_\_\_\_

Condição Atual:

Doente

Remissão parcial

Remissão Total

Modo de Instalação:

Agudo

Insidioso

Tipo de Evolução:

Crônica

Episódica

Com

Sem períodos de remissão total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos ou outros diagnósticos psiquiátricos (se houver)

---



---



---



---

Descrição dos principais sintomas:

---



---



---



---

Gravidade da doença:

Leve

Moderada

Grave

Extrema

**Sintomas Psicóticos e Associados - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
B1					B28				
B2					B29				
B3					B30				
B4					B31				
B5					B32				
B6					B33				
B7					B34				
B8					B35				
B9					B36				
B10					B37				
B11					B38				
B12					B39				
B13					B40				
B14					B41				
B15					B42				
B16					B43				
B17					B44				
B18					B45				
B19					B46				
B20					B47				
B21					B48				
B22					B49				
B23					B50				
B24					B51				
B25					B52				
B26					B53				
B27									

**Esquizofrenia - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Subclínico

Ausente

Passado



**Transtorno Psicótico Breve - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Ausente

Subclínico

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C34					C38				
C35					C39				
C36					C40				
C37									

**Devido a CMG ou Induzido por Substância - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Ausente

Subclínico

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C41					C45				
C42					C46				
C43					C47				
C44					C48				

**Transtorno Psicótico SOE - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Ausente

Subclínico

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C49					C54				
C50					C55				
C51					C56				
C52					C57				
C53									

**Sintomas Psicóticos Associados ou Transtornos Psicóticos**

Presente

Ausente

Subclínico

Passado

Tipo(s) de Transtorno Psicótico ou Sintomas Psicóticos:

\_\_\_\_\_

Idade de Início: \_\_\_\_\_

Condição Atual:  Doente  Remissão Parcial  Remissão TotalModo de Instalação:  Agudo  InsidiosoTipo de Evolução:  Crônica  Episódica  
 Com  Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver)

---



---



---



---

Gravidade da doença:

 Leve  Moderada  Grave  Extrema

Relação com Febre Reumática (se houver):

---



---



---



---

**Transtorno por uso de Álcool - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS** Presente  Ausente  Subclínico  Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E1					E14				
E2					E15				
E3					E16				
E4					E17				
E5					E18				
E6					E19				
E7					E20				
E8					E21				
E9					E22				



E37					E117				
E45					E125				
E53					E133				
E61					E141				
E69					E149				
E77					E157				
E85					E165				
E93					E173				
E101					E181				
E109					E189				

**Estimulantes (para E29=3) - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

**Abuso:**  Presente  Ausente  Passado

**Dependência:**  Presente  Ausente  Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E38					E118				
E46					E126				
E54					E134				
E62					E142				
E70					E150				
E78					E158				
E86					E166				
E94					E174				
E102					E182				
E110					E190				

**Opióides (para E30=3) - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

**Abuso:**  Presente  Ausente  Passado

**Dependência:**  Presente  Ausente  Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E39					E119				
E47					E127				

E55					E135				
E63					E143				
E71					E151				
E79					E159				
E87					E167				
E95					E175				
E103					E183				
E111					E191				

**Cocaína (para E31=3) - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

**Abuso:**  Presente  Ausente  Passado

**Dependência:**  Presente  Ausente  Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E40					E120				
E48					E128				
E56					E136				
E64					E144				
E72					E152				
E80					E160				
E88					E168				
E96					E176				
E104					E184				
E112					E192				

**Alucinógenos (para E32=3) - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

**Abuso:**  Presente  Ausente  Passado

**Dependência:**  Presente  Ausente  Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E41					E121				
E49					E129				
E57					E137				

E65					E145				
E73					E153				
E81					E161				
E89					E169				
E97					E177				
E105					E185				
E113					E193				

Outro (para E33=3). - **IDADE DE INÍCIO:** \_\_\_\_\_ **ANOS**

Qual?

\_\_\_\_\_

**Abuso:**                     Presente                     Ausente                     Passado

**Dependência:**                     Presente                     Ausente                     Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E42					E122				
E50					E130				
E58					E138				
E66					E146				
E74					E154				
E82					E162				
E90					E170				
E98					E178				
E106					E186				
E114					E194				

**Abuso ou Dependência de Substância**

Presente                     Ausente                     Passado

Substância(s):

1. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

Idade de Início: \_\_\_\_\_

Duração: \_\_\_\_\_

Condição Atual:       Doente                       Remissão Parcial       Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

---



---



---



---

Gravidade da doença:

 Leve                       Moderada                       Grave                       ExtremaOutros dados que julgar importantes, incluindo **tratamento**: \_\_\_\_\_

---

**Pânico - IDADE DE INÍCIO:** \_\_\_\_\_ **ANOS****Pânico com Agorafobia**       Presente       Subclínico       Ausente       Passado**Pânico sem Agorafobia**       Presente       Subclínico       Ausente       Passado**Agorafobia sem Pânico**       Presente       Subclínico       Ausente       Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F1					F24				
F2					F25				
F3					F26				
F4					F27				
F5					F28				
F6					F29				
F7					F30				
F8					F31				
F9					F32				
F10					F33				

F11					F34				
F12					F35				
F13					F36				
F14					F37				
F15					F38				
F16					F39				
F17					F40				
F18					F41				
F19					F42				
F20					F43				
F21					F44				
F22					F45				
F23					F46				

**Fobia Social-**  
**IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

**Fobia Específica**  
**IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente  Subclínico  Ausente  Passado

Presente  Subclínico  Ausente  Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F47					F66				
F48					F67				
F49					F68				
F50					F69				
F51					F70				
F52					F71				
F53					F72				
F54					F73				
F55					F74				
F56					F75				
F57					F76				
F58					F77				
F59					F78				
F60					F79				
F61					F80				

F62					F81				
F63					F82				
F64					F83				
F65					F84				

**TOC - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F85					F94				
F86					F95				
F87					F96				
F88					F97				
F89					F98				
F90					F99				
F91					F100				
F92					F101				
F93					F102				

**ATENÇÃO: A SEGUIR, TODOS OS PACIENTES DEVEM RESPONDER AO “QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA”, QUE APRESENTA UMA LISTA DE POSSÍVEIS EVENTOS QUE PODEM ELICIAR UM TRAUMA.**

## QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA

Green BL., Trauma History Questionary

A série de questões a seguir diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida.. Após a sua ocorrência, eles afetam a maneira pela qual as pessoas sentem, reagem e/ou pensam a respeito das coisas. O conhecimento sobre a ocorrência de tais eventos assim como a reação a eles vai nos auxiliar a desenvolver programas de prevenção, educação e outros serviços. O questionário é dividido em perguntas que abordam experiências relacionadas a crime, perguntas sobre desastre em geral e trauma e perguntas sobre experiências físicas e sexuais.

Para cada evento, por favor, indique se aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes e a sua idade aproximada na época. Além disso, diga a natureza da relação entre você e a pessoa envolvida e o tipo específico do evento, se for apropriado.

### **Eventos relacionados a crime**

#### Em caso afirmativo

Nº de vezes	Idade aproximada	INTENSIDADE 1= nada estressante  5 = extremamente estressante
----------------	---------------------	---

- |   |            |            |       |       |                   |
|---|------------|------------|-------|-------|-------------------|
| 1. Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto? | <b>Não</b> | <b>Sim</b> | _____ | _____ | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?                                       | <b>Não</b> | <b>Sim</b> | _____ | _____ | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?  | <b>Não</b> | <b>Sim</b> | _____ | _____ | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você <u>estava</u> lá?   | <b>Não</b> | <b>Sim</b> | _____ | _____ | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

### **Desastre em geral e trauma**

#### Em caso afirmativo

Nº de vezes	Idade aproximada
----------------	---------------------

- |  |            |            |       |       |
|--|------------|------------|-------|-------|
| 5. Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar?<br><u>Se responder sim</u> , por favor, especificar. | <b>Não</b> | <b>Sim</b> | _____ | _____ |
|--|------------|------------|-------|-------|

1 - 2 - 3 - 4 - 5

**Desastre em geral e trauma**

		<u>Em caso afirmativo</u>		
		Nº de vezes	Idade aproximada	1= nada estressante  5 = extremamente estressante
6.	Você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	1 - 2 - 3 - 4 - 5
		_____	_____	
7.	Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	1 - 2 - 3 - 4 - 5
		_____	_____	
8.	Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?	Não	Sim	1 - 2 - 3 - 4 - 5
		_____	_____	
9.	Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	1 - 2 - 3 - 4 - 5
		_____	_____	
10.	Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque <u>poderia</u> ter sido morto (a) ou gravemente ferido (a)? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	1 - 2 - 3 - 4 - 5
		_____	_____	
11.	Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto? <u>Se responder sim</u> , por favor,	Não	Sim	1 - 2 - 3 - 4 - 5
		_____	_____	

especificar quem.

**Desastre em geral e trauma**

		<u>Em caso afirmativo</u>				
		Nº de	Idade	1= nada		
		vezes	aproximada	estressante		
				5 = extremamente estressante		
				1 - 2 - 3 - 4 - 5		
12.	Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
13.	Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar sua relação com esta pessoa (ex. mãe, neto, etc.).	Não	Sim	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
14.	Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar sua relação com esta pessoa.	Não	Sim	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
15.	Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
16.	Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu de forma inesperada? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar.	Não	Sim	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
17.	Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar o local.	Não	Sim	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5

**Experiências físicas e sexuais****Em caso afirmativo**

			<b>Esta experiênc ia repetiu- se?</b>	<b>Quantas vezes e em que idade(s) aprox. ?</b>	<b>1= nada estressante  5 = extremamente estressante  1 - 2 - 3 - 4 - 5</b>
18. Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
19. Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
20. Além dos incidentes mencionados nas questões 18 e 19, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo (a) a ter contato sexual contra a sua vontade?	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
21. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
22. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou <u>desarmado</u> e o (a) feriu gravemente?	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5
23. Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	_____	_____	1 - 2 - 3 - 4 - 5

**Outros eventos****Em caso afirmativo**

<b>Esta experiênc ia repetiu-</b>	<b>Quantas vezes e em que idade(s) aprox. ?</b>
---	---

24. Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima?

se?

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Se responder sim, por favor, especificar.

Não Sim \_\_\_\_\_

TEPT - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS

O INDIVÍDUO APRESENTOU ALGUM SINTOMA POSITIVO NO "QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA"?

SIM  NÃO

A RESPOSTA AO EVENTO ENVOLVEU INTENSO MEDO, IMPOTÊNCIA OU HORROR (em crianças, a resposta pode envolver comportamento desorganizado ou agitado)?

SIM  NÃO

Descreva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Presente  Subclínico  Ausente  Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F103					F119				
F104					F120				
F105					F121				
F106					F122				
F107					F123				
F108					F124				
F109					F125				
F110					F126				
F111					F127				
F112					F128				

F113					F129				
F114					F130				
F115					F131				
F116					F132				
F117					F133				
F118					F134				

**TAG - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Ausente

Subclínico

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F135					F142				
F136					F143				
F137					F144				
F138					F145				
F139					F146				
F140					F147				
F141					F148				
					F149				

**SUBSTÂNCIA / CMG - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Ausente

Subclínico

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F150					F154				
F151					F155				
F152					F156				
F153									

**Ansiedade SOE**

Presente

Ausente

Subclínico

Passado

	?	1	2	3
F157				

**Transtornos Ansiosos** (outros que não são TOC)

Presente       Subclínico       Ausente       Passado

Tipo(s) de Transtorno Ansioso:

---

Idade de Início; \_\_\_\_\_

Condição Atual:       Doente       Remissão Parcial       Remissão Total

Modo de Instalação:       Agudo       Insidioso

Tipo de Evolução:       Crônica       Episódica  
 Com       Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

---



---



---



---

Descrição dos Principais Sintomas:

---



---



---



---

Gravidade da Doença (no pior momento):

Leve       Moderada       Grave       Extrema

**Somatização - IDADE DE INÍCIO:** \_\_\_\_\_ **ANOS**

Presente       Ausente       Subclínico       Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G1					G21				
G2					G22				

G3					G23				
G4					G24				
G5					G25				
G6					G26				
G7					G27				
G8					G28				
G9					G29				
G10					G30				
G11					G31				
G12					G32				
G13					G33				
G14					G34				
G15					G35				
G16					G36				
G17					G37				
G18					G38				
G19					G39				
G20					G40				

**Transtorno Doloroso - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente       Subclínico       Ausente       Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G41					G44				
G42					G45				
G43									

**T. S. Indiferenciado- IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS Hipocondria- IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente    Subclínico    Ausente    Passado       Presente    Subclínico    Ausente    Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G46					G56				
G47					G57				
G48					G58				
G49					G59				
G50					G60				

G51					G61				
G52					G62				
G53					G63				
G54									
G55									

**Transtornos Somatoformes** Presente Ausente Subclínico Passado

Tipo(s) de Transtorno

Somatoforme: \_\_\_\_\_

Idade de Início; \_\_\_\_\_

Condição Atual:  Doente  Remissão Parcial  Remissão TotalModo de Instalação:  Agudo  InsidiosoTipo de Evolução:  Crônica  Episódica Com  Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

---



---



---



---

Descrição dos Principais Sintomas:

---



---



---



---

Gravidade da Doença (no pior momento):

 Leve Moderada Grave Extrema

**Transtorno Dismórfico Corporal - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G64					G66				
G65					G67				

**Continuação do Módulo Diagnóstico da SCID para  
Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)**

**MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA O DIAGNÓSTICO**

Se preencher critério diagnóstico para TDC:

Liste as áreas do corpo com as quais você se preocupa excessivamente.

---

---

exemplos: pele (acne, cicatrizes, rugas, palidez, rubor), cabelo, forma ou tamanho do nariz, boca, lábios, barriga, quadril, etc.; ou defeitos nas mãos, genitais, seios ou qualquer outra parte do corpo.

Quanto tempo você gasta por dia pensando sobre sua aparência? (circule a melhor resposta)

a) Menos do que 1 hora por dia.   b) 1 a 3 horas por dia.   c) Mais do que 3 horas por dia

Se você respondeu C, quantas horas você gasta: \_\_\_\_\_

**Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) – Escala de INSIGHT**

**Grau de CRÍTICA sobre um imaginado defeito na aparência.**

**( D )**

Quanto você está convencido de que o seu(s) defeito(s) é(são) tão feio(s) como você pensa que ele(s) é(são)?

Você tem certeza que a sua impressão do(s) defeito(s) é correta e não está distorcida?

É possível que o seu defeito seja menos perceptível do que você pensa que ele é?

Alguém consegue convencê-lo de que o(s) defeito(s) não é tão ruim assim?

0 = Excelente, totalmente racional.

1 = Bom. Rapidamente reconhece o absurdo dos pensamentos ou dos comportamentos mas não parece estar convencido de que não há nada além de ansiedade para se preocupar.

2 = Razoável. Admite com relutância que os pensamentos ou comportamentos parecem absurdos ou irracionais, mas hesita.

3 = Pobre. Insiste que seus pensamentos e comportamentos não são irracionais, mas não está 100% convencido de que sua visão(impressão) sobre o(s) defeito(s) não está distorcida.

4 = Ausência de crítica, delirante. Totalmente convencido que a sua visão(impressão) do(s) defeito(s) não está de forma alguma distorcida, não pode ser convencido com evidências do contrário.

TOTAL = \_\_\_\_\_

Durante o último mês a preocupação com o seu(s) defeito(s) afetou a sua vida de alguma forma ou chegou a incomodá-lo muito?

1=ausente      2= sublimiar      3= presente ou verdadeira

Qual foi a última vez que você se sentiu incomodado pela sua preocupação coma aparência?

**Nos últimos cinco anos:**

Em quanto do seu tempo suas preocupações com a aparência estiveram presentes afetando a sua vida ou o incomodando muito? Quanto tempo você gastou com as suas preocupações com a aparência? (Houveram intervalos de tempo durante os quais você esteve livre de preocupações? )

---



---



---

Quantos anos você tinha quando suas preocupações com a aparência começaram a afetar a sua vida ou começaram a incomodar muito ?

---



---



---

Preencheu critério diagnóstico para TDC com pensamento delirante: respondeu 3 nos critérios A, B e C e resultado igual a 4 no item D. \_\_\_\_\_

Número de meses antes da entrevista quando teve sintomas de TDC pela última vez. \_\_\_\_\_

Porcentagem aproximada de tempo durante os últimos cinco anos na qual qualquer sintoma de TDC esteve presente.

1= Nenhuma (0%)

2= Raramente (5-10%)

3= Uma fração pequena do tempo (20-30%)

4= Aproximadamente metade do tempo

5= A maior parte do tempo (70-80%)

6= Quase o tempo todo (90-100%)

7= Desconhecida

Idade de início do TDC (codificar 99 se desconhecida \_\_\_\_\_).

**Anorexia Nervosa**  
IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS

**Bulimia Nervosa**  
IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS

Presente  Subclínico  Ausente  Passado  Presente  Subclínico  Ausente  Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
H1					H11				
H2					H12				
H3					H13				
H4					H14				
H5					H15				
H6					H16				
H7					H17				
H8					H18				
H9					H19				

H10					H20				
					H21				
					H22				

**Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS**

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
H23					H31				
H24					H32				
H25					H33				
H26					H34				
H27					H35				
H28					H36				
H29					H37				
H30									

**Transtornos Alimentares**

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

Tipo(s) de Transtorno Alimentar:

---

Idade de Início; \_\_\_\_\_

Condição Atual:

Doente

Remissão Parcial

Remissão Total

Modo de Instalação:

Agudo

Insidioso

Tipo de Evolução:

Crônica

Episódica

Com

Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

---



---



---



---







**Comprar Compulsivo - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS** Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K61a					K70				
K61b					K71				
K61c					K72				
K61d					K73				
K61e					K74				
K61f					K75				
K61g					K76				
K62					K77				
K63					K78				
K64					K79				
K65					K80				
K66					K81				
K67					K82				
K68					K83				
K69					K84				

**Transtorno do Comportamento Sexual Impulsivo-Compulsivo Não-Parafílico  
- IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS** Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K85					K100c				
K86					K101				
K87					K102				
K88					K103				
K89					K104				
K90					K105				
K91					K106				
K92					K107				



Skin Picking - IDADE DE INÍCIO: \_\_\_\_\_ ANOS

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K146					K154				
K147					K155				
K148					K156				
K149					K157				
K150					K158				
K151					K159				
K152					K160				
K153					K161				
					K162				

**ESCALA DE DERMATOTILEXOMANIA**  
**(SKIN PICKING)**

*Hospital Geral de Massachusetts*

**MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA O DIAGNÓSTICO**

**Dermatotilexomania** é o ato de cutucar a pele com os dedos, as unhas, pinças ou objetos pérfuro-cortantes.

*Instruções: Para cada item escolha a resposta que melhor descreve a última semana. Se você tem tido altos e baixos, tente estimar a média para a última semana.*

<p>1. FREQUÊNCIA DA NECESSIDADE/ IMPULSO Quão freqüentemente você sente a vontade irresistível de cutucar a sua pele?</p>	<p>0 = Sem impulsos</p> <p>1 = Branda, sente, de vez em quando, vontade irresistível de cutucar a pele, menos do que uma hora por dia.</p> <p>2 = Moderada, freqüentemente sente vontade de cutucar a pele, 1-3h por dia.</p> <p>3 = Grave, muito freqüentemente sente vontade de cutucar a pele,</p>
---	---

	<p>maior do que 3 e até 8h/dia.</p> <p>4 = Extrema, constantemente ou o tempo todo sente vontade de cutucar a pele.</p>
<p>2. INTENSIDADE DOS IMPULSOS Quão forte e intensos são os impulsos de cutucar a sua pele?</p>	<p>0 = Mínima ou nenhuma</p> <p>1 = Branda</p> <p>2 = Moderada</p> <p>3 = Grave</p> <p>4 = Extrema</p>
<p>3. TEMPO ENVOLVIDO NO ATO DE CUTUCAR A PELE. Quanto tempo você gasta cutucando a sua pele? Com que freqüência isso ocorre? Quanto mais tempo do que a maioria das pessoas você demora para realizar suas atividades de rotina por cutucar a pele?.</p>	<p>0 = Nenhum</p> <p>1 = Brando, passa menos do que 1h/dia cutucando a pele ou só de vez em quando cutuca a pele.</p> <p>2 = Moderado, passa entre 1-3h/dia cutucando a pele ou freqüentemente cutuca a pele.</p> <p>3 = Grave, passa mais do que 3 e até 8h/dia cutucando a pele ou cutuca a pele muito freqüentemente</p> <p>4 = Extremo, passa mais do que 8h/dia cutucando a pele ou está quase sempre cutucando a pele.</p>
<p>4. INTERFERÊNCIA RELACIONADA A CUTUCAR A PELE. Quanto cutucar a pele interfere com a sua vida social, profissional (ou desempenho nessas funções)? (Se atualmente não está trabalhando, quanto da sua performance estaria afetada se você estivesse trabalhando?)</p>	<p>0 = Nenhuma</p> <p>1 = Branda, interferência leve em atividades sociais e profissionais mas no geral a performance não está comprometida.</p> <p>2 = Moderada, há prejuízo funcional ou social evidente, mas ainda tolerável.</p> <p>3 = Grave, causa grande prejuízo funcional e social.</p> <p>4 = Extrema, incapacitante.</p>
<p>5. ANGÚSTIA ASSOCIADA A CUTUCAR A PELE. Quanta angústia você sente como resultado por cutucar a pele? Como você se sentiria se fosse impedido de cutucar a pele? O quão ansioso você ficaria?</p>	<p>0 = Nenhuma</p> <p>1 = Branda, apenas levemente ansioso se impedido de cutucar a pele ou apenas um pouco de ansiedade ao cutucar a pele.</p> <p>2 = Moderado, ansiedade aumentaria mas ainda permaneceria tolerável se impedido de cutucar a pele ou a ansiedade aumenta</p>

	<p>para níveis toleráveis enquanto cutuca a pele.</p> <p>3 = Grave, aumento pronunciado e muito incômodo da ansiedade se interrompido no cutucar da pele ou enquanto cutuca a pele.</p> <p>4 = Extrema, ansiedade incapacitante decorrente de qualquer tentativa de modificar o cutucar a pele ou enquanto cutuca a pele.</p>
<p>6. RESISTÊNCIA. Quanto de esforço você faz para resistir ao impulso de cutucar a pele. (Apenas registre o esforço feito para resistir, sem contar o sucesso ou a falha em resistir.)</p>	<p>0 = Sempre faz esforço para resistir ou os sintomas são tão leves que a resistência não é necessária.</p> <p>1 = Tenta resistir a maior parte do tempo.</p> <p>2 = Faz algum esforço para resistir.</p> <p>3 = Quase sempre cede à vontade de cutucar a pele sem tentar controlá-la, mas faz isso com alguma relutância.</p> <p>4 = Sempre cede completamente e voluntariamente à vontade de cutucar a pele.</p>
<p>7. GRAU DE CONTROLE SOBRE CUTUCAR A PELE. Quão forte é a tentação de cutucar a pele? Quanto controle você tem sobre cutucar a pele?</p>	<p>0 = Controle total.</p> <p>1 = Muito controle, experimenta a tentação de realizar o comportamento, mas é geralmente capaz de exercer controle voluntário sobre o comportamento.</p> <p>2 = Controle moderado, tem muita vontade de ceder ao comportamento, consegue controlá-lo com dificuldade.</p> <p>3 = Pouco controle, tem um desejo imenso de realizar o comportamento. Tem que executá-lo, consegue apenas retardar o seu início com dificuldade.</p> <p>4 = Nenhum controle, o desejo de executar o comportamento é experimentado como completamente involuntário e dominante, raramente é capaz de até mesmo retardar o seu início.</p>
<p>8. COMPORTAMENTOS DE EVITAMENTO Você tem evitado fazer alguma coisa, ir a algum lugar, ou estar com alguém por causa de cutucar a pele? Se sim, o quanto você evita?</p>	<p>0 = Nenhum.</p> <p>1 = Brando, às vezes evita situações sociais e profissionais.</p> <p>2 = Moderado, freqüentemente evita situações sociais e profissionais.</p> <p>3 = Grave, muito freqüentemente evita situações sociais ou profissionais.</p> <p>4 = Extremo, evita todas as situações sociais e profissionais como resultado de cutucar a pele.</p>

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

**Transtorno de Uso Impulsivo-Compulsivo do Vídeo-Game** Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K163					K179				
K164					K180				
K165					K181				
K166					K182				
K167					K183				
K168					K184				
K169					K185				
K170					K186				
K171					K187				
K172					K188				
K173					K189				
K174					K190				
K175					K191				
K176					K192				
K177					K193				
K178									

**Transtorno da Auto-Mutilação** Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K194					K202				
K195					K203				
K196					K204				

K197					K205				
K198					K206				
K199					K207				
K200					K208				
K201					K209				

**Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico** Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K210					K215				
K211					K216				
K212					K217				
K213					K218				
K214					K219				
					K220				

**TRANSTORNOS DE CONTROLE DOS IMPULSOS** Presente Subclínico Ausente Passado

TIPO(S) DE TRANSTORNO(S) DO IMPULSO:

\_\_\_\_\_

IDADE DE INÍCIO; \_\_\_\_\_

CONDIÇÃO ATUAL:

 DOENTE REMISSÃO PARCIAL REMISSÃO TOTALMODO DE INSTALAÇÃO:  AGUDO INSIDIOSOTIPO DE EVOLUÇÃO:  CRÔNICA  EPISÓDICA COM SEM PERÍODOS DE REMISSÃO TOTAL

RELAÇÃO COM SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS OU outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

---

---

DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS;

---

---

GRAVIDADE DA DOENÇA (NO PIOR MOMENTO):

LEVE       MODERADA       GRAVE       EXTREMA

## ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL

Versão Adaptada para Apostila de Atendimento – Guy W., 1976

### GRAVIDADE DAS DOENÇAS

Considerando a sua experiência com a(s) doença(s) diagnosticada, quão doente está o paciente neste momento? (Marque apenas uma). Para cada espaço em branco, avalie os diferentes diagnósticos (ex: t. depressivo, t. de tiques, t. dismórfico corporal ...).

	<b>TOC</b>
1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

## ESCALAS DE HISTÓRIA DE TRAUMA

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

- Todos os pacientes devem preencher as duas escalas seguintes referente ao pior trauma. Caso paciente negue qualquer evento traumático (inclusive os da lista do “Questionário de História de Trauma”) marcar **NÃO SE APLICA**.

### PCL – C

- Post-Traumatic Stress Disorder Checklist -  
Civilian Version (Tradução de Berger et al, 2004)

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês e pior fase:

Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito						
1	2	3	4	5						
<b>ATUAL</b>										
<b>PIOR FASE</b>										
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i> preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ”?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

## **Questionário de Experiências Dissociativas**

### **Peritraumáticas**

- Versão Auto-Applicativa -

Adaptação transcultural para o português do PDEQ-SRV – Fiszman et al.

Instruções: Por favor, preencha os itens abaixo **marcando** a opção que melhor descreve **suas sensações** e reações durante o evento que você considera mais traumático em sua vida e/ou imediatamente após este acontecimento. Para cada item, marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você. Se o item não ocorreu, marque “Não”.

Houve momentos em que eu perdi a noção do que estava acontecendo – “Me deu um branco” ou “eu saí do ar” ou de alguma forma eu senti como se eu não fizesse parte do que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti que eu estava no “piloto automático” – Eu acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Minha noção do tempo mudou – as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

O que estava acontecendo parecia que não era real, como se eu estivesse num sonho ou assistindo um filme ou uma peça de teatro. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se estivesse assistindo a tudo o que estava acontecendo comigo pelo lado de fora, como um espectador, ou como se eu estivesse flutuando, vendo tudo de cima. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Houve momentos em que a noção que eu tinha do meu próprio corpo parecia distorcida ou modificada. Eu me senti desligado do meu corpo ou que meu corpo estava maior ou menor do que o habitual. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se as coisas que estavam acontecendo com outras pessoas estivessem acontecendo comigo – por exemplo, alguém foi preso, e eu senti que era eu quem estava sendo preso. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu fiquei surpreso por descobrir mais tarde que várias coisas que tinham acontecido naquela ocasião eu não havia percebido, principalmente coisas que eu normalmente teria notado. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti confuso, ou seja, houve momentos em que eu tive dificuldade para entender o que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti desorientado, ou seja, houve momentos em que eu me senti perdido no tempo e no espaço. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

## **ANEXO B:** Artigo submetido no *Psychological Medicine*

### **Trajectory in Obsessive-Compulsive Disorder Comorbidities**

*Maria Alice de Mathis*<sup>1,5</sup>; *Juliana B. Diniz*<sup>1,5</sup>; *Ana G. Hounie*<sup>1,5</sup>; *Roseli G. Shavitt*<sup>1,5</sup>; *Victor Fossaluzza*<sup>1,2,5</sup>; *Ygor Ferrão*<sup>3,5</sup>; *James F. Leckman*<sup>6</sup>; *Carlos Pereira*<sup>1,2,5</sup>; *Maria Conceição do Rosario*<sup>4,5</sup>; *Eurípedes C. Miguel*<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Department and Institute of Psychiatry, Clinical Hospital, University of São Paulo Medical School, SP, Brazil

<sup>2</sup> Mathematics and Statistics Institute of São Paulo University, SP, Brazil

<sup>3</sup> Porto Alegre Institute University Center, Brazil

<sup>4</sup> Department of Psychiatry, Federal University of São Paulo, SP, Brazil.

<sup>5</sup> Obsessive-Compulsive Disorder Brazilian Consortium (C-TOC)

<sup>6</sup> Child Study Center, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, age at onset, comorbidity, phenotype.

*Address for correspondence and reprint requests:*

Maria Alice de Mathis

Department of Psychiatry, University of São Paulo Medical School

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 – 05403-010, São Paulo – SP – Brazil

Phone: 55-11-30697896/ Fax: 55-11-30697895; e-mail: [alicedemathis@gmail.com](mailto:alicedemathis@gmail.com)

Role of Funding Sources:

This study received financial support by grants from the following Brazilian governmental agencies: the *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* (FAPESP, Foundation for the Support of Research in the State of Sao Paulo): grants number. 04/11462-6 to Dr De Mathis; and number. 08/57598-7, 2005/55628-08 and 2008/57896-8 to Dr Miguel); the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, National Council for Scientific and Technological Development, Grant number: 573974/2008-0).

## Abstract

**Background:** The main goal of this study is to understand the trajectory of comorbid disorders associated with Obsessive-compulsive disorder (OCD) according to the first manifested psychiatric disorder and its impact in the clinical course of OCD and subsequent psychiatric comorbidities

**Methods:** 1,001 consecutive OCD patients were evaluated at a single time point. Standardized instruments were used to determine the current and lifetime psychiatric diagnoses (Structured Clinical Interview for Diagnosis of Axis I, according to DSM-IV and for impulse-control disorders) as well as to establish current obsessive-compulsive (OC), depressive and anxiety symptom severity (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Beck Depression and Anxiety Inventories and Brow Belief Scale; and the Natural History Questionnaire. To analyze the distribution of comorbidities according to age at onset Bayesian approach was used.

**Results:** The first comorbidity to appear in the majority of the sample was separation anxiety disorder (17.5%, n=175), followed by ADHD (5.0%, n=50) and tic disorders (4.4%, n=44). OCD patients that presented with separation anxiety disorder as first diagnosis had higher lifetime frequencies of anxiety disorders ( $p=0.05$ ); somatoform disorders ( $p=0.05$ ) and post-traumatic stress disorder ( $p=0.003$ ). OCD patients that initially presented with ADHD had higher lifetime frequencies of substance abuse and dependence ( $p<0.001$ ). OCD patients that presented with tic disorders as first diagnosis had higher lifetime frequencies of OC spectrum disorders ( $p=0.03$ ).

**Conclusions:** OCD is a heterogeneous disorder and that the presence of specific comorbid diagnoses that predate the onset of OCD may influence its clinical presentation and course over the lifetime.

## 1. Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic disorder (APA, 1994) with a lifetime prevalence of 1-3% in the general population (Torres & Lima 2005; Ruscio et al., 2010). OCD rarely improves without treatment and is frequently associated with significant impairment of quality of life and social and familial relationships (Steketee, 1997). Its chronic course and associated burden renders OCD one of the most impairing psychiatric conditions according to World Health Organization (<http://www.who.int>). Moreover, currently available treatments fail to provide satisfactory improvement for a substantial number of affected individuals (Greist et al., 1995; Pigott et al., 2006; Pallanti et al., 2006).

Obsessive-compulsive (OC) symptoms may begin at any point of the life span. Most often, they start in childhood (Walitza et al., 2010), with symptoms reported as early as 3 years of age (Bland et al., 1988; Koran et al., 1999). Indeed, age at onset was shown to be associated with several clinical correlates in OCD. Early onset (i.e. before 10 years of age) has been associated with a specific profile regarding concurrent psychiatric conditions including tic disorders, trichotillomania and body dysmorphic disorder (Hemmings et al., 2004; de Mathis et al., 2009).

Besides its clinical correlates, prepubertal onset of OC symptoms may also impact on the further development of psychopathology. Supporting this hypothesis it has been found that early onset of OCD is related to a higher familial loading (Rosario-Campos et al., 2005). Likewise, a longer duration of illness is associated with presence of comorbid depressive mood disorders and social phobia (Diniz et al., 2004). Yaryura-Tobias et al. (2000) reported that there is a preferential temporal order of comorbid conditions in OCD across the lifespan. According to those authors an anxiety disorder, a mood disorder, an eating disorder, or a tic disorder is likely to occur first in patients who go on to develop subsequent multiple comorbid . In addition to the presence of full-blown comorbid disorders, the presence and severity of additional symptoms may interfere with the patient's global functioning (Sukhodolsky et al., 2005).

Furthermore, specific periods during development when these symptoms started may have an impact on the clinical profile and future development of each disorder. Despite the clinical relevance of this topic, very few studies have taken into account a developmental perspective and investigated the effect of the ages of onset of comorbid disorders on the course and severity of OCD.

The main goal of this study was to understand the trajectory of comorbid disorders according to the first manifested psychiatric diagnosis and their impact in the clinical development of OCD and subsequent psychiatric comorbidities. Based on our previous study (Miguel et al., 2005), we speculated that OCD patients who have separation anxiety disorders as their first diagnosis will have more frequently anxiety disorders and worse treatment response. Those with tic disorders as the first symptom will present lower frequencies of mood disorders and anxiety disorders (De Mathis et al., 2009). Understanding OCD under a developmental perspective is essential for establishing the prognosis and the development of new treatment approaches taking into consideration subsequent diagnoses in children with initial signs of psychopathology.

## **2. Methods**

### **2.1 Participants**

The sample was composed of 1,001 consecutive OCD patients. Patients were recruited from seven university based outpatient facilities located in six different Brazilian cities between August 2003 and August 2009. This sample is part of the Brazilian Obsessive-Compulsive Consortium (C-TOC). A complete description of the methodology of the Consortium can be found elsewhere (Miguel et al., 2008).

Patients were required to have a primary diagnosis of OCD according to DSM-IV confirmed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I) in order to be part of the study. Exclusion criteria included having comorbid schizophrenia, mental retardation or any other condition that would impair their understanding of the protocol. This study was approved by the medical ethics committees from each of the university hospitals. All patients signed a written informed consent after a thorough description of the study and the assurance that their decision

to participate in the study would not interfere with their access to treatment. Subjects younger than 18 years old also signed an informed assent form.

## 2.2 Clinical Assessment

Experienced clinical psychologists and psychiatrists interviewed all patients. The following standardized instruments were applied to assess current and lifetime psychiatric diagnoses: Structured Clinical Interview for Diagnosis of Axis I, according to DSM-IV (SCID-I; First et al., 1995) and for impulse-control disorders. The age of onset of each diagnosis was assessed during patient interview and is presented as means. Current and worst-ever symptom severities were assessed using the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1986); Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS; Rosario-Campos et al., 2006); and the Beck Depression and Anxiety Inventories (Beck et al., 1961; 1988) and Brown Belief Scale (BABS; Eisen et al., 1998). The OCD Natural History Questionnaire (Leckman et al., 2002) was also completed to evaluate OCD course.

## 2.3 Statistical Analyses

Statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Science version 16.0 (SPSS Inc., USA) and R: A Language and Environment for Statistical Computing 2.4.0.

The sample description was done by descriptive analyses: frequencies and percentages for discrete variables and means and standard errors for continuous variables.

Qui-square test was used for categorical variables, and Kruskal-Wallis and ANOVA tests were used for continuous variables. For all the tests the significant level was considered  $p < .05$ .

To analyze the distribution of comorbidities according to age at onset we used a Bayesian approach – uses the likelihood as the only source of information containing in the observations, together with a prior distribution representing the scientist knowledge. We first investigated the mean age at onset and frequency of Axis I comorbidity distribution in the 1,001 OCD patients. The first comorbidity to appear in the majority of the sample was separation anxiety disorder ( $n=175$ ), followed by ADHD ( $n=50$ ) and tic disorders ( $n=44$ ). Afterwards, we chose to describe how each one of these disorders

would influence the course of clinical and comorbidity patterns along the life span if they were the first diagnosis manifested.

### 3. Results

#### 3.1 Demographics and clinical characteristics

A thousand and one OCD patients were evaluated for this study. The mean age was 34.8 years old (SE=0.41) at the time of the interview. Five hundred eight patients had the first OC symptom onset till the age of ten years old. The majority were females (56.8%), singles (54.4%) and employed (43.3%) at the moment of the interview. The mean frequency of years of education was 14.57 years (SE=0.15).

The mean scores found on the following instruments were: Y-BOCS 25.51 (SE=0.24); DY-BOCS 21.15 (SE=0.20); Beck Depression 16.50 (SE=0.36) and Beck Anxiety 16.02 (0.37). The mean score of each dimension on the DY-BOCS were: "aggression/violence" (6.73; SE=0.17); "sexual/religious" (4.30; SE=0.15); "symmetry/ordering" (7.52; SE=0.19); "cleaning/contamination" (6.22; SE=0.16); hoarding" (3.15; SE=0.13), and "miscellaneous" (7.54; SE=0.15).

#### 3.2 Comorbidity

Ninety two percent of the sample had at least one additional psychiatric diagnosis. Considering the high number of possible psychiatric diagnoses associated to OCD and aiming to facilitate further analyses, we combined *a priori* some disorders into distinct sub groups. Specifically, *OC spectrum disorders* included trichotillomania, skin picking and body dysmorphic disorder; the *Anxiety disorders* included panic disorder, generalized anxiety disorder, simple phobia and social phobia; *Mood disorders* included unipolar depression; bipolar I and II disorders; *Impulse-control disorders* included compulsive buying, pathological gambling, pyromania, internet abuse, videogame abuse, kleptomania, non-paraphilic sexual disorder; *Eating disorders* included anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating; *Substance abuse and dependence disorders* included alcohol, cannabis, cocaine, stimulant, opium and hallucinogens abuse and dependence; *somatoform disorders* included somatization, pain disorder and hypochondriasis; Separation anxiety disorders,

attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), post-traumatic stress disorder (PTSD) and tic disorders were analyzed separately.

Table 1 and Figure 1 display the mean ages at onset and frequencies of Axis I comorbidity distribution in the 1,001 OCD patients. The comorbid psychiatric diagnosis with the youngest age at onset was separation anxiety (5.92 SE=0.12), followed by ADHD (7.51 SE=0.27) and tic disorders (12.31 SE=0.43).

--- INSERT TABLE 1 ---

--- INSERT FIGURE 1 ---

The whole sample was then divided according to the first manifested psychiatric diagnosis into three groups: one with separation anxiety disorder as the first diagnosis, the second one with ADHD as the first diagnosis and the third one with tic disorders as first diagnosis. The purpose of this division was to determine if these groups were different in terms of clinical characteristics and patterns of lifetime comorbidity.

--- INSERT FIGURE 2 --

In Table 2 the mean ages at onset of Axis I comorbidities and their frequencies according to the three groups are presented. The main findings were:

- OCD patients that presented with separation anxiety disorder as first diagnosis tended to present higher frequencies of anxiety disorders ( $p=0.05$ ); somatoform disorders ( $p=0.05$ ) and post-traumatic stress disorder ( $p=0.003$ ) afterwards.

- OCD patients that presented with ADHD as first diagnosis had higher frequencies of substance abuse and dependence ( $p<0.001$ ) in the subsequent years.

- OCD patients that presented with tic disorders as first diagnosis had higher frequencies of OC spectrum disorders ( $p=0.03$ ) along their life span.

--- INSERT TABLE 2 ---

Regarding other clinical variables (OCD course and family history), OCD patients with ADHD as first diagnosis presented a progressive and continuous worsening of the OC symptoms ( $p=0.0378$ ) compared to the others groups.

Comparing the overall OCS severity (according to the Y-BOCS and the DY-BOCS mean total scores) between the groups no significant differences were found. OCD patients with separation anxiety disorder as first diagnosis, however, presented higher scores specifically in the Sexual/Religious dimension ( $p=0.04$ ), Beck Anxiety ( $p<0.001$ ) and Beck Depression inventories ( $p=0.005$ ) (table 3).

--- INSERT TABLE 3 ---

#### 4. Discussion

The current results demonstrate, in a large multicenter sample, that the first psychopathological manifestation is associated with the development of distinctive lifetime trajectories of comorbid psychiatric disorders in OCD patients. These results suggest that from a developmental perspective OCD does not behave as a unitary disorder but rather as a group of symptoms that interact with additional psychopathology increasing the vulnerability for the development of subsequent specific disorders.

Those OCD patients who reported antecedent symptoms of separation anxiety were shown to further develop additional anxiety and somatoform disorders and greater severity of the sexual/religious dimension, as well as more severe current depressive and anxiety symptoms. Moreover, this group of patients was more prone to develop PTSD when exposed to a traumatic event. Therefore, this group could be regarded as highly vulnerable for multiple anxiety disorders.

Previous studies have shown separation anxiety disorder as a predictor of several other disorders in adulthood. In 2000, Manicavasagar et al. investigated through a retrospective assessment of childhood separation anxiety diagnosis whether there were continuities between juvenile and adult forms of anxiety. They found that symptoms of separation anxiety appeared to predate the onset of the other anxiety disorders and suggested that early onset separation anxiety disorder may persist into adulthood with a different set of complaints. In a recent study Mroczkowski et al. (2011) also found that childhood separation anxiety disorder was associated with anxiety disorders and dependent personality disorder traits in adult individuals with OCD. Adding up to our findings, these previous studies point to the importance of separation anxiety as a marker of anxiety later in life. These results also reinforce the need for developing prevention programs regarding anxiety disorders.

OCD patients with ADHD as the first diagnosis presented higher frequencies of substance abuse and presented a progressive worsening OCD course. The association of ADHD and substance abuse has been reported before (Jacob et al.,

2007). Some studies show the significance of behavioral symptoms of ADHD; inattentiveness, hyperactivity and impulsivity among children and subsequent substance abuse disorder (Sihvola et al., 2011). Impulsive behavior may subject boys to experimenting with psychoactive substances in general and promote continued substance use (Leeuwen et al., 2010). Of note, for the majority of patients with ADHD in our sample, the onset of a substance related disorder was predated by the onset of OCD, OCD spectrum disorders, PTSD, and other anxiety disorders. Perhaps in individuals with ADHD to development of an anxiety disorder might further increase the risk to develop a substance use disorder. This viewpoint is supported by earlier studies that indicate that anxiety symptoms and substance abuse and dependence are highly interconnected. For example, Terlecki et al. (in press) found that patients with higher social anxiety reported higher baseline alcohol consumption, providing with data supporting that greater anxiety may have a deleterious effect on alcohol consumption. In the same way, Mathew et al. (in press) found that participants who reported a history of panic attacks were significantly more likely to report current or lifetime daily cigarette smoking and significantly greater hazardous or harmful alcohol use than participants with no panic history. Another recent study (MacDonald et al., 2011) examined the longitudinal relationship between anxiety disorders in general, specific phobia in particular, and subsequent-onset alcohol use disorders in an adult population-based sample (n=587). The findings suggested a modest association between adult subclinical specific phobia and later onset of alcohol use disorders.

In a Brazilian sample of 630 OCD patients, male gender was consistently associated with alcohol use disorder and there was evidence that it independently predisposes to a more severe course of OCD (Emmlkamp et al., 1990; Neziroglu et al., 1994; Steketee, 1997; Bystritsky et al., 2001; WHO, 2004). In accordance with our results, prevention programs for substance related disorders should aim the population with isolated ADHD or in addition to anxiety disorders.

OCD patients with tic disorders as the first manifested diagnosis presented with a higher frequency of OC spectrum disorders. This result supports the idea of the OCD, tics and other disorders being considered part of the OC spectrum (Cavallini et al., 2002; De Mathis et al., 2009). The concept of an obsessive-compulsive spectrum has been studied by many authors. These conditions are characterized as similar to OCD in terms of psychopathology, associated features (age of onset, clinical course, and comorbidity), presumed etiology, familial transmission, and/or response to treatments

(Hollander 1993). An important study conducted by Bienvenu et al. (2000) investigated comorbidity and familial relationships between OCD and obsessive–compulsive spectrum conditions (including somatoform and eating disorders, pathologic grooming conditions, and other impulse control disorders) using data from the Johns Hopkins OCD Family Study. They concluded that certain somatoform disorders, especially body dysmorphic disorder, and pathologic grooming behaviors are transmitted in families of patients with OCD and can be considered part of the OCD spectrum. In a very recent study, the same author et al. found that tic disorders and grooming disorders (nail biting, skin picking and trichotillomania) showed elevated comorbidity and familiarity with OCD (Bienvenu et al., 2011). Further support has been given to the idea of an OCD spectrum by Coffey et al., (1998). Those authors evaluated correlates of patients with Tourette’s disorder (TD), OCD and TD + OCD and found that TD + OCD patients are more severe, and present higher rates of mood, anxiety, substance abuse and OCD spectrum disorders than patients with TD or OCD alone. In the light of those previous works, our results give further support for the idea of an OCD spectrum with different disorders appearing along the life cycle. This means that when viewed through a developmental perspective; symptoms belonging to different diagnostic constructs appear during relatively specific developmental phases and predispose to other symptoms in the following phases of life.

#### Limitations

There are some limitations regarding this study that should be taken into account. This is a cross-sectional study and the best way to evaluate the trajectory and evolution of symptoms and comorbidities would be a longitudinal design (Fullana et al., 2009; Eisen et al., 2010). The retrospective assessment of some variables (e.g., age-of-onset) is another limitation of our study, as there is the possibility of recall bias. In order to increase the reliability on the interview, a family member was also consulted whenever possible. However, the findings of this cross-sectional investigation are valuable as they represent the most complete information on the sequential presentation of comorbid psychiatric disorders in a group of clinically referred OCD patients.

A related issue is that we did not include OCD patients who naturally improved so that only persistent OCD cases were included. This may be particularly relevant for the early onset OCD cases and those with comorbid tic disorders (Block et al., 2006; 2010). For example, a meta-analysis of previous follow-up studies of pediatric-onset OCD suggested that as many as 40% to 59% of cases remit (Stewart et al., 2004).

However when adult persistent cases are followed, the early-onset cases are at greater risk for a more severe course of illness (Eisen et al., 2010).

The artificial division of Axis I disorders into wider groups was a choice of the authors and necessary to facilitate the analysis. Gathering diagnoses into different groups could lead to different results and this has not been tested. However, although the three groups used for the comparisons may seem apparently arbitrary, they reflect what is seen in the clinical practice. Finally the external validity of our findings cannot be guaranteed, since all patients were recruited at specialized OCD clinics, and therefore the results cannot be generalized to population-based samples (Fullana et al., 2009). Despite these limitations, the current study reinforces the idea that OCD is a heterogeneous disorder and that the presence of specific comorbid diagnoses that predate the onset of OCD may influence its clinical presentation. These results also reinforce the relevance of incorporating early interventions to prevent the development of additional psychopathology in children with early onset of psychiatric disorders. Furthermore, specific approaches may be tailored according to the first diagnosis in children with OCD. Special attention should be given to future anxiety and somatoform disorders for those with separation anxiety, to substance abuse for those with ADHD, and body dysmorphic disorder, trichotillomania and skin picking for those with tic disorders. Future interventional studies are still required to determine which types of early interventions are truly effective in the prevention of future psychopathology.

## References

**American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). APA. 1994 Washington DC.

**Bland RC; Newman, S.C. and Orn, H (1988).** Age of onset psychiatry disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(suppl 338):43-9.

**Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mockj, Erbaugh G (1961)** An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v.4, p.561-71.

**Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA.** An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988 v.56, p.893-7.

**Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G** (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry*, 2000 Aug 15;48(4):287-93.

**Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY, Wang Y, Grados MA, Cullen BA, Riddle MA, Greenberg BD, Rasmussen SA, Fyer AJ, Pinto A, Rauch SL, Pauls DL, McCracken JT, Piacentini J, Murphy DL, Knowles JA, Nestadt G** (2011). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, May 13:1-13.

**Bloch MH, Peterson BS, Scahill L, Otko J, Katsovich L, Zhang H, Leckman JF** (2006). Adulthood outcome of tic and obsessive-compulsive symptom severity in children with Tourette syndrome. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, Jan;160(1):65-9.

**Bloch MH, Craiglow BG, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski PA, Panza KE, Peterson BS, Leckman JF** (2009). Predictors of early adult outcomes in pediatric-onset obsessive-compulsive disorder. *Pediatrics*, Oct;124(4):1085-93.

**Busatto GF, Buchpiguel CA, Zamignani DR, Garrido GE, Glabus MF, Rosario-Campos MC, Castro CC, Maia A, Rocha ET, McGuire PK, Miguel EC** (2001). Regional cerebral blood flow abnormalities in early-onset obsessive-compulsive disorder: an exploratory SPECT study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Mar;40(3):347-54.

**Cavallini MC, Albertazzi M, Bianchi L, Bellodi L** (2002). Anticipation of age at onset of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, Aug 5;111(1):1-9.

**Coffey BJ, Miguel EC, Biederman J, Baer L, Rauch SL, O'Sullivan RL, Savage CR, Phillips K, Borgman A, Green-Leibovitz MI, Moore E, Park KS, Jenike MA** (1998). Tourette's disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Apr;186(4):201-6.

**De Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, Fossaluza V, de Bragança CA, Miguel EC** (2008). Obsessive-compulsive

disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, Apr;23(3):187-94.

**De Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, Fossaluza V, Pereira C, Miguel E, do Rosario MC** (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, Jul;14(7):362-70.

**Diniz JB, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, Cury M, Hounie AG, Brotto SA, Miguel EC** (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1):22-7.

**Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA** (1998) The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155:102-8.

**Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen AS** (2010). A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. Aug;71(8):1033-9.

**First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW** (1995) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (Version 2.0). Biometric Research Department, New York NY, New York State Psychiatric Institute.

**First, MB** (2004). Structural Clinical Interview for DSM-IV-TR Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified (SCID-TCIm). Biometrics Research Department; New York State Psychiatric Institute.

**Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, Poulton R** (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*. Mar;166(3):329-36.

**Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS** (1986). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: I development and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46:1006-11.

**Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ, Serlin RC** (1995). Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 52:53-60.

**Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW.** (2005). A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics*, Apr 5;134B(1):13-9.

**Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, Niehaus DJ, Knowles JA, Moolman-Smook JC, Corfield VA, Stein DJ** (2004). Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Research*, 128:175-82.

**Hollander, E.** Introduction. In: Hollander, E., Editor, 1993. *Obsessive-Compulsive Related Disorders*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993. pp. 1–16

**Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, Reif A, Walitza S, Romanos M, Strobel A, Brocke B, Schäfer H, Schmidtke A, Böning J, Lesch KP** (2007). Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257:309–317.

**Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Ferber C, Pukrop R, Freyberger HJ, Klosterkötter J, Falkai P, John U, Maier W, Wagner M** (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depress Anxiety*, 26(11):1012-7.

**Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA** (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, Dec;45(12):1094-9.

**Koran, Lorrin M** (1999). *Obsessive-compulsive and related disorders in adults. A comprehensive clinical guide.* Cambridge.

**Leckman JF.** Questionário sobre história natural do TOC-YALE. Junho 2002, versão 06/2002.

**Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT.** (1989). The Yale Global tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 8:566-73.

**Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, Miguel EC, Rauch SL, Goodman WK, Phillips KA, Stein DJ** (2010). Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety*, Jun;27(6):507-27. Review.

**Leeuwen AP, Creemers HE, Verhulst FC, Ormel J, Huizink AC** (2010). Are adolescents gambling with cannabis use? A longitudinal study if impulsivity measures and adolescent substance use: the TRAILS study. *Journal of studies on Alcohol and Drugs*, 72, 70–78.

**MacDonald R, Crum RM, Storr CL, Schuster A, Bienvenue OJ** (2011). Sub-clinical anxiety and the onset of alcohol use disorders: longitudinal associations from the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *Journal of Addictive Diseases*, Jan;30(1):45-53.

**Macmaster FP, O'Neill J, Rosenberg DR** (2008). Brain Imaging in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:11.

**Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R** (2000). Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, Jan-Feb;14(1):1-18.

**Mathew AR, Norton PJ, Zvolensky MJ, Buckner JD, Smits J**. Smoking behavior and alcohol consumption in individuals with panic attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. (in press)

**Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis MA, Torres AR, Fontenelle LF, Hounie AG, Shavitt RG, Cordioli AV, Gonzalez CH, Petribú K, Diniz JB, Malavazzi DM, Torresan RC, Raffin AL, Meyer E, Braga DT, Borcato S, Valério C, Gropo LN, Prado Hda S, Perin EA, Santos SI, Copque H, Borges MC, Lopes AP, Silva ED** (2008). Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Sep;30(3):185-96.

**Mroczkowski MM, Goes FS, Riddle MA, Grados MA, Bienvenu OJ 3rd, Greenberg BD, Fyer AJ, McCracken JT, Rauch SL, Murphy DL, Knowles JA, Piacentini J, Cullen B, Rasmussen SA, Geller DA, Pauls DL, Liang KY, Nestadt G, Samuels JF** (2011). Separation anxiety disorder in OCD. *Depress Anxiety*, Mar;28(3):256-62. doi: 10.1002/da.20773.

**Neziroglu FA, Yaryura Tobías JA, Lemli JM, Yaryura RA**. (1994). Demographic study of obsessive compulsive disorder. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Sep;40(3):217-23.

**Pallanti S, Quercioli L** (2006). Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30:400-412.

**Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF** (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, Jan;152(1):76-84.

**Pigott TA, Seay SM**. (1999). A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60:101-106.

**Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, Pauls DL** (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics*, Jul 5;136B(1):92-7.

**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** (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, May;11(5):495-504.

**Rosenberg DR, Keshavan MS** (1988). Bennett Research Award. Toward a neurodevelopmental model of of obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, May 1;43(9):623-40.

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

**Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Korhonen T, Pulkkinen L, Raevuori A, Marttunen M, Kaprio J** (2011). Prospective relationships of ADHD symptoms with developing substance use in a population-derived sample. *Psychological Medicine*, May 20:1-9.

**Steketee G** (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(9) 919-28.

**Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B** (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and

qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (1):4–13

**Sukhodolsky DG, do Rosario-Campos MC, Scahill L, Katsovich L, Pauls DL, Peterson BS, King RA, Lombroso PJ, Findley DB, Leckman JF** (2005). Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, Jun;162(6):1125-32.

**Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL**. The role of social anxiety in a brief alcohol intervention for heavy drinking college students. *Journal of Cognitive Psychotherapy* (in press).

**Torres AR, Lima MC** (2005). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3):237-42.

**Walitza S, Wendland JR, Gruenblatt E, Warnke A, Sontag TA, Tucha O, Lange KW** (2010). Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder, *European Child & Adolescent Psychiatry*. Mar;19(3):227-35.

**Yaryura-Tobias JA** (2000). Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, v14(1); 19-30.

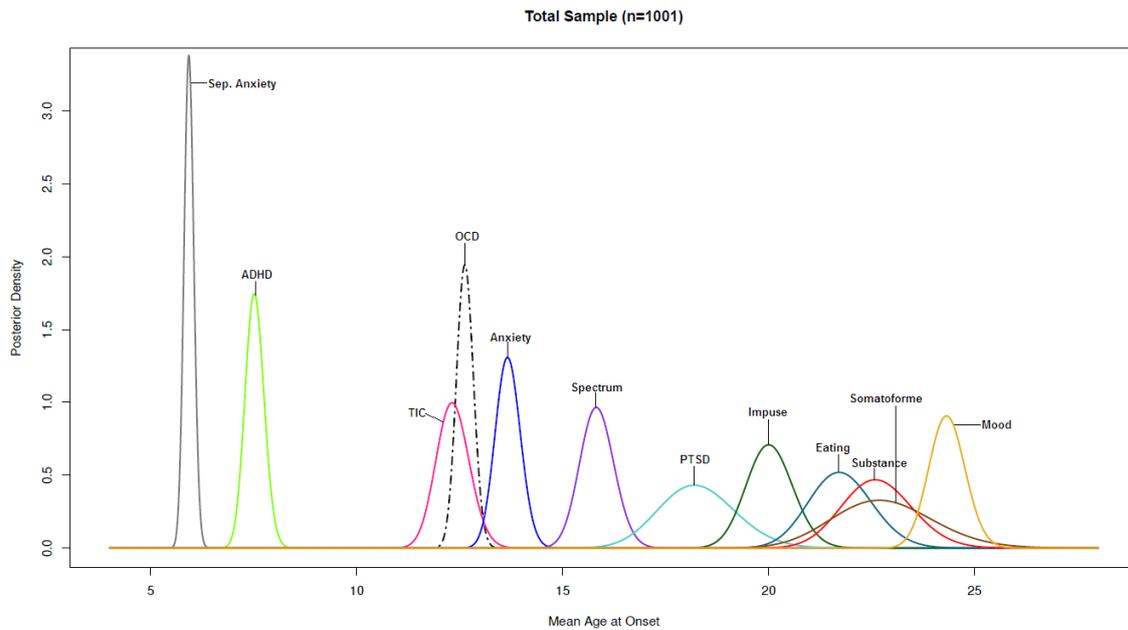


Figure 1: Mean age at onset and posterior distribution of Axis I comorbidities

In the graph above, we observed the curves of the *posteriori* density of the average of the age at onset for Obsessive-compulsive disorder (OCD) and each comorbid diagnosis. These distributions are the normalized likelihood functions. In other words, for a specific comorbidity, the respective curve represents the density function of the age average for the comorbidity. The curve indicates that the true population average (parameter) is more likely to be at some point under the curve, with the highest probability near the pick. For instance, the average of age at onset of separation anxiety disorder (close to 6 years old) happens most likely before the onset of eating disorders (close to 22 years). The first is highly probable at 6 years with little chance of being far from this age. The second can occur at any point between 20 and 24 years, with the highest probability being near 22 years old.

Sep. anxiety = separation anxiety disorders; ADHD = attention deficit hyperactivity disorder; TIC = tic disorders; and PTSD = posttraumatic stress disorder.



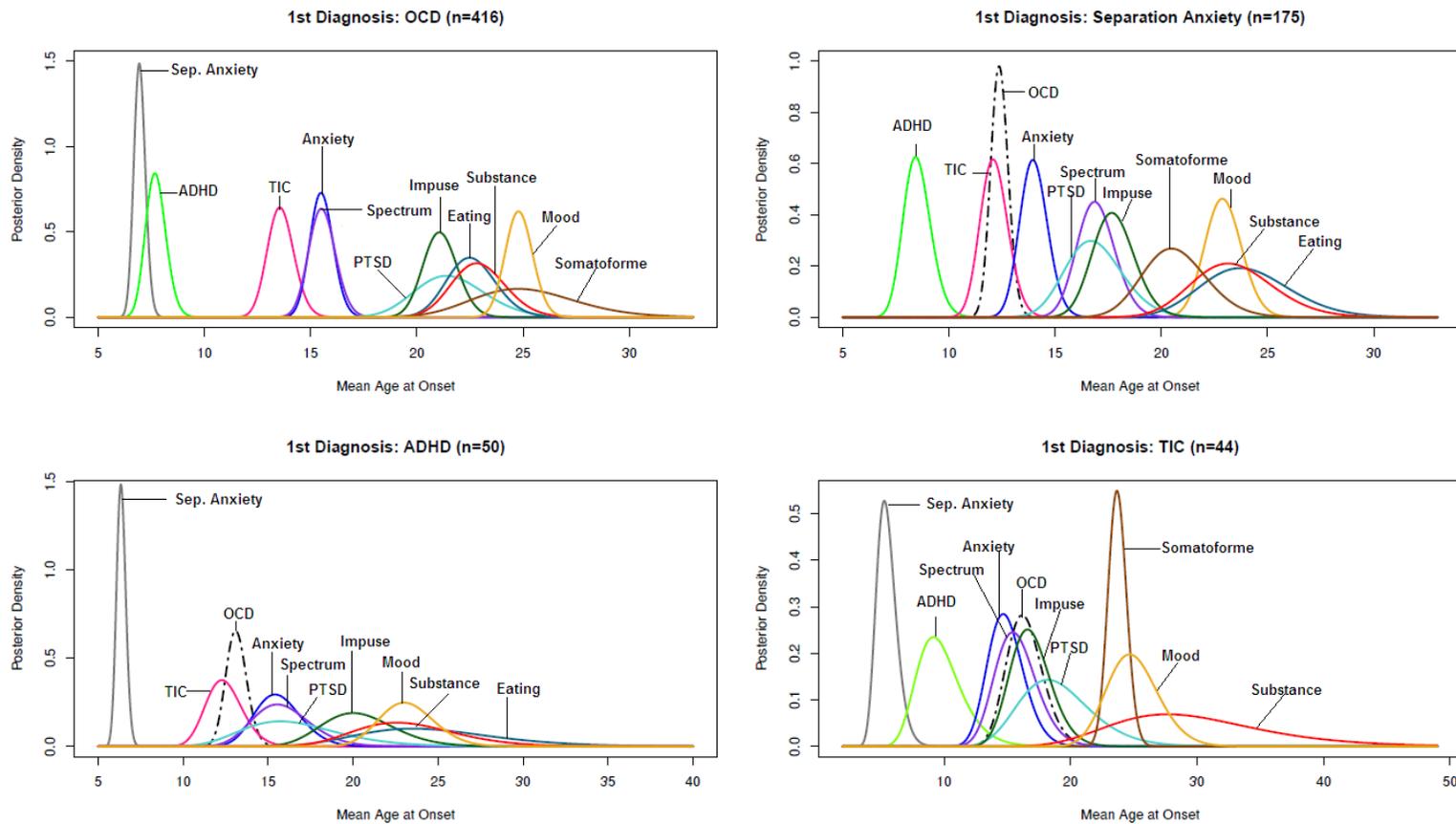


Figure 2: Mean age at onset and distribution of Axis I comorbidities when the first diagnosis was OCD (n=416); separation anxiety disorder (n=175); ADHD (n=50); and tic disorders (n=44) Sep. anxiety = separation anxiety disorders; ADHD = attention deficit hyperactivity disorder; TIC = tic disorders; and PTSD = posttraumatic stress disorder

Table 1: Mean age at onset and frequency of Axis I comorbidities in 1001 OCD patients

	Age at onset		Frequency	
	Mean	SE	N	%
<b>Separation Anxiety</b>	5.92	0.12	276	27.6
<b>ADHD</b>	7.51	0.27	127	12.7
<b>Tic disorders</b>	12.31	0.43	284	28.4
<b>OCD</b>	12.62	0.23	1001	100.0
<b>Anxiety disorders</b>	13.66	0.35	653	65.3
<b>Ob. Spectrum disorders</b>	15.82	0.47	275	27.5
<b>PTSD</b>	18.19	0.95	191	19.1
<b>Impulse-Control disorders</b>	20.00	0.60	239	24.0
<b>Eating disorders</b>	21.71	0.81	114	11.4
<b>Substance abuse disorders</b>	22.59	0.93	102	10.2
<b>Somatoform disorders</b>	22.68	1.25	77	7.7
<b>Mood disorders</b>	24.32	0.45	704	70.3

Table 2: Mean age at onset of Axis I comorbidities when the first diagnosis was OCD, separation anxiety disorder, ADHD, and tic disorders

1 <sup>o</sup> Disorder	OCD (n=416)				Separation Anxiety (n=175)				ADHD (n=50)				Tic (n=44)				p-value
	Age at Onset		Frequency		Age at Onset		Frequency		Age at Onset		Frequency		Age at Onset		Frequency		
Comorbidity	Mean	SE	N	%	Mean	SE	N	%	Mean	SE	n	%	Mean	SE	n	%	
<b>Sep Anxiety</b>	6.93	0.27	61	14.7	5.35	0.12	175	100.0	6.33	0.29	9	18.0	5.29	0.78	7	15.9	-
<b>ADHD</b>	7.67	0.59	33	7.9	8.43	0.75	21	12.0	6.42	0.26	50	100.0	9.17	1.74	6	13.6	-
<b>Tic D.</b>	13.55	0.70	111	26.7	12.08	0.70	56	32.0	12.27	1.04	11	22.0	6.86	0.67	44	100.0	-
<b>OCD</b>	10.11	0.32	416	100.0	12.36	0.45	175	100.0	13.08	0.63	50	100.0	16.18	1.68	44	100.0	-
<b>Anxiety D.</b>	15.66	0.61	282	67.8	13.97	0.77	137	78.3	15.17	1.55	35	70.0	14.23	1.85	34	77.3	0.05812
<b>Spectrum D.</b>	15.50	0.69	119	28.6	16.85	1.02	56	32.0	15.53	2.17	15	30.0	15.43	2.11	22	50.0	0.03428
<b>PTSD</b>	21.40	1.15	74	17.8	16.68	1.46	53	30.3	15.71	3.02	9	18.0	18.20	2.70	6	13.6	0.00369
<b>Impulse-control</b>	21.06	0.85	106	25.5	17.67	1.05	45	25.7	20.00	2.49	16	32.0	16.60	1.75	11	25.0	0.79877
<b>Eating D.</b>	22.48	1.24	52	12.5	23.71	2.20	21	12.0	23.50	3.79	6	12.0	20.00	NE	2	4.5	0.49052
<b>Substance A.</b>	22.82	1.38	46	11.1	23.14	2.07	23	13.1	22.57	3.60	8	16.0	27.67	6.39	6	13.6	0.00001
<b>Somatoform D.</b>	24.77	2.44	29	7.0	20.48	1.64	23	13.1	27.50	12.50	2	4.0	23.67	0.88	4	9.1	0.05589
<b>Mood D.</b>	24.78	0.67	316	76.0	22.87	0.90	133	76.0	23.00	1.80	36	72.0	24.67	2.26	34	77.3	0.92877

**p-value:** chi-square test for comorbidity proportion comparison in each group

SE= standard error; OCD = obsessive-compulsive disorder; ADHD= attention deficit hyperactivity disorder; PTSD= post-traumatic stress disorder; D= disorder; A= abuse; NE= not evaluated

Table 3: Comparison of severity of OC symptoms according to the first lifetime diagnosis (OCD, separation anxiety disorder, ADHD and tic disorders)

1st Comorbidity	OCD (n=416)		Separation Anxiety (n=175)		ADHD (n=50)		Tic (n=44)		Total (n=1001)		p-value <sup>1</sup>	p-value <sup>2</sup>
	Mean	SE	Mean	SE	Mean	SE	Mean	SE	Mean	SE		
<b>Aggression</b>	5.57	0.244	6.45	0.395	6.37	0.694	5.05	0.767	5.82	0.193	0.14346	0.14182
<b>Sexual, Religious</b>	4.22	0.240	5.43	0.387	5.04	0.741	4.48	0.747	4.61	0.191	0.05302	0.04236
<b>Symmetry</b>	7.86	0.222	7.60	0.340	7.66	0.624	6.34	0.780	7.68	0.174	0.21516	0.36647
<b>Contamination</b>	6.50	0.262	6.86	0.367	5.70	0.706	4.75	0.787	6.42	0.199	0.07778	0.09513
<b>Hoarding</b>	3.53	0.212	3.08	0.295	3.98	0.570	2.73	0.601	3.40	0.160	0.31733	0.33067
<b>Miscellaneous</b>	7.65	0.234	8.17	0.356	8.16	0.612	8.73	0.629	7.89	0.179	0.35783	0.41661
<b>Global Impairment</b>	10.46	0.167	10.57	0.251	10.98	0.390	9.86	0.581	10.49	0.129	0.43954	0.69120
<b>Total global</b>	21.61	0.297	21.79	0.455	22.98	0.631	21.09	1.056	21.72	0.229	0.41709	0.69947

<b>Y-BOCS Obsessions</b>	12.91	0.197	12.89	0.267	13.30	0.474	13.18	0.632	12.95	0.147	0.88349	0.84912
<b>Y-BOCS Compulsions</b>	13.20	0.203	13.02	0.310	13.30	0.515	12.75	0.718	13.13	0.158	0.87550	0.94664
<b>Y-BOCS Total</b>	26.11	0.372	25.91	0.541	26.60	0.951	25.93	1.237	26.08	0.285	0.95013	0.95402
<b>Beck Depression</b>	16.82	0.556	20.13	0.859	17.96	1.556	15.20	9.275	17.64	0.431	0.00498	0.00527
<b>Beck Anxiety</b>	15.59	0.538	20.49	0.929	18.30	1.631	16.30	10.333	17.09	0.439	0.00003	0.00008

## 9. REFERÊNCIAS

- Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A, Morgenstern H, Katz RJ. Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: multivariate analyses from a multicenter trial of clomipramine. *J Clin Psychopharmacol*. 1994;Aug;14(4):247-54.
- Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A. Clinical characteristics of response to fluoxetine treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;Jun;18(3):185-92.
- Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Kessler RC, Howes MJ, Biederman J, Secnik K. Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry*. 2006;Jul-Sep;18(3):145-8.
- Albert U, Picco C, Maina G, et al. Phenomenology of patients with early and adult onset obsessive-compulsive disorder. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2002;11(2):116-26.
- Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. Case study: A new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995;34; 307-11.
- Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello E d'A. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, Porto Alegre, São Paulo). *Revista ABP-APAL*. 1992;(14):93-104.

Almeida PM, Wickerhauser H. O critério ABA/ ABIPEME: em busca de uma solução. Um estudo e uma proposta submetidos à ABA – Associação Brasileira de Anunciantes e ABIPEME - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado. Abril/ junho, 1991.

Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, Vallejo J. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry*. 2001;Jul;62(7):535-40.

Alsobrook II JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *Am J Med Genet*. 1999;Dec;15;88(6):669-75.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). APA. 1994 Washington DC.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Text Revision 2000. Ed. Washington DC.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psichiate Epidemiol*. 2002;37(7):316-25.

Baer L. Factor analysis of symptoms subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1994;55:18-23.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mockj, Erbaugh G. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.

Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol*. 1988;56:893-7.

- Bellodi L, Sciuto G, Diaferia G, Ronchi P, Smeraldi E. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 1992;May;42(2):111-20.
- Belotto-Silva C, Diniz JB, Shavitt RG. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in patients with psychiatric comorbidity. *Can J Psychiatry.* 2011;Feb;56(2):127.
- Black DW, Goldstein RB, Noyes R Jr, Blum N. Psychiatric disorders in relatives of probands with obsessive-compulsive disorder and co-morbid major depression or generalized anxiety. *Psychiatr Genet.* 1995;5(1):37-41.
- Bland RC, Newman SC, Orn H. Age of onset psychiatry disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1988;77(suppl 338):43-9.
- Bloch MH, Peterson BS, Scahill L, Otko J, Katsovich L, Zhang H, Leckman JF. Adulthood outcome of tic and obsessive-compulsive symptom severity in children with Tourette syndrome. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* 2006;Jan;160(1):65-9.
- Bloch MH, Craiglow BG, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski PA, Panza KE, Peterson BS, Leckman JF. Predictors of early adult outcomes in pediatric-onset obsessive-compulsive disorder. *Pediatrics.* 2009; Oct;124(4):1085-93.
- Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry.* 2000;15;48(4):287-93.
- 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.

- Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 1999;14:434-441.
- Busatto GF, Buchpiguel CA, Zamignani DR, et al. Regional cerebral blood flow abnormalities in early-onset obsessive-compulsive disorder: an exploratory SPECT study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(3):347-54.
- Carrasco JL, Hollander E, Schneier FR, Liebowitz MR. Treatment outcome of obsessive compulsive disorder with comorbid social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1992;53(11):387-91.
- Castillo AR, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2000; 22(2).
- Castle D, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive-compulsive disorder. *Austr N Zeal J Psychiatry*. 1995;29(1):114-117.
- Chabane N, Delorme R, Millet B, et al. Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(8):881-7.
- Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, Davies M. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:696-702.
- Christie KA, Burke JD Jr, Regier DA, Rae DS, Boyd JH, Locke BZ. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry*. 1988;145(8):971-5.

Coffey BJ, Miguel EC, Savage CR, Rauch SL. Tourette's disorder and related problems: a review and update. *Harv Rev Psychiatry*. 1994;2(3):121-32. Review.

Coffey BJ, Miguel EC, Biederman J, Baer L, Rauch SL, O'Sullivan RL, et al. 347 Tourette's disorder with and without obsessive-compulsive disorder in adults: are they different? *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(4):201-6.

Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Oct;44(10):972-86.

Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Jan;45(1):8-25.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.

Delorme R, Krebs MO, Chabane N, Roy I, Millet B, Mouren-Simeoni MC, et al. Frequency and transmission of glutamate receptors GRIK2 and GRIK3 polymorphisms in patients with obsessive compulsive disorder. *Neuroreport*. 2004;22;15(4):699-702.

De Mathis MA, Diniz JB, do Rosário MC, Torres AR, Hoexter M, Hasler G, Miguel EC. What is the optimal way to subdivide obsessive-compulsive disorder? *CNS Spectr*. 2006;11(10):762-8, 771-4, 776-9. Review.

De Mathis MA. Características Fenotípicas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo com idade de Início Precoce dos Sintomas. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

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):362-70.

De Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, Fossaluza V, de Bragança CA, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry*. 2008;23(3):187-94.

Del Porto JA. Distúrbio Obsessivo-Compulsivo: fenomenologia clínica de 105 pacientes e estudo de aspectos transhistóricos e transculturais. Teses de livre-docência apresentada à Escola Paulista de Medicina, 1994.

Demal U, Lenz G, Mayhofer A, Zapatoczky HG, Zittlerl W. Obsessive-compulsive disorder and depression: a retrospective study on course and interaction. *Psychopathol*. 1993;26:145-150.

Diniz JB, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, Cury M, Hounie AG, Brotto SA, Miguel EC. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(1):22-7.

Eisen JL, Rasmussen SA, Goodman WK, et al. Remission and relapse in OCD: a two-year prospective study. In: New Research Programs and Abstracts. American Psychiatric Association 148th Annual Meeting, Miami, 1995. American Psychiatric Association.

Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155:102-8.

Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen AS. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(8):1033-9.

Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(5):488-92.

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

Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Lopes AC; Fontenelle LF, Torres AR, et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2006;94(1-3):199-209.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (Version 2.0). Biometric Research Department, New York NY, New York State Psychiatric Institute, 1995.

First MB. Structural Clinical Interview for DSM-IV-TR Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified (SCID-TCIm). Biometrics Research Department; New York State Psychiatric Institute; 2004.

Fizman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):63-6.

Foa EB, Grayson JB, Steketee GS, Doppelt HG, Turner RM, Latimer PR. Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(2):287-97.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res.* Mar-Apr;37(2):127-33. Erratum in: *J Psychiatr Res.* 2003;37(3):263.

Fontenelle LF, do Rosário-Campos MC, Mendlowicz MV, Ferrão YA, Versiani M, Miguel EC. Treatment-response by age at onset in obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2004;83(2-3):283-4.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006;30(3):327-37.

Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt JT, Foa EB. Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):594-602.

Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety.* 2011;28(9):750-69.

Frost RO, Steketee G, Williams LF, Warren R. Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behav Res Ther.* 2000;38(11):1071-81.

Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, Poulton R. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry.* 2009;166(3):329-36.

Garcia AM, Freeman JB, Himle MB, Berman NC, Ogata AK, Ng J, Choate-Summers ML, Leonard H. Phenomenology of Early Childhood Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31(2):104-111.

Geller DA, Biederman J, Griffin S, et al. Comorbidity of juvenile obsessive compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1637-46.

Geller D, Biederman J, Jones J, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:420-7.

Geller D, Petty C, Vivas F, Johnson J, Pauls D, Biederman J. Further evidence for co-segregation between pediatric obsessive-compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder: a familial risk analysis. *Biol Psychiatry*. 2007;15;61(12):1388-94.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Mazure C, et al. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: I development and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;46:1006-11.

Goodman LA, Corcoran C, Turner K, Yuan N, Green BL. Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *J Trauma Stress*. 1998;11(3):521-42.

Gonzalez CH. Estudo de famílias no transtorno obsessivo-compulsivo. São Paulo. Tese de doutorado - Escola Paulista de Medicina / Universidade Federal de São Paulo, 2003.

Gorenstein C, Andrade L. [Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects](#). *Braz J Med Biol Res*. 1996;29(4):453-7.

- Goussé V, Delorme R, Chabane N, Perez-Diaz F, Flavie M, Mouren-Siméoni MC, Leboyer M. Is age at onset associated with executive dysfunction in obsessive-compulsive disorder? *Encephale*. 2005;31:666-71.
- Grados M. & Riddle M. Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *International Review of Psychiatry*. 2008;20(2):189-193.
- Grados MA. The genetics of obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome: an epidemiological and pathway-based approach for gene discovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(8):810-9, 819.e 1-2.
- Gray GE. Pesquisa de Frequência de Doenças IN: Psiquiatria Baseada em Evidências. 2004 Editora ArtMed.
- Greist JH, Jefferson JW, Kobak KA, et al. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:53-60.
- Grimes D, Schultz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet*. 2002;359:57-61.
- Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology, revised. *Nimhans*. 1976;76(338):217-22.
- Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(1):19-27.
- Hanna GL, Hilme JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;134(1):13-9.

Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, Samuels J, Fyer Aj, Pauls D, et al. Familiality of factor analysis-derived Y-BOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol. Psychiatry*. 2007;61:617-625.

Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, et al. Early-versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Research*. 2004;128:175-82.

Hettema JM. What is the genetic relationship between anxiety and depression? *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2008;15;148C(2):140-6.

Review

Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annals*. 1993;23:355–358.

Hollander E, Stein D, Know JH, Rowland C, Wong CM, Broatch J. Psychosocial function and economic costs of obsessive compulsive-disorder. *CNS Spectr*. 1997;2:16-25.

Hoexter MQ, Shavitt RG, D'Alcante CC, Cecconi JP, Diniz JB, Belotto-Silva et al. The drug-naïve OCD patients imaging genetics, cognitive and treatment response study: methods and sample description. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(4):349-53.

Hoehn-Saric R, Barksdale VC. Impulsiveness in obsessive-compulsive patients. *Br J Psychiatry*. 1983;143:177-82.

Holzer JC, Goodman WK, Mc Dougle CJ, et al. Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic tic disorder. A comparison of symptoms in 70 patients. *Br J Psychiatry*. 1994;164(4):469-73.

- Hong JP, Samuels J, Bienvenu OJ 3rd, Cannistraro P, Grados M, Riddle MA, et al. Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2004;20(2):86-91.
- Honjo S, Hirano C, Murase S, Kaneko T, Sugiyama T, Ohtaka K, et al. Obsessive-compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;80(1):83-91.
- Hounie AG, Brotto AS, Diniz J, Chacon PJ, Miguel EC. Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos. *Rev Bras Psiquiatria*. 2001;23(2):13-16.
- Ingran IM. Obsessional illness in mental hospital patients. *J Ment Sci*. 1961;107:282-402.
- Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, Reif A, et al. Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:309–317.
- Jaisoorya TS, Janardhan RYC, Srinath S. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? Findings from an Indian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(6):290-297.
- Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S, Thennarasu K. Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2009;50(1):70-76.
- 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(11):1012-7.

Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Rauch SL, Buttolph ML. Placebo-controlled trial of fluoxetine and phenelzine for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154(9):1261-4.

Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T et al. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain - initial findings from the household survey. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15:29-42.

Karadağ F, Oguzhanoglu NK, Ozdel O, Ateşçi FC, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depress Anxiety*. 2006;23(3):145-52.

Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.

Karno M & Golding JM. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Robins LN; Regier DA. *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. New York, The Free Press, New York, 1991 c9, 204-19.

Kendeel RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford, *Blackwell Scientific Publications*. 1975;p176.

Kendler KS. Twin studies of psychiatric illness: an update. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(11):1005-1.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.

Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;Oct;6(3):168-76.

Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jul;60(7):709-17.

Klerman GL. Approaches to the phenomena of comorbidity. In: Maser JD & Cloninger CR. Comorbidity of mood and anxiety disorders. 1990 Washington. p 13-37.

Knell ER, Comings DE. Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship. *J Clin Psychiatry*. 1993;54(9):331-7.

Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153(6):783-8.

Koran, Lorrin M. Obsessive-compulsive and related disorders in adults. A comprehensive clinical guide. 1999 Cambridge.

Kringlin E. Obsessional neurotics. *Brit J Psychiatry*. 1965;111:709-722.

Langner J, Laws M, Röper G, Zaudig M, Hauke W, Piesbergen C. Predicting therapy outcome in patients with early and late obsessive-compulsive disorder (EOCD and LOCD). *Behav Cogn Psychother*. 2009;37(5):485-96.

- Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT. The Yale Global tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;8:566-73.
- Leckman JF, Grice DE, Barr LC, et al. Tic-related versus non tic-related obsessive-compulsive disorder. *Anxiety*. 1995;1:208-15.
- Leckman JF, Grice DE, Boasman J, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997;154(7):911-7.
- Leckman JF. Questionário sobre história natural do TOC-YALE. Junho 2002, versão 06/2002.
- Leckman JF, Rauch SL, Mataix-Cols D. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: implications for the DSM-V. *CNS Spectr*. 2007;12(5):376-87.
- Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(1):21-33.
- Leeuwen AP, Creemers HE, Verhulst FC, Ormel J, Huizink AC. Are adolescents gambling with cannabis use? A longitudinal study if impulsivity measures and adolescent substance use: the TRAILS study. *Journal of studies on Alcohol and Drugs*. 2010;72:70–78.
- Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, et al. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(3):407-12.
- Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 1995;166(27):19-22.

Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, et al. Tics and Tourette's disorder: a 2 to 7 year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry*. 1992;149(9):1244-51.

Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, Rapoport JL. A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Jun;50(6):429-39.

Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Moolman-Smook JC, Corfield VA, Knowles JA, Niehaus DJ, Stein DJ. Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14(2):105-13. Corrected and republished in: *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14(5):437-45.

Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Nel DG, Corfield VA, Moolman-Smook JC, Seedat S, Stein DJ. Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Compr Psychiatry*. 2005;46(1):14-9.

Lopes JL. Diagnóstico em Psiquiatria. Rio de Janeiro. Ed Cultura Médica, 1980;p 235.

MacDonald R, Crum RM, Storr CL, Schuster A, Bienvenue OJ. Sub-clinical anxiety and the onset of alcohol use disorders: longitudinal associations from the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *J Addict Dis*. 2011;30(1):45-53.

Manfro GG, Isolan L, Blaya C, Santos L, Silva M. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2002;24(1).

- Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *J Anxiety Disord.* 2000;14(1):1-18.
- Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, et al. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156(9):1409-16.
- Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behavior therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2002;71(5):255-62.
- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):228-38.
- Mataix-Cols D. Deconstructing obsessive-compulsive disorder: a multidimensional perspective. *Current Opinion in Psychiatry.* 2006;19: 84-9.
- Mathew AR, Norton PJ, Zvolensky MJ, Buckner JD, Smits J. Smoking behavior and alcohol consumption in individuals with panic attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2011;1;25(1):61-70.
- Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2010;30;180(1):25-9.
- Mattos P, Segenreich D, Saboya S, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev Psiq Clin.* 2006;33(4):188-194.

- McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993;31(3):247-63.
- McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radomsky A, Sookman, D, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol*. 2004;24(3):283-313.
- McKeon P, Murray R. The familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry*. 1987;151:528-534.
- McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Sochting I, Koch WJ, Paterson R, Anderson KW. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001;Apr;69(2):205-14.
- Miguel EC, Coffey BJ, Baer L, et al. Phenomenology of intentional repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry*. 1995;46:246-55.
- Miguel EC, Rauch SL, Jenike MA. Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clin N Am*. 1997;20:863-83.
- Miguel EC, Rosário-Campos MC, Shavitt RG, et al. Tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype. *Adv Neurol*. 2000;85:43-55.
- Miguel EC, do Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. *Adv Neurol*. 2001;85:43-55.
- Miguel EC, Leckman JF, Rauch R. Obsessive-Compulsive Disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Mol Psychiatry*. 2005;10:258-75.

Miguel EC, Rosário-Campos MR, De Mathis MA, et al. Apostila de Primeiro Atendimento - PROTOC. Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, Versão 2007.

Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC, Mathis MA, Torres AR, Fontenelle LF, et al. Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. 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):185-96.

Millet B, Kochman F, Gallarda T, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord.* 2004;79:241-6.

Minichiello WE, Baer L, Jenike MA, Holland A. Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. *J. Anxiety Dis.* 1990;4,147-150.

Miranda, MA. Transtorno obsessivo-compulsivo e comorbidade. Um estudo caso-controle. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1999.

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

Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Moini R. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. *Depress Anxiety.* 2007;24(8):602-7.

Morer A, Virnas O, Larazo L. Subtyping obsessive compulsive disorder: clinical and immunological findings in child and adult onset. *J Psychiat Research.* 2006;40(3):207-13.

Mroczkowski MM, Goes FS, Riddle MA, Grados MA, Bienvenu 3rd, Greenberg BD, et al. Separation anxiety disorder in OCD. *Depress Anxiety*. 2011;28(3):256-62.

Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):131-48.

Murray CJ, Lopes AD. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: *Harvard University Press*, 1996.

Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(4):573-80.

Nestadt G, Samuels J, Riddle MA, Liang KY, Bienvenu OJ, Hoehn-Saric R, Grados M, Cullen B. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychol Med*. 2001;31(3):481-7.

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):1491-501.

Neziroglu FA, Yaryura Tobías JA, Lemli JM, Yaryura RA. Demographic study of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1994;40(3):217-23.

Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):271-8. Review.

Nikolajsen KH, Nissen JB, Thomsen PH. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: symptom dimensions in a naturalistic setting. *Nord J Psychiatry*. 2011;65(4):244-50.

Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, et al. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1991;158:260-63.

Orvaschel H, Puig-Antich J. Kiddie-SADS-E: Schedule for affective disorder and schizophrenia for school-age-children – epidemiologic (4<sup>th</sup>. version). Ft. Lauderdale, FL: Nova University, Center for Psychological Study, 1987.

O'Rourke JA, Scharf JM, Platko J, Stewart SE, Illmann C, Geller DA, et al. The familial association of tourette's disorder and ADHD: the impact of OCD symptoms. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2011;156(5):553-60.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10- Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, Artes Médicas Editora, Porto Alegre, RS, p351, 1993.

Pallanti S, Quercioli L. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30:400-412.

Pauls DL, Leckman JF, Towbin KE, et al. A possible genetic relationship exists between Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1986;2(3):730-33.

Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *American Journal of Human Genetics*. 1991;48:154–163.

Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):76-84.

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

Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 1994;55 Suppl:15-27; discussion 28-32.

Pigott TA, Seay SM. A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:101-106.

Pollit J. Natural history of obsessional states: a study of 150 cases. *Brit Med J*. 1957;1:194-198.

Rachman S & Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. 1980. New York: Prentice-Hall.

Raffray T, Pelissolo A. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder. *Rev Prat*. 2007;15;57(1):37-41.

Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995;56(8):368-73.

Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1986;143:317-322.

Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Ann.* 1989;19:67-73.

Rettew DC, Swedo SE, Leonard HL, Lenane MC, Rapoport JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992;31(6):1050-6.

Riddle MA, Scahill L, King R, Hardin MT, Towbin KE, Ort SI, Leckman JF, Cohen DJ. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29(5):766-72.

Rosa AC, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Fontenelle LF, De Mathis MA, Rosário MC, Miguel EC, Shavitt RG. Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder (submetido).

Rosário-Campos MC. Transtorno Obsessivo-Compulsivo de início precoce e de início tardio: características clínicas, psicopatológicas e de comorbidade. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

Rosário-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158(11):1899-1903.

Rosário-Campos MC. Estudo genético familiar de crianças e adolescentes

com transtorno obsessivo-compulsivo. 2004. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Rosário-Campos MC, Prado HS, Shavitt RG, Hounie AG, Chacon PJ, Mathis ME, et al. Escala para avaliação de presença e gravidade de fenômenos sensoriais da universidade de São Paulo (USP-SPS). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005 10ª. versão.

- Rosário-Campos MC, Leckman J, Curi M, et al. A family study of early obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;136(1):92-7.
- Rosário-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrão Y, Findley D, Katsovich L, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
- Rosenberg DR, Keshavan MS, O'Hearn KM, Dick EL, Bagwell WW, Seymour AB, Montrose DM, Pierri JN, Birmaher B. Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(9):824-30.
- Rudin E. Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *Arch Psychiatr Nervenkr*. 1953;191:14-54.
- Rufer M, Fricke S, Moritz S, Kloss M, Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):440-6.
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*. 2010;15:53-63.
- Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, Tarlow G, Bystritsky A. Obsessive-compulsive hoarding: symptom severity and response to multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(1):21-7.
- Scahill L, Kano Y, King RA, Carlson A, Peller A, LeBrun U, et al. Influence of age and tic disorders on obsessive-compulsive disorder in a pediatric sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003;13 Suppl 1:S7-17.

Shavitt RG. Fatores preditivos de resposta ao tratamento em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2002.

Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosario-Campos MC, Diniz JB, Ferrao YA, et al. Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2006;47(4):276-81.

Shetti CN, Reddy YC, Kandavel T, Kashyap K, Singiseti S, Hiremath AS, Siddequehusen MU, Raghunandan S. Clinical predictors of drug nonresponse in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(12):1517-23.

Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Korhonen T, Pulkkinen L, Raevuori A, Marttunen M, Kaprio J. Prospective relationships of ADHD symptoms with developing substance use in a population-derived sample. *Psychol Med*. 2011;20:1-9.

Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 1997;42( 9):919-28.

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

Steketee G, Chambless DL, Tran GQ. Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry*. 2001;42(1):76-86.

Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (1):4-13.

Stewart SE, Stack DE, Farrell C, Pauls DL, Jenike MA. Effectiveness of intensive residential treatment (IRT) for severe, refractory obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2005;Nov;39(6):603-9.

Stewart SE, Illmann C, Geller DA, Leckman JF, King R, Pauls DL. A controlled family study of attention-deficit/hyperactivity disorder and Tourette's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(11):1354-62.

Skoog G, Skoog I. 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(2):121-7.

Sobin C, Blundell M, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Phenotypic characteristics of obsessive-compulsive disorder ascertained in adulthood. *J Psychiatr Res*. 1999;33:265-273.

Sobin C, Blundell ML, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early-and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2000;41(5):373-9.

Stein DJ, Allen A, Bobes J, Eisen JL, Figueira ML, Koran LM, Hollander E. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2000;5(6):37-39.

Stewart SE, Yen CH, Stack DE, Jenike MA. Outcome predictors for severe obsessive-compulsive patients in intensive residential treatment. *J Psychiatr Res*. 2006;40(6):511-9.

Storch EA, Larson MJ, Shapira NA, Ward HE, Murphy TK, Geffken GR, Valerio H, Goodman WK. Clinical predictors of early fluoxetine treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2006;23(7):429-33.

Sukhodolsky DG, do Rosario-Campos MC, Scahill L, Katsovich L, Pauls DL, Peterson BS, et al. Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1125-32.

Sumitani S, Ueno S, Ishimoto Y, Taniguchi T, Tomotake M, Motoki I, et al. Clinical features of patients with obsessive-compulsive disorder showing different pharmacological responses. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2006;108(12):1282-92.

Swedo SE, Rappoport JL, Leonard H, et al. Obsessive Compulsive Disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:335-41.

Swedo SE, Leonard HL, Rapoport JL. Childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15(4):767-75.

Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL. The role of social anxiety in a brief alcohol intervention for heavy drinking college students. *Journal of Cognitive Psychotherapy* (in press).

Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1978-85.

Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(3):237-42.

Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, et al. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder: evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(11):862-7.

Torres AR, Ramos-Cerqueira ATA, Ferrão YA, Fontenelle LF, Rosário MC, Miguel EC. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(1):17-26.

Torresan RC, Smaira SI, Ramos-Cerqueira ATA, Torres AR. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Rev Psiq Clín*. 2008;35(1):13 –19.

Torresan RC, Ramos-Cerqueira ATA, De Mathis MA, Diniz JB, Ferrão YA, Miguel EC, Torres AR. Sex differences in phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Compr Psychiatry*. 2009;50(1):63-69.

Towbin KE & Riddle MA. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Lewis, M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry- A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins. 1991;2(59):685-97.

Tukel R, Polat A, Genc A, et al. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2004;45(5):362-6.

Tukel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sozen A, Aslantas B, Atli H, Ozyildirim I. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2005;21(3):112-7.

Tukel R, Bozkurt O, Polat A, Genç A, Atli H. Clinical predictors of response to pharmacotherapy with selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Aug;60(4):404-9.

Ulloa RE, Nicolini H, Avila M, Fernández-Guasti A. Age onset subtypes of obsessive compulsive disorder: differences in clinical response to treatment with clomipramine. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17(1):85-96.

Viana MC & Andrade LH. Prevalência na vida de transtornos mentais na população geral adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo por gênero: Resultados do Estudo de Saúde Mental *São Paulo Megacity Rev Bras Psiquiatria*. 2011 (no prelo).

Vogel PA, Hansen B, Stiles TC, Gotestam KG. Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37(3):247-55.

Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, et al. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(6):1057-1061.

Zohar AH, Pauls DL, Ratzoni G, Apter A, Dycian A, Binder M, King R, et al. Obsessive-compulsive disorder with and without tics in an epidemiological sample of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1997;154(2):274-6.

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):227-35.

Wang YP, Andrade LH, Gorenstein C. Validation of the Beck Depression Inventory for a Portuguese-speaking Chinese community in Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2005;38(3):399-408.

Wang X, Cui D, Wang Z, Fan Q, Xu H, Qiu J, et al. Cross-sectional comparison of the clinical characteristics of adults with early-onset and late-onset obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2011 Nov 23.

Weissman M, Prusoff B, Thompson W, Harding P & Myers J. Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1978;166:317-26.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55 (supl):5-10.

Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist: Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, 1993; San Antonio, TX.

Wheaton M, Timpano KR, LaSalle-Ricci VH, Murphy D. Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender. *J Anxiety Dis*. 2008;22:243-252.

Winsberg ME, Cassic KS, Koran LM. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(9):591-7.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):413-26.

World Health Organization. Global report on burden related to diseases. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_diseases/projections/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseases/projections/en/index.html) [database on the internet].

Yaryura-Tobias JA. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2000;14(1):19-30.

