

**Ricardo Cezar Torresan**

**“DIFERENÇAS DE GÊNERO NA APRESENTAÇÃO  
FENOMENOLÓGICA DO  
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO”**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Doutor

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Albina Rodrigues Torres

Botucatu – SP

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Torresan, Ricardo Cezar

Diferenças de gênero na apresentação fenomenológica do transtorno  
obsessivo-compulsivo / Ricardo Cezar Torresan - Botucatu, 2010

Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu,  
Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Albina Rodrigues Torres

Assunto Capes: 40600009

1. Transtorno obsessivo-compulsivo. 2. Fenomenologia.

Palavras-chave: Dimensões de sintomas; Fenomenologia; Gênero;  
Obsessivo-compulsivo; Sexo; Transtorno.

*"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar  
uma alma humana seja apenas outra alma humana."*

*Jung*

*"O ser humano vivencia a si mesmo, seus pensamentos como algo separado do  
resto do universo - numa espécie de ilusão de ótica de sua consciência. E essa  
ilusão é uma espécie de prisão que nos restringe a nossos desejos pessoais,  
conceitos e ao afeto por pessoas mais próximas. Nossa principal tarefa é a de nos  
livrarmos dessa prisão, ampliando o nosso círculo de compaixão, para que ele  
abranja todos os seres vivos e toda a natureza em sua beleza. Ninguém  
conseguirá alcançar completamente esse objetivo, mas lutar pela sua realização já  
é por si só parte de nossa liberação e o alicerce de nossa segurança interior".*

*Albert Einstein*

*Dedicatória*



### *Minha Família*

#### *Juliana, Felipe e Marina*

*“Abandonar a empreitada ao primeiro obstáculo, à primeira divergência séria ou aos primeiros problemas é uma desfiguração do amor.*

*Um amor verdadeiro é o que triunfa duravelmente, às vezes duramente, dos obstáculos que o espaço, o mundo e o tempo lhe propõem.” Alain Badiou*

#### *Meus pais e irmã Stella*

*“O amor nunca faz reclamações; dá sempre. O amor tolera; jamais se irrita e nunca exerce vingança.” Mahatma Gandhi*

#### *Minha Mestra*

*Você não apenas me mostrou os mapas, mas me carregou em muitos dos caminhos, com sua compaixão, paciência e sabedoria, é impossível expressar toda admiração e gratidão que eu sinto.*

#### *Albina Rodrigues Torres*

*Agradecimentos*



*"A descoberta consiste em ver o que todo mundo viu e pensar o que ninguém pensou." - A. Szent-Gyorgyi*

*Professoras Florence Kerr-Côrrea, Sumaia Inaty Smaira, Maria Cristina Pereira Lima e Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, pelo exemplo do exercício ético e humanitário, com profundo respeito pelo sofrimento do próximo, que norteiam meu caminho profissional.*

*Prof. Titular Eurípedes Constantino Miguel (FMUSP), pelo exemplo de um líder nato e brilhante pesquisador.*

*Aos líderes do C-TOC: Maria Conceição do Rosário, Christina H. Gonzalez, Kátia Petribú, Leonardo F. Fontenelle, Aristides V. Cordioli e Ygor A. Ferrão, pelo exemplo, disponibilidade e grande contribuição para o difícil percurso deste projeto.*

*Maria Alice de Mathis, por sua inestimável contribuição em todas as etapas desta pesquisa e para todo o C-TOC.*

*Idalina Shimoda, pelo auxílio no levantamento de artigos.*

*Demais membros do C-TOC, pelo privilégio de conviver com um grupo tão querido e exemplar.*

*Maria Odete, Edson, Érica Trench e todos os colegas da disciplina, por todos os ensinamentos e parceria.*

*“A cooperação é a convicção plena de que ninguém pode chegar à meta se não chegarem juntos”. Virginia Burden*

*Amigas Maria e Aláide, pelo carinho e dedicação em tempo integral.*

*Gê, Vanderci, Adriano, Vanessa e todos os funcionários do departamento, ambulatório e hospital, pela maneira carinhosa e prestativa com que sempre fui tratado.*

*Aos professores da pós-graduação, por me conduzirem nessa jornada.*

*“Os grandes momentos da nossa vida chegam quando juntamos a coragem de transformar nossas fraquezas no melhor de nós mesmos.” Friedrich Nietzsche*

*Amigos Residentes*

*“Sonhar tudo o que quiser sonhar. Essa é a beleza da mente. Fazer tudo o que quiser fazer. Essa é a força de vontade humana. Testar seus limites com confiança. Essa é a coragem de alcançar a meta.” Bernard Edmonds*

*Helena e Augusto, pelo carinho, amizade e incentivo.*



*Aos pacientes, que todo conhecimento adquirido reverta sempre no melhor cuidado e respeito com que vocês merecem ser tratados.*

*“Você é maior do que seu corpo, maior do que sua mente. Você é maravilhoso ser de luz e amor, imortal e eterno. Você é maior do que seus medos, do que sua ansiedade, seus rancores e preocupações. Você é maior até mesmo do que seu sofrimento.” Brian Weiss*

*Álamo, Andréia, Andrei, Alexandre, Alexandre, Gisela, José Guilherme, José Luiz, Rodrigo e Stella, amigos-irmãos*

*“Quem tem um amigo, mesmo que um só, não importa onde se encontre, jamais sofrerá de solidão; poderá morrer de saudades, mas não estará só.” - Amir Klink*

*Agradeço a todas as pessoas que me ajudaram de alguma maneira, pessoal ou profissionalmente, a dar mais este passo.*

*“A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido e não na vitória propriamente dita.” Mahatma Gandhi*

*Sumário*



---

Lista de Siglas.....	13
Lista de Quadros, Tabelas e Gráficos.....	16
Resumo.....	19
Summary.....	22
1. INTRODUÇÃO.....	25
1.1. Aspectos Gerais do Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC).....	26
1.2. Critérios diagnósticos do TOC.....	29
1.3. Características Clínicas do TOC.....	31
1.3.1. Características Gerais e de Evolução.....	31
1.3.2. Heterogeneidade clínica.....	34
1.3.3. Aspectos transculturais dos sintomas.....	40
1.3.4. Impacto do TOC na qualidade de vida.....	42
1.4. Epidemiologia do TOC.....	45
1.5. Tratamento do TOC.....	51
1.6. Sexo e Gênero.....	52
1.7. Estudos de sexo e gênero em outros transtornos mentais.....	57
1.8. Estudos de sexo e gênero no TOC.....	58
1.8.1. Estudos epidemiológicos.....	58
1.8.2. Estudos clínicos.....	59
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	69
3. OBJETIVO.....	71
4. HIPÓTESES.....	73
5. MÉTODO.....	75
5.1. Desenho do Estudo.....	76
5.2. Sujeitos.....	76
5.2.1. Organização e Estrutura do C-TOC.....	76
5.2.2. Descrição dos Centros Participantes.....	78
5.2.3. Treinamento dos Entrevistadores.....	78
5.2.4. Critérios de Inclusão.....	79
5.2.5. Critérios de Exclusão.....	80
5.3. Instrumentos de Avaliação.....	80
5.3.1. Entrevista Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I).....	82
5.3.2. Escala de Yale-Brown para sintomas obsessivo-compulsivos (Y-BOCS).....	84

---

5.3.3. Escala Dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS).....	84
5.3.4. Inventário de Beck para Depressão (BDI).....	85
5.3.5. Inventário de Beck para Ansiedade (BAI).....	86
5.3.6. Questionário de História Natural do TOC.....	86
5.3.7. Escala de Avaliação Global de Tiques(YGTSS).....	87
5.4. Considerações Éticas.....	87
5.5. Análise Estatística.....	88
6. RESULTADOS.....	91
6.1. Resumo dos Resultados.....	111
7. DISCUSSÃO.....	116
7.1. Características Sociodemográficas.....	117
7.2. Aspectos clínicos de evolução e de tratamento.....	122
7.3. Sintomatologia.....	127
7.4. Comorbidades Psiquiátricas.....	136
7.5. Limitações.....	145
8. CONCLUSÕES.....	147
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	150
10. ANEXOS.....	181

*Lista de Siglas*



AD –	Antidepressivo
APA –	Associação Psiquiátrica Americana
BAI –	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI –	Inventário de Depressão de Beck
CAC –	Córtex Anterior do Cíngulo
CID –	Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde
COF –	Córtex Órbito-frontal
COMT –	Catecol-O-Metiltransferase
CPF–	Córtex Pré-frontal
CS –	Coréia de Sydenham
C-TOC –	Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
DP –	Desvio Padrão
DSM –	Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Psiquiátrica Americana
DY-BOCS –	Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-compulsivos
ECA –	<i>Epidemiological Catchment Area</i> (estudo)
EDM –	episódio depressivo maior
HAM-A -	Escala de ansiedade de Hamilton
HAM-D -	Escala de depressão de Hamilton
IC –	Intervalo de Confiança
ICG –	Escala de Impressão Clínica Global
ISRS – I	inibidores seletivos da Recaptação de Serotonina
MAO –	monoaminaoxidase
OMS –	Organização Mundial de Saúde
OR –	<i>Odds ratio</i> (razão de chances)
QV –	Qualidade de Vida

SCID-I –	Escala de Avaliação de Transtornos do Eixo I do DSM-IV
SOC –	Sintomas obsessivo-compulsivos
ST –	Síndrome de Tourette
TAG –	Transtorno de Ansiedade generalizada
TCI –	Transtornos do Controle de Impulsos
TDAH –	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT –	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
THQ –	Questionário de História de Trauma ( <i>Trauma History Questionnaire</i> )
TOC –	Transtorno obsessivo-compulsivo
TUS –	Transtorno por uso de Substâncias
Y-BOCS –	Escala de sintomas obsessivo-compulsivos de Yale-Brown
YGTSS –	Escala de Avaliação Global de Tiques

*Lista de Quadros,  
Tabelas e Gráficos*





<b>QUADRO 1 –</b>	Síntese dos principais estudos clínicos sobre TOC e gênero publicados na literatura.....	67
<b>GRÁFICO 1-</b>	Idade de início dos sintomas obsessivo-compulsivos em homens e mulheres.....	95
<b>GRÁFICO 2-</b>	Idade de início da interferência pelos sintomas obsessivo-compulsivos, em homens e mulheres.....	95
<b>GRÁFICO 3-</b>	Idade de busca de tratamento para os sintomas obsessivo-compulsivos, em homens e mulheres.....	96
<b>TABELA 1-</b>	Descrição das características sociodemográficas e de procedência dos participantes do estudo (n=901), gerais e de acordo com o gênero.....	93
<b>TABELA 2-</b>	Distribuição dos aspectos sociodemográficos da amostra (n = 901) de pacientes portadores de TOC, de acordo com o gênero.....	94
<b>TABELA 3-</b>	Distribuição de diferentes aspectos clínicos da amostra de pacientes portadores de TOC (n = 901), de acordo com o gênero.....	97
<b>TABELA 4-</b>	Distribuição das variáveis clínicas de tratamento da amostra de pacientes com TOC (N=901), de acordo com o gênero.....	99
<b>TABELA 5-</b>	Prevalência das diferentes dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos, de acordo com a DY-BOCS, em homens e mulheres portadores de TOC.....	100
<b>TABELA 6-</b>	Gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, de acordo com a pontuação na pior fase do passado, pela Escala Dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS) em homens e mulheres com TOC.....	101
<b>TABELA 7-</b>	Gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, de acordo com a pontuação atual (no momento da entrevista) na Escala Dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS) em homens e mulheres com TOC.....	102
<b>TABELA 8-</b>	Prevalência na amostra de transtornos mentais comórbidos de eixo I do DSM-IV ao longo da vida (avaliados pela SCID-I), de acordo com o gênero.....	105

<b>TABELA 9-</b>	Razões de chance ( <i>odds ratios</i> ) brutas e ajustadas, assim como intervalos de confiança, para possíveis variáveis confundidoras da ocorrência de diferentes dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos em relação ao sexo feminino.....	108
<b>TABELA 10-</b>	Razões de chance ( <i>odds ratios</i> ) brutas e ajustadas, assim como intervalos de confiança, para possíveis confundidores das diferentes dimensões de sintomas, em cada um dos gêneros separadamente.....	110

*Resumo*



Torresan R. C. Diferenças de gênero na apresentação fenomenológica do transtorno obsessivo-compulsivo [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010. 184p.

**Introdução:** Estudos prévios realizados em diferentes países demonstraram algumas importantes diferenças na apresentação clínica do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) entre homens e mulheres, incluindo a idade de início dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), tipos de SOC, comorbidades, curso e prognóstico. **Objetivo:** comparar as características fenomenológicas do TOC em homens e mulheres de uma grande amostra clínica multicêntrica brasileira, particularmente em relação à presença e gravidade de diferentes dimensões de SOC, curso clínico e prevalência de transtornos de eixo I comórbidos. **Metodologia:** estudo transversal com 901 pacientes portadores de TOC (segundo critérios diagnósticos do DSM-IV) de oito centros universitários integrantes do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo, utilizando vários instrumentos de avaliação, incluindo: Questionário de História Natural do TOC, Escala de Yale-Brown (Y-BOCS), Escala Dimensional de Yale-Brown (DY-BOCS), Inventários de Beck para Depressão (BDI) e Ansiedade (BAI), Escala de Avaliação Global de Tiques (YGTSS) e Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I). **Resultados:** A amostra foi composta por 516 mulheres (57,3%) e 385 homens (42,7%), com idade média de 34,4 (12,7) anos. Os homens apresentaram menor média de idade e eram mais frequentemente solteiros do que as mulheres. Estes, apesar de terem mais anos de estudo e nível econômico mais alto, estavam mais frequentemente desempregados. A idade média de início dos SOC não diferiu entre os gêneros, mas nos homens a interferência destes e a pior fase do transtorno ocorreram mais precocemente, assim como a busca por tratamento. Os homens receberam também psicoterapia e neurolépticos com mais frequência do que as mulheres, as quais apresentaram melhor resposta aos antidepressivos. No entanto, as pacientes tiveram escores médios mais altos na Y-BOCS e nos inventários de Beck para depressão e ansiedade, e mais tentativas de suicídio. Entre os homens, sintomas da dimensão sexual e

religiosa foram mais comuns e graves, e houve mais comorbidade com tiques, fobia social e transtornos por uso de álcool. Já as mulheres apresentaram maior frequência e gravidade de sintomas das dimensões de agressão, contaminação/limpeza e colecionamento, além de mais comorbidade com fobias específicas, anorexia, bulimia, tricotilomania, *skin picking* e comprar “compulsivo”. Apesar de não ter havido diferença nos dois grupos quanto à ocorrência de sintomas da dimensão de simetria e ordenação, estes foram mais graves nas mulheres. Na análise multivariada (regressão logística) em relação à presença de cada uma das dimensões de SOC, gênero feminino manteve-se independentemente associado às dimensões de agressão, contaminação/limpeza e colecionamento, mesmo controlando-se para o efeito de possíveis variáveis confundidoras. Nos modelos separados por gênero, obteve-se que: a) o transtorno de estresse pós-traumático manteve-se independentemente associado a sintomas da dimensão de agressão, em homens e mulheres; b) a dimensão sexual/religiosa manteve-se associada à depressão maior nos dois gêneros, assim como a transtorno sexual impulsivo-compulsivo não parafílico nos homens e transtorno de tiques nas mulheres; c) para as mulheres, idade mais alta se manteve negativamente associada à ocorrência de sintomas da dimensão de simetria e ordenação; e d) transtorno de tiques se manteve negativamente associado à dimensão de colecionamento, nos dois gêneros. **Conclusão:** Confirmaram-se algumas diferenças clínicas entre os gêneros descritas na literatura, que podem ter importantes implicações etiológicas e terapêuticas. Gênero parece ser relevante na determinação da apresentação clínica e evolução do TOC, também em pacientes brasileiros. Portanto, deve ser considerado um fator importante quando da definição de subgrupos mais homogêneos deste complexo transtorno.

*Summary*



Torresan R. C. Gender differences in the phenomenological presentation of obsessive-compulsive disorder [thesis]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010. 184p.

**Introduction:** Previous studies conducted in different countries have shown some important differences in clinical features of obsessive-compulsive disorder (OCD) between men and women, including age at onset of obsessive-compulsive symptoms (OCS), types of OCS, comorbidity, course and prognosis. **Objective:** To compare OCD phenomenological characteristics in male and female patients from a large multicenter clinical sample in Brazil, with special reference to the occurrence and severity of different symptom dimensions, clinical course and comorbid axis I disorders. **Methods:** a cross-sectional study including 901 OCD patients (DSM-IV diagnostic criteria) from eight university centers that belong to the Brazilian Research Consortium on OCD Spectrum Disorders. All patients were evaluated using several structured instruments, including: the OCD Natural History Questionnaire, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS), the Beck Depression and Anxiety Inventories, the Yale Global Tics Severity Scale (YGTSS) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). **Results:** The sample was composed of 516 women (57.3%) and 385 men (42.7%) with a mean age of 34.4 (12.7) years old. Men were younger and more frequently single than women. Although the former presented higher educational and socioeconomic levels, they were more frequently unemployed. The mean age at symptoms onset did not differ between genders, but symptom interference and the worst phase of the disorder occurred earlier among men, as well as help seeking. Men also received more psychotherapy and antipsychotic medications than women, which presented a better response to antidepressants. Nevertheless, female patients presented higher mean scores in the Y-BOCS and in the Beck depression and anxiety inventories, and more suicide attempts. Among men, symptoms of the sexual/religious dimension were more common and more severe, and comorbidity with tics, social phobia and alcohol use disorders were also more frequent. Conversely, symptoms of the aggressive,

contamination/cleaning and hoarding dimensions were more frequent and more severe among women. They were also more likely than men to present comorbidity with specific phobias, anorexia, bulimia, trichotillomania, skin picking and “compulsive” buying. Although no difference was found in the frequency of the symmetry/ordering dimension, it was more severe among women. In the multivariate analysis (logistic regression) regarding the occurrence of each symptom dimension, female gender remained independently associated with the aggressive, contamination/cleaning and hoarding dimensions, even adjusting for possible confounders. In the logistic regression separated by gender, the following results were obtained: a) post-traumatic stress disorder remained independently associated with the aggressive dimension in men and women; b) the sexual/religious dimension remained associated with major depression in both genders, as well as the impulsive-compulsive non-paraphilic sexual disorder for men, and tic disorder for women; c) only for female patients older age remained negatively associated with the symmetry/ordering dimension; and d) tic disorder remained negatively associated with the hoarding dimension in both genders. **Conclusion:** The study confirmed some gender-differences in OCD clinical features previously described in the literature, which may have important etiological and therapeutic implications. Gender seems to be relevant in the determination of OCD clinical presentation and course, among Brazilian patients as well. Therefore, it should be considered an important factor when defining more homogeneous subgroups of this complex disorder.



## *1. Introdução*



### 1.1. Aspectos Gerais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma doença comum e debilitante, cujos sintomas essenciais se aproximam mais dos comportamentos humanos normais e de tradições culturais do que nos outros transtornos mentais (HOLLANDER et al., 2007). Experiências e sintomas obsessivo-compulsivos foram descritos em até 90% dos indivíduos normais, particularmente durante a infância, quando estes sintomas parecem compor o desenvolvimento normal do indivíduo e facilitaria vários tipos de aprendizagem (ex.: rituais para dormir) (EVANS et al., 1997; BOYER et al., 2006). O TOC não é um transtorno recente, com numerosos relatos sobre obsessões e compulsões encontrados em farta fonte de dados datados de séculos atrás, literatura esta revisada por Berrios em 1965.

A característica essencial do TOC é a presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos, imagens, sons ou dúvidas recorrentes e persistentes, que são vivenciadas de forma intrusiva e inapropriada, e que causam ansiedade, desconforto ou sofrimento emocional. Como os pensamentos persistentes em geral envolvem temas moralmente ou fisicamente repugnantes, eles podem causar grande vergonha para o indivíduo acometido. Isto costuma levar o portador a esconder seus sintomas e o sofrimento resultante destes, mesmo reconhecendo tais preocupações como produtos de sua mente, pois ele interpreta-as como uma falha pessoal no controle desta, retardando a busca por ajuda. Habitualmente, estes indivíduos

---

tentam ignorar, suprimir ou neutralizar as obsessões com comportamentos compulsivos abertos ou encobertos (rituais mentais).

Assim, compulsões são comportamentos voluntários que a pessoa realiza em resposta a uma obsessão ou sentimento desconfortável, para tentar prevenir algum acontecimento temido ou diminuir o mal-estar, usualmente de acordo com regras rígidas. No passado, a gravidade das obsessões e compulsões era avaliada em separado pela maioria dos autores, mas recentemente certas obsessões e compulsões que frequentemente co-ocorrem passaram a ser estudadas em conjunto, no que se convencionou denominar abordagem “dimensional” dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) (ROSÁRIO et al., 2006).

Os conteúdos dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) são extremamente variados, apresentando-se de forma quase ilimitada de temas. Esta grande heterogeneidade de manifestações clínicas ocorre já que os sintomas podem ser criados a partir de qualquer substrato que passe na mente de uma pessoa, como imagens, palavras, sons, cenas, recordações, medos ou preocupações. No entanto, certos temas parecem se repetir constantemente em diversas épocas, localidades e culturas, como: obsessões de contaminação e de agressão contra si ou contra outras pessoas, dúvidas repetidas, pensamentos sexuais ou religiosos, rituais de checagem, limpeza, repetição, contagem, colecionamento, organização e simetria. O paciente pode ainda adotar diversos comportamentos de evitação para não entrar em contato com os objetos ou situações temidas. Algumas compulsões podem passar despercebidas, como os rituais mentais, que são atos ou rituais executados

---

internamente, por exemplo, pensar em algo bom para anular um mau pensamento. Portanto, vários estudos apontam para o fato de que os SOC são marcadamente diversos, e sua expressão clínica pode variar entre os pacientes, e também no mesmo portador ao longo dos anos (MIGUEL et al., 2005b).

Apenas a presença de obsessões e/ou compulsões não é suficiente para se diagnosticar o TOC; além disso, os sintomas devem tomar tempo, causar sofrimento significativo e interferência no funcionamento do indivíduo. Os SOC também não podem ser mais bem explicados pela presença de outro transtorno mental prévio ou coexistente. Os sistemas de classificação mais empregados em pesquisa e clínica no mundo, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (APA, 1994) divergem em alguns pontos, compartilhando do mesmo critério essencial, que é a presença de obsessões e/ou compulsões. Enquanto existe exigência de período de tempo mínimo na CID (duas semanas consecutivas), o DSM não coloca qualquer pré-requisito de duração dos SOC. A questão da capacidade crítica (*insight*), apesar de ser formalmente abordada de maneiras diferentes nos dois sistemas, mantém em ambos a possibilidade de especificação de pacientes que apresentam *insight* comprometido. Na CID-10 experiências agradáveis não podem ser obsessões ou compulsões e o TOC é classificado separadamente dos transtornos de ansiedade, enquanto no DSM-IV é colocado neste último grupo. Além disso, o DSM-IV permite diagnóstico dos rituais mentais, enquanto nos critérios da CID-10 não há espaço para

compulsões não manifestas. Por fim, O DSM-IV tem apenas um especificador: “com *insight* pobre” enquanto a CID-10 permite classificar o TOC em cinco subtipos. Os critérios diagnósticos da classificação do DSM-IV são descritos a seguir.

**1.2. Critérios diagnósticos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª Edição (DSM-IV – APA, 1994), que equivalem aos do Texto Revisado (DSM-IV-TR - APA, 2000).**

**A) Presença de obsessões ou compulsões:**

**Obsessões definidas por 1, 2, 3 e 4.**

**1)** Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados em algum momento durante o transtorno como intrusivos e impróprios e que causam acentuada ansiedade ou sofrimento;

**2)** Os pensamentos, impulsos ou imagens não são simplesmente preocupações excessivas com problemas de vida reais;

**3)** A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com outros pensamentos ou ações;

**4)** A pessoa reconhece, no entanto, que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivos são produtos de sua mente (e não originados de fora, como na inserção de pensamentos).

**Compulsões definidas por: 1 e 2**

- 1) Comportamentos repetitivos (p.ex. lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex. rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser seguidas rigidamente;
- 2) Os comportamentos ou atos mentais visam evitar ou reduzir o sofrimento, ou prevenir algum evento ou situação temidos; entretanto, não possuem uma conexão realística com o que pretendem neutralizar ou prevenir, ou são claramente excessivos.

**B.** Em algum momento durante o curso do transtorno a pessoa reconheceu o caráter excessivo ou irracional de suas obsessões ou compulsões (isto não se aplica a crianças);

**C.** As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (mais de uma hora por dia), ou interferem significativamente nas rotinas normais, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico), em atividades sociais ou relacionamentos habituais do indivíduo;

**D.** Se outro transtorno do eixo I estiver presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não deve ser restrito a ele (p. ex.: preocupação com comida na presença de Transtornos Alimentares; arrancar cabelos na Tricotilomania; preocupação com a aparência no Transtorno Dismórfico Corporal; com drogas no Transtorno por Uso de

Substâncias, em ter uma doença grave na Hipocondria; com impulsos ou fantasias sexuais nas Parafilias, ou ruminções de culpa na presença de Depressão Maior;

**E.** O transtorno não pode ser devido ao efeito direto de uma substância (p. ex.: droga de abuso, medicação) ou de uma condição médica geral.

Especificar se: Com *insight* pobre (se, na maior parte do tempo durante o episódio atual o indivíduo não reconhece que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais).

### **1.3. Características Clínicas do Toc**

#### **1.3.1. Características gerais e de evolução**

O início dos SOC pode ser agudo ou insidioso, não havendo um padrão determinado. O quadro do TOC frequentemente se inicia apenas com uma obsessão e/ou compulsão, havendo posteriormente uma sobreposição dos sintomas (ROSÁRIO-CAMPOS, 1998). A maioria dos pacientes descreve que sintomas leves, que não causam interferência ou sofrimento significativos, antecedem o aparecimento do quadro clínico completo. Muitos adultos apresentam múltiplas obsessões e compulsões na maior parte do tempo, com um medo ou preocupação em particular dominando a apresentação clínica em determinada época.

O TOC é em geral um transtorno crônico, que evolui alternando períodos de aumento e diminuição da gravidade de seus sintomas (APA, 1994, 2000;

---

GOODWIN et al., 1969), sem períodos totalmente assintomáticos na grande maioria dos pacientes (RASMUSSEN; EISEN, 1989). A questão do curso episódico, com remissão completa do TOC, ainda gera discussão na literatura, devido aos diferentes critérios adotados para definir remissão parcial e completa nos diversos estudos, além de diferentes instrumentos de avaliação ou pontos de corte adotados. O padrão episódico com remissão total (e, às vezes, recorrência tardia dos sintomas), quando claramente identificado, parece ocorrer em 10% a 20% dos portadores de TOC, apesar de esta taxa tender a aumentar à medida que o seguimento dos pacientes se estende por vários anos (DEMAL et al., 1993; SKOOG; SKOOG, 1999; STEKETEE et al., 1999). Perugi et al. (1998) relacionaram a evolução episódica do TOC à ocorrência de transtornos cíclicos do humor ou à história familiar de transtornos de humor, em especial do transtorno bipolar.

Em estudos de seguimento, a taxa de pacientes que apresentaram remissão completa dos sintomas constitui invariavelmente a menor parte das amostras estudadas (EISEN et al., 1995). No estudo de Skoog & Skoog (1999), que acompanhou 251 pacientes com TOC por mais de 40 anos, a melhora dos SOC ocorreu em 80% da amostra, porém houve remissão completa em apenas 20%. Os sintomas se alteraram em 58% dos pacientes, demonstrando o padrão de modificação dos SOC ao longo do tempo. Os autores concluíram que a maioria dos pacientes apresenta melhora na gravidade dos sintomas ao longo do tempo, mas muitos continuam a apresentá-los, mesmo que de forma subclínica (SKOOG; SKOOG, 1999). Numa coorte que avaliou adultos portadores de TOC por dois anos (*Brown Longitudinal Obsessive Compulsive*



---

*Study* - BLOCS), um quarto dos pacientes apresentou períodos com sintomas subclínicos durante o seguimento e a remissão completa dos sintomas foi rara; a idade média de início foi 18,5 anos, com os homens apresentando idade de início significativamente mais precoce (PINTO et al., 2006). Em outro estudo, 82% dos sujeitos apresentaram idade de início dos SOC antes dos 25 anos de idade (GRANT et al., 2007). A idade de início pode ser um fator preditivo de pior prognóstico de evolução. A presença de SOC na infância aumentou em seis vezes a chance de desenvolver TOC na idade adulta em uma coorte com 972 sujeitos, acompanhada dos 3 aos 32 anos de idade (FULLANA et al., 2009).

Como já ressaltado, a variabilidade na capacidade crítica ou *insight* foi levada em consideração nos sistemas mais modernos de classificação, com a introdução do subtipo “com insight pobre” no DSM-IV. As pesquisas indicam variabilidade substancial no julgamento pelos indivíduos de que suas obsessões e compulsões são exageradas ou sem sentido. Okasha et al. (1994), por exemplo, demonstraram que o *insight* era afetado levemente em 26,6% dos pacientes, moderadamente em 50%, gravemente em 14,4% e extremamente em 9%.

Outros transtornos coexistindo com o TOC parecem ser mais a regra do que a exceção. Diversos estudos, tanto com amostras clínicas quanto de base populacional, corroboram a alta prevalência principalmente de episódios depressivos e outros transtornos ansiosos comórbidos. No estudo BLOCS, 70% das crianças, 80% dos adolescentes e 91% dos adultos preenchem critérios para algum outro transtorno do Eixo I do DSM-IV (PINTO et al., 2006;

---

MANCEBO et al., 2009). Torres e colaboradores (2006) encontraram em 62% dos pacientes um ou mais diagnóstico de outra neurose além do TOC, no *British National Psychiatric Morbidity Survey de 2000*. Num importante inquérito americano recente (RUSCIO et al., 2010), as maiores razões de chance para comorbidades no TOC foram para transtornos afetivos e de ansiedade, mas também foram altas para transtornos do controle de impulso e por uso de substâncias. Um estudo nacional recente demonstrou que 92% dos pacientes com TOC provenientes de serviços especializados apresentavam pelo menos mais um diagnóstico pelo DSM-IV (TORRESAN et al., 2009). A presença de comorbidade, em especial a depressão, se mostrou fortemente relacionada à busca de serviços, quando comparada com pacientes portadores de TOC “puro” (TORRES et al., 2006; FULLANA et al., 2009).

### **1.3.2. Heterogeneidade Clínica do TOC**

Como já destacado, estudos realizados em vários países indicam que o TOC é um quadro bastante heterogêneo, com prováveis subtipos que têm diferentes apresentações fenomenológicas, cursos evolutivos e respostas ao tratamento convencional (HOUNIE et al., 2001). A identificação de subgrupos mais homogêneos de pacientes com TOC ou de fenótipos mais precisos e válidos do ponto de vista genético, aumentaria as chances de encontrar genes específicos de vulnerabilidade e de determinar fatores ambientais de risco e proteção que tenham, de fato, papel na etiologia do TOC, permitindo com isso a utilização de estratégias mais eficazes de tratamento (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2004) e mesmo de prevenção. Na verdade, vários autores propuseram

---

dividir o TOC de maneira mais homogênea, através de diferentes critérios, tais como: clínico evolutivo, psicopatológico, genético, de neuroimagem e resposta terapêutica. Os esforços em encontrar essas subdivisões do fenótipo do TOC mais homogêneas resultou em diversos modelos, com resultados relativamente consistentes nos estudos realizados através de análise fatorial ou de outras técnicas analíticas, sugerindo a existência de alguns subtipos relevantes. Entre estes, destacam-se os subgrupos estabelecidos de acordo com: a idade de início dos SOC; a presença de determinadas comorbidades; a presença de vivências subjetivas (“fenômenos sensoriais”) que acompanham ou precedem os SOC; a presença de infecção estreptocócica; assim como subgrupos baseados nas “dimensões” de SOC.

Apesar de não existir consenso na literatura acerca de qual idade deveria ser considerada como indicativa de “início precoce” dos SOC, e da própria definição de idade de início (se do surgimento dos primeiros sintomas ou da interferência destes na vida), diversos autores encontraram associação de início precoce com: sexo masculino, maior número de comorbidades, maior frequência de tiques e fenômenos sensoriais, maior gravidade dos sintomas e mais história familiar de TOC (GELLER et al., 1996; 1998; ZOHAR et al., 1997; NESTADT et al., 2000; MIGUEL et al., 2001; ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2001; TÜKEL et al., 2005; DE MATHIS et al., 2009).

Diversos estudos buscaram agrupar portadores de TOC de acordo com a presença de outras comorbidades, em especial dos transtornos de tiques. Estudos familiares, moleculares e com gêmeos apontaram para a importância dos fatores genéticos na etiologia do TOC e da síndrome de Tourette (ST), um

---

transtorno neuropsiquiátrico caracterizado por múltiplos tiques motores e vocais (MERCADANTE et al., 2004). As características fenotípicas que melhor diferenciaram os pacientes com TOC e ST, em relação àqueles sem tal comorbidade foram: maior frequência de fenômenos sensoriais; mais obsessões com temas sexuais e de agressão, assim como rituais de contagem, simetria e colecionamento; início precoce do TOC; predomínio do sexo masculino e maior carga genética, indicada por altos índices de TOC e SOC em familiares de pacientes com tiques e também frequências maiores de ST e tiques em familiares de primeiro grau de pacientes com TOC (PAULS et al., 1986; 1995; LECKMAN et al., 1994; 1995; ZOHAR et al., 1997; MIGUEL et al., 1997; 2003; DINIZ et al., 2004; 2006; ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2005; DE MATHIS et al., 2009). A sobreposição entre TOC de início precoce e TOC comórbido com transtornos de tiques sugere que ambos possam ser subtipos com uma etiologia comum.

A partir de achados como os de Okasha et al. (1994), em que 31% dos pacientes relatavam apenas compulsões, surgiu o interesse de investigar, se não são obsessões, o que levaria um indivíduo a executar comportamentos repetitivos e estereotipados de forma ritualizada. Os “fenômenos sensoriais”, definidos como sensações, sentimentos ou percepções desconfortáveis, também poderiam impelir um indivíduo a realizar suas compulsões, da mesma forma como ocorre nos transtornos de tiques. Exemplos seriam algumas sensações físicas desconfortáveis na pele ou músculos, percepções “*not just right*” em geral associadas a estímulos visuais, auditivos ou táteis (ex.: sentir-se mal até que algo seja percebido sensorialmente do “jeito certo”), sensações de

---

incompletude e de “energia” ou tensão, só aliviadas pelos comportamentos repetitivos (PRADO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009). Investigando sua presença em pacientes com TOC, constatou-se que não são raros, podendo ocorrer em 2/3 dos casos e que se associam a início precoce, maior gravidade de sintomas de simetria, ordenação e contagem, e história de tiques (PRADO et al., 2008), além de pior resposta em curto prazo à clomipramina. Isto tornaria os fenômenos sensoriais variáveis fenotípicas potencialmente válidas para se subagrupar pacientes com TOC (MIGUEL et al., 1997; 2001), já tendo sido desenvolvido um instrumento estruturado para sua avaliação mais sistemática (ROSÁRIO et al., 2009).

A descoberta de altos índices de TOC em pacientes com Coréia de Sydenham (CS) sugere que um processo imune anormal em pacientes recuperando-se de infecção estreptocócica causada por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (GABHS) pode atuar na etiologia do TOC. Para alguns autores, os SOC originados ou exacerbados durante sua ocorrência podem representar um subgrupo distinto, associado também ao início precoce (SWEDO et al., 1997; MIGUEL et al., 2005a).

As abordagens dimensionais também têm sido utilizadas para caracterizar com mais precisão as diferenças clínicas encontradas entre os pacientes (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2006). Além do TOC, outros transtornos também têm se beneficiado com esta abordagem, como, por exemplo, transtornos de humor (CASSIDY et al., 1998), transtornos alimentares (WILLIAMSON et al., 2002), ST (ALSOBROOK et al., 2002) e esquizofrenia (ANDREASEN et al., 1995). Para a abordagem dimensional ser considerada

---

válida, é necessário que os fatores mantenham certa estabilidade ao longo do tempo. De forma interessante, Mataix-Cols et al. (2002) relataram que, apesar de os SOC variarem ao longo do tempo, esta variação ocorria dentro das mesmas dimensões de sintomas, e o melhor fator preditivo de o paciente ter sintomas em uma determinada dimensão em uma etapa específica do estudo era ter apresentado sintomas da mesma dimensão na etapa anterior.

A abordagem dimensional dos SOC foi descrita em mais de 20 estudos até o momento, incluindo mais de 3.000 pacientes (MATAIX-COLS et al., 2008). Várias análises fatoriais realizadas até o momento descreveram de três a cinco dimensões de SOC, que chegam a explicar 70% da variância (MATAIX-COLS et al., 2005). 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 de vários países e culturas. De todos os estudos, os fatores já bem replicados são: contaminação/lavagem; ordenação/simetria/contagem e colecionamento, além de sexual/religioso e agressão (estas duas últimas por vezes em conjunto). 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., 2005a; HASLER et al., 2007), inclusive em relação a gênero. No estudo de Hasler et al. (2007), por exemplo, maior transmissão familiar foi observada para os fatores ou dimensões de colecionamento e agressão/sexo/religião, e algumas comorbidades se associaram preferencialmente a dimensões

---

específicas (ex. transtornos afetivos com o fator agressão/sexo/religião, dependência de álcool, bulimia e THDA com o fator ordenação/simetria). Restringindo-se a amostra para pacientes do sexo feminino, mais do que dobraram as estimativas de familiaridade para o fator de ordenação/simetria.

Uma aplicação direta na vida no paciente é que, cada vez mais, pesquisadores e clínicos estão desenvolvendo tratamentos específicos para cada tipo de dimensão (McKAY et al., 2004). Mataix-Cols e colaboradores (2004) e Pujol e colaboradores (2004) reportaram correlatos neuronais distintos em relação às diferentes dimensões do TOC. Assim, as principais dimensões de SOC podem ter diferentes correlatos genéticos, neurais e neuropsicológicos (Fullana et al., 2009). Em recente metanálise sobre o tema (BLOCH et al., 2008) sugere-se que o DSM-V contenha como especificadores as quatro dimensões mais replicadas nos estudos até agora, sendo elas: 1) dimensão de simetria, que incluiria indivíduos com obsessões de simetria e compulsões de ordenação, repetição e contagem; 2) dimensão de pensamentos proibidos, que incluiria indivíduos com obsessões agressivas, sexuais e religiosas; 3) dimensão de limpeza, que incluiria indivíduos com obsessões de contaminação ou sujeira e compulsões de limpeza; e 4) dimensão de colecionamento, que incluiria indivíduos com obsessões e compulsões correlatas.

### 1.3.3. Aspectos Transculturais dos Sintomas do TOC

“...apesar de sua diversidade, rituais culturalmente significativos formam-se, em sua base, a partir de um repertório universal, semelhante ao que forma os SOC”. (RAPOPORT; FISKE, 1998)

Estudos epidemiológicos e clínicos são fortemente consistentes em diferentes países, indicando que o TOC tem uma notável uniformidade transcultural. A natureza dos SOC demonstrou um repertório de temas semelhantes em que se inserem os SOC, independente da cultura ou região geográfica estudada (DEL PORTO, 1994). Resultados de 15 amostras clínicas sugerem que a variação cultural tem influência mínima nas taxas de prevalência ao longo da vida, mas, como esperado, os sintomas frequentemente assumem algumas características da cultura em que o indivíduo está inserido. Assim, por exemplo, apesar de seu histórico isolamento do restante do mundo, que levou a população japonesa a ser uma das maiores populações compostas por uma única etnia, com cultura bastante distinta dos países ocidentais, os SOC entre os japoneses se apresentam marcadamente similares aos encontrados em outras culturas (PALLANTI, 2008). Thomsen (1995) encontrou apenas poucas diferenças nos SOC de indivíduos na Dinamarca e nos EUA. Obsessões sobre sujeira e contaminação foram as mais comumente encontradas em pacientes com TOC nos EUA, Índia, Inglaterra, Japão, Dinamarca e Israel, seguidas de obsessões agressivas e, em terceiro lugar, as somáticas (GREENBERG; WTZUM, 1994; OKASHA et al. 1994; FOA; KOSAK, 1995; SASSON et al., 1997). Outros autores tentaram avaliar o impacto da cultura e da religião sobre o conteúdo dos SOC, como em um



estudo egípcio que relaciona a alta prevalência de obsessões religiosas com a forte influência que a religião desempenha na criação e escolarização local (OKASHA et al., 1994). A cultura parece ser um fator incapaz de interferir na prevalência do TOC, mas que pode influenciar na busca por tratamento, como sugerido em estudos clínicos de países muçumanos, como o Egito, ou asiáticos, como a Índia, onde o papel social da mulher é marcadamente inferiorizado em comparação aos homens, principalmente em relação aos países ocidentais. Tais estudos clínicos apresentam predominância de homens em suas amostras, o que pode ser resultado de uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde para eles (OKASHA et al., 1994; JAISOORYA et al., 2009). Portanto, embora a expressão de sintomas específicos possa ser moldada pela influência da cultura, estudos transculturais sugerem a existência de agrupamentos de sintomas nucleares relativamente independentes de diferenças geográficas, culturais e sociodemográficas (DEL PORTO, 1994). Ressalta-se ainda a notável consistência nas taxas de prevalência, idade média de início e padrão de comorbidade entre os estudos, o que dá suporte à validade e à universalidade do quadro clínico do TOC (DEL PORTO, 2001). Tais achados parecem sugerir um maior impacto de fatores neurobiológicos do que de aspectos culturais para o aparecimento, curso e fenomenologia do TOC. Em editorial sobre este tema, Pallanti (2008) conclui que o TOC parece de fato estar mais profundamente imerso em aspectos neurobiológicos comuns do que em diferenças culturais.

#### 1.3.4. Impacto do TOC na qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida (QV) em relação à saúde envolve um construto multidimensional, que reflete o bem-estar físico e psíquico subjetivo dos sujeitos em diferentes domínios da vida. Tal campo de interesse envolve aspectos como bem-estar psicológico, satisfação com a vida, funcionamento social e desempenho, condições de vida e apoio social, mas não tem uma definição totalmente clara ou universalmente aceita, nem há um instrumento considerado padrão-ouro para sua avaliação. Apesar disso, desde a década de 90 houve grande incremento nas pesquisas neste campo na área da saúde, pela necessidade de se aplicar o modelo biopsicossocial das doenças na prática clínica (KATSCHNIG, 2006). O TOC foi apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no estudo de Sobrecarga Global das Doenças de 1999, como a décima causa de anos vividos com incapacidade em todo mundo (responsável por 2,2% da incapacitação por doenças em geral), ocupando a quinta posição entre mulheres de 15 a 44 anos, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Assim, o TOC se mostra tão ou mais incapacitante que muitas doenças graves, físicas ou mentais. No entanto, além de pouco estudado (MENDLOWICZ; STEIN, 2000; HANSON, 2002; QUILTY et al., 2003), o impacto negativo na QV do portador de TOC vem sendo subestimado, talvez por este geralmente não ser considerado um transtorno mental “grave”, como os transtornos esquizofrênicos, bipolares ou demenciais, mas sim um transtorno “neurótico”, cujas manifestações representam um *continuum* com a normalidade. Apesar do número relativamente pequeno de estudos, realizados

---

utilizando diversos instrumentos de avaliação, estes indicam que o impacto do TOC na QV pode ser devastador, afetando negativamente vários domínios da vida do portador (ex.: acadêmico, ocupacional, social, familiar e afetivo), e repercutindo também nos familiares e amigos (TORRESAN et al., 2008). O custo social também pode ser alto, em função do desemprego, da dependência financeira da família, do pagamento de auxílios-doença e do uso de serviços de saúde, em geral por adultos jovens, que se encontram em uma das fases potencialmente mais produtivas de suas vidas (STEIN et al., 2000). Dois estudos avaliaram, de forma metodológica distinta, a relação dos tipos ou dimensões de sintomas com QV e encontraram um pior desempenho no componente de saúde física da *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) para a dimensão contaminação/limpeza e para “lavadores” puros (MORITZ et al., 2005; ALBERT et al., 2010).

Alguns autores investigaram a possibilidade de comportamentos suicidas ocorrerem em portadores de TOC independentemente da presença de condições comórbidas sabidamente associadas ao maior risco de suicídio, como, por exemplo, a depressão e os transtornos por uso de substâncias. (TORRES et al., 2006). O risco de suicídio provavelmente vem sendo subestimado nesses pacientes, merecendo mais atenção por parte de profissionais de saúde mental e gestores de saúde (HOLLANDER et al., 1997; STEIN et al., 2000; TORRES et al., 2006; TORRES et al., 2010). Em um estudo multicêntrico brasileiro com 582 portadores de TOC provenientes de centros especializados, 57% dos indivíduos relatavam já terem pensado que não valia a pena viver, 43% já haviam desejado estar mortos, 36% já tinham

---

apresentado ideação suicida, 20% chegaram a planejar suicídio, e 11% já haviam tentado suicídio (TORRES et al., 2010).

Além de taxas relativamente altas de ideação e tentativas de suicídio (TORRES et al., 2006), alguns estudos populacionais também apresentam indicadores que podem ser utilizados como parâmetros indiretos de comprometimento na QV em pessoas com TOC, como mais desemprego, menor renda, maior uso de auxílios-doença, menor índice de união conjugal estável, além de maior uso de serviços de saúde (KARNO et al., 1988; LEON et al., 1995). No levantamento Britânico de morbidade psiquiátrica de 2000, indivíduos com TOC comparados a pessoas com outros transtornos “neuróticos” (ansiedade generalizada, depressão, pânico, fobias e transtorno misto depressivo-ansioso), apesar de apresentarem nível semelhante de escolaridade, estavam mais frequentemente desempregados ou inativos, tinham menor nível socioeconômico, menor taxa de casamento e viviam mais sozinhos (TORRES et al., 2006). Eles ainda referiam mais interferência dos sintomas emocionais nas suas atividades diárias e sociais, pior pontuação no componente de saúde mental do SF-12 (instrumento utilizado para avaliar QV), além de apresentarem taxas significativamente mais altas de ideação (63% vs. 38%) e tentativas de suicídio (26% vs. 14%) ao longo da vida.

O impacto negativo do TOC nos familiares é, sem dúvida, muito mais do que econômico, envolvendo acomodação aos rituais e às solicitações bizarras do paciente, mudanças de rotina, e até impossibilidade de receber visitas ou ter atividades de lazer. Em casos mais graves, é comum o paciente ficar incapacitado até para realizar as atividades mais simples do dia-a-dia, como

---

tarefas domésticas ou de higiene pessoal, tornando-se muito dependentes de seus cuidadores. Compaixão, vergonha, raiva e ambivalência são sentimentos comuns entre os familiares, cuja sobrecarga emocional pode ter efeitos deletérios na sua própria saúde mental, sugerindo a necessidade de apoio e orientação para minimizar tal impacto emocional (STENGLER-WENZKE et al., 2004; RAMOS-CERQUEIRA et al., 2008; ALBERT et al., 2010). Em estudo nacional com 50 cuidadores de portadores de TOC, 42% deles apresentavam Transtorno Mental Comum e a acomodação familiar era grave ou muito grave em 24% da amostra (RAMOS-CERQUEIRA et al., 2008). Matsunaga et al. (2000) relataram que mulheres com TOC envolviam mais frequentemente os familiares em seus rituais. Em estudo italiano recente, observou-se maior acomodação familiar em caso de sintomas mais graves da dimensão de contaminação e limpeza (ALBERT et al., 2010).

#### **1.4. Epidemiologia do TOC**

O TOC tem uma prevalência que é o dobro da de outros transtornos mentais como esquizofrenia e transtorno bipolar, sendo estimada em 2,0 a 2,5% ao longo da vida. Apesar de ser equivalente nos dois sexos na idade adulta em populações clínicas, é levemente predominante no sexo feminino na maior parte das amostras comunitárias (KARNO et al., 1988; WEISSMAN et al., 1994; JENKINS et al., 2003; TORRES et al., 2006; MOHAMMADI et al., 2007). Tal achado indica um possível padrão diferenciado de procura por tratamento

---

entre os gêneros, com homens tendendo a procurar mais ajuda do que as mulheres. Apesar de descrições sobre SOC serem encontradas na literatura há vários séculos, o TOC foi subestimado na literatura médica até o início dos anos 1980. A percepção de que o TOC seria uma condição rara fortaleceu-se com estudos como o de Rüdin (1953), conduzido na Alemanha, e por outros trabalhos que se seguiram (POLLITT, 1957; INGRAM, 1961; KRINGLIN, 1965), com uma prevalência na vida para a população geral estimada à época, de cinco indivíduos acometidos para cada 10.000 habitantes. Por décadas o TOC permaneceu relegado a segundo plano, com pouca valorização na literatura, provavelmente também pela crença de ser um transtorno pouco responsivo a tratamento. Este panorama, porém, passou a se modificar a partir da década de 80 do século passado (FONTENELLE et al., 2006). Encorajada pelo desenvolvimento de critérios diagnósticos mais confiáveis e de instrumentos de detecção mais precisos, pelas evidências clínicas do importante impacto resultante do TOC e pela promissora resposta ao tratamento com clomipramina e terapia comportamental, a comunidade científica retomou o interesse pelo TOC e um grande número de pesquisas sobre o transtorno surgiu nas décadas seguintes, colaborando para uma melhor compreensão das suas características clínicas e do seu tratamento.

A prevalência no mês anterior variou entre 0,3 a 3,1% em amostras populacionais, nos estudos que empregaram o *Composite International Diagnostic Instrument* (CIDI). Em sete estudos epidemiológicos internacionais, que utilizaram a *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) como instrumento diagnóstico, a prevalência no ano anterior variou entre 1,1 a 1,8% (WEISSMAN

---

et al., 1994). Entre os grandes estudos populacionais, o americano *Epidemiological Catchment Area* (ECA) encontrou uma prevalência de 2,5% ao longo da vida e 1,6% nos seis meses anteriores, em cinco centros urbanos (MYERS et al., 1984; ROBINS et al., 1984; KARNO et al., 1988), sendo o TOC o quarto transtorno mental mais prevalente nesta amostra. Mais recentemente, o *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), também realizado nos EUA, mas agora com uma amostra representativa de toda a população do país, encontrou dados semelhantes aos do ECA, com a prevalência na vida de 2,3% e, nos 12 meses anteriores, de 1,2% (KESSLER et al., 2005a; KESSLER et al., 2005b).

Outro estudo que reavaliou uma subamostra do NCS-R, com 2.073 entrevistados através do módulo de TOC da SCID, demonstrou grande consistência com o instrumento CIDI, aplicado no NCS-R por entrevistadores leigos. Isto é importante, pois já houve muita crítica a estes grandes estudos populacionais, pela hipótese de que a utilização de entrevistadores leigos superestimaria a presença de obsessões e compulsões (RUSCIO et al., 2010). As mesmas taxas de prevalência do estudo de Kessler foram encontradas em sua replicação com a SCID, reforçando a capacidade da CIDI de identificar os portadores de TOC em amostras populacionais (RUSCIO et al., 2010). O *British National Psychiatric Morbidity Survey* de 2000 encontrou uma prevalência no mês de 1,1% (0,9% em homens e 1,3% entre mulheres) (TORRES et al., 2006).

A prevalência do TOC ao longo da vida varia de acordo com o país, mas demonstra marcante consistência de seus resultados para a maioria dos países

investigados. O estudo *Cross National Collaborative Group*, realizado em quatro continentes, utilizou o mesmo instrumento empregado no levantamento ECA. Prevalência na vida em torno de 2% foi encontrada nos EUA, Canadá, América Latina e Porto Rico, com taxas semelhantes na Nova Zelândia e Europa, enquanto na Ásia a Coreia apresentou prevalência de 1,9% e Taiwan, de 0,7% (WEISSMAN et al., 1994). Levantamento iraniano (MOHAMMADI et al., 2007) obteve prevalência de 1,8%, sendo 0,7% nos homens e 2,8% nas mulheres da população geral.

Interessantemente, levantamentos recentes (FULLANA et al, 2009; RUSCIO et al., 2010) confirmam que SOC são comuns na população geral e podem causar interferência, mesmo quando subclínicos. Assim, SOC ocorreram em 13 a 17% das pessoas que não preencheram critérios para nenhum transtorno mental e em 31-49% dos indivíduos com outros transtornos mentais além do TOC no estudo de Fullana e colaboradores (2009), reforçando que os SOC não se atêm às fronteiras do TOC. Da mesma forma, no NCS-R (RUSCIO et al., 2010), 28% dos indivíduos entrevistados referiram já ter apresentado obsessões e/ou compulsões, enquanto apenas 2,3% preencheram critérios para TOC na vida, e 1,2% no último ano.

Uma série de estudos, em diversos países, avaliou a presença de TOC em amostras de crianças e adolescentes. Pelo menos 16 deles encontraram taxas variando de 0 a 4% na infância, mas críticos argumentam que alguns desses estudos, muitos utilizando o DIS, trabalharam com amostras extremamente jovens, o que reduziria o poder em identificar o TOC. Destaca-se entre eles uma coorte que seguiu 930 indivíduos e, na avaliação aos 18



---

anos de idade, encontrou uma prevalência nos últimos 12 meses de 4% (DOUGLASS, 1995).

Um levantamento populacional canadense recente (GRENIER et al., 2009) avaliou a prevalência de TOC em pessoas maiores de 65 anos, obtendo uma estimativa de 1,5% no ano anterior. Diferentemente da maior parte dos estudos epidemiológicos com adultos em geral, os homens apresentaram maiores chances do que as mulheres de apresentarem o problema. O estudo indicou ainda importante comprometimento funcional nos portadores dessa faixa etária, particularmente nos relacionamentos pessoais, porém baixa procura por tratamento (apenas 10% dos casos).

Estudos brasileiros de prevalência do TOC em amostras comunitárias ainda são escassos. Almeida Filho et al. (1992) encontraram taxas de prevalência de 0,7% em Brasília e 2,1% em Porto Alegre num estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica, enquanto uma década depois Andrade et al. (2002), utilizando a CIDI, encontraram uma prevalência ao longo da vida de 0,3% (0,4% em homens e 0,1% em mulheres) numa amostra populacional da cidade de São Paulo. Esta variação entre as estimativas de prevalência nos diversos estudos talvez em parte reflita diferenças metodológicas e inconsistências entre critérios diagnósticos. Assim, além das diferenças intrínsecas das populações em estudo, diferentes contextos da avaliação (entrevista pessoal ou por telefone) e uso crescente de tecnologia também parecem contribuir para as discrepantes taxas encontradas nos inquéritos de base populacional em relação ao TOC (FONTENELLE et al., 2006).

---

A partir destes estudos mais recentes foi possível demonstrar que o TOC é um quadro relativamente comum na população geral, inclusive em crianças. Estima-se que cerca de 50% dos adultos portadores de TOC tiveram o início dos sintomas na infância (KESSLER et al., 2005). O caráter secreto da doença, devido à crítica que a maioria dos pacientes tem sobre seus sintomas, contribui para o reconhecimento pouco frequente do TOC, além da falta de treinamento dos profissionais de saúde em geral para sua identificação. Isto acarreta uma considerável demora entre o início dos sintomas e a busca de tratamento. Em estudos brasileiros, o tempo médio entre início dos SOC e a procura por tratamento varia entre 10,6 anos (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2001) e 18,1 anos (MIGUEL et al., 2003).

Diversos fatores podem influenciar a busca (ou não) por tratamento no TOC. A comorbidade com outros transtornos mentais, por exemplo, pode favorecer a procura. Num estudo epidemiológico (TORRES et al., 2006; TORRES et al., 2007a), referiram estar em tratamento 56% dos pacientes com comorbidades e apenas 14% dos casos de TOC “puro”. É provável, portanto, que muitos portadores de TOC procurem tratamento por outros sintomas ansiosos ou depressivos (FULLANA ET al., 2009) e podem estar ocultando ou omitindo seus SOC dos profissionais de saúde, prejudicando o bom andamento do tratamento (TORRES et al., 2007a). Em outro inquérito (FULLANA et al., 2009), 67% dos participantes que procuraram ajuda profissional apresentavam depressão maior comórbida. Além disso, sintomas agressivos, como o medo de ferir pessoas queridas, e pensamentos “vergonhosos” ou proibidos de cunho sexual ou religiosos) aumentaram as chances de busca por tratamento.

## 1.5. Tratamento do TOC

O tratamento preconizado atualmente como de primeira linha para o tratamento do TOC inclui abordagens psicoterápicas e medicamentosas, além da chamada “psicoeducação” dos pacientes e de seus familiares. Em relação à psicoterapia, a modalidade consistentemente avaliada como eficaz é a cognitivo-comportamental, que inclui modificação de crenças disfuncionais e técnicas de exposição com prevenção de respostas. A exposição aos estímulos temidos deve ser repetida e sistemática, com prevenção das respostas de esquiva passiva e ativa (rituais), para propiciar a gradativa redução dos sintomas ansiosos, por habituação, assim como a desconfirmação das crenças irrealísticas. Acredita-se que em casos leves e moderados, assim como em crianças, deva-se preferencialmente tentar a psicoterapia como abordagem exclusiva. O *Pediatric OCD Treatment Study*, primeiro ensaio clínico randomizado a comparar técnicas psicoterápicas com uso de medicação para o tratamento de crianças portadoras de TOC, mostrou que a terapia cognitiva comportamental (TCC) foi superior ao uso de sertralina em monoterapia, um inibidor seletivo de recaptção da serotonina (ISRS), e o melhor tratamento foi a associação das duas abordagens (PEDIATRIC OCD TREATMENT STUDY [POTS] TEAM, 2004). As técnicas cognitivo-comportamentais podem ser oferecidas tanto em formato individual quanto grupal (KORAN et al., 2007).

Os medicamentos mais indicados para o tratamento do TOC são os antidepressivos serotoninérgicos, que incluem o tricíclico Clomipramina e os ISRS, tais como Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram e

---

Escitalopram (KORAN et al., 2007). Alguns estudos mais recentes apontam também a Venlafaxina (inibidor serotoninérgico e noradrenérgico) como uma opção também eficaz (FONTENELLE et al., 2007). Em casos refratários ou de comorbidade com transtornos de tiques, sugere-se a associação dos ISRS com neurolépticos típicos (ex. Haloperidol) ou atípicos (ex. Risperidona, Olanzapina) (McDOUGLE, 1997; SKAPINAKIS et al., 2007). A associação de Clomipramina a um ISRS é outra possível abordagem de casos não responsivos aos tratamentos convencionais (KORAN et al., 2007).

### **1.6. Sexo e Gênero**

O termo “sexo” faz referência às características biologicamente determinadas, genéticas e anátomo-fisiológicas, dos seres humanos, enquanto o termo “gênero” expressa todo um sistema de relações que inclui sexo, mas que transcende a diferença biológica. Assim, o conceito de gênero, surgido das ciências sociais nos anos 70, abrange os atributos sociais do sexo, que constituem a definição de masculino e feminino nas diversas culturas. Gênero, portanto, significa a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e à dimensão biológica dos seres. Tal conceito pode ser definido como o conjunto de responsabilidades, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que, através de um processo de construção social, diferencia homens e mulheres (OLINTO, 1998; DIAS, 2003). Dependendo do modelo de análise estatística adotado em estudos epidemiológicos, como em modelos

---

hierarquizados que busquem as relações de causalidade dos processos de adoecimento, as variáveis sexo e gênero podem representar objetos diferentes e deveriam receber tratamentos distintos (OLINTO, 1998). No entanto, muitas vezes é difícil se estabelecer o peso relativo ao fator biológico e/ou ao fator social no que se refere às questões de masculinidade e feminilidade. Em diferentes campos do conhecimento, muito tem se discutido sobre a conceituação e a origem da diferença sexual – ponto-chave para a compreensão da construção das especificidades do gênero.

Diversos fatores biológicos, psicológicos e de diferenças de papéis sociais e modos de enfrentamento dos acontecimentos vitais poderiam explicar as peculiaridades encontradas em cada um dos gêneros, nos diversos transtornos mentais. Alguns estudos sugerem que as mulheres são mais sensíveis a conflitos nas relações sociofamiliares do que os homens e, em adolescentes, também há indícios de que o sexo feminino é mais suscetível a eventos estressantes oriundos do meio ambiente do que o sexo masculino, estando esta suscetibilidade associada à maior ocorrência de sintomas depressivos (JUSTO et al., 2006). Entre as teorias biológicas, propõe-se que um dano durante o estágio fetal geralmente é mais global do que um dano que ocorra após o nascimento, sendo os órgãos de rápido crescimento os mais vulneráveis. Além disso, os meninos seriam mais vulneráveis do que as meninas aos danos do desenvolvimento, pois tanto em humanos quanto em outros animais, as fêmeas mostram maior vigor biológico do que os machos (KAPLAN et al., 1997; LOCHNER; STEIN, 2001). Vários estudos demonstraram mais retardo mental e maior risco de mortalidade neonatal

---

precoce entre os meninos, como no estudo brasileiro em que as crianças do sexo masculino apresentaram risco quase duas vezes maior para mortalidade neonatal precoce e 1,5 para mortalidade perinatal, em relação às do sexo feminino (MENEZES et al., 1998; LLERENA JR et al., 2000).

O cérebro tem uma tendência biológica natural para o desenvolvimento na direção do feminino. Porém, durante o desenvolvimento do cérebro humano existem três fases de secreção de testosterona, com um pico durante a gestação (entre 12 e 20 semanas), que está relacionado à masculinização do trato reprodutivo e possivelmente também do hipotálamo. Um segundo período de secreção ocorre no primeiro ano de vida, que parece estar relacionado ao desenvolvimento dos hemisférios cerebrais e, finalmente, um terceiro pico é observado na puberdade. Estas mudanças parecem estar relacionadas às diferenças intersexuais observadas durante o desenvolvimento (LATRONICO, 2005). Foi observado que o crescimento mais acelerado no córtex pré-frontal (CPF) ocorre entre oito e 14 anos de idade (KANEMURA et al., 2003), quando começa a maior parte dos casos de TOC de início na infância. Portanto, anormalidades do crescimento dessas estruturas poderiam estar relacionadas ao TOC de início precoce (MAIA et al., 2008). Como o CPF (incluindo o córtex orbito-frontal - COF) continua a amadurecer ao longo da vida adulta (GOGTAY et al., 2004), anormalidades da maturação posteriores poderiam estar relacionadas ao TOC de início tardio (MAIA et al., 2008). Em relação às diferenças de gênero, o desenvolvimento do núcleo caudado e do COF, dois componentes centrais da alça COF/CAC (córtex anterior do cíngulo), se dá de modo diferente para meninos e meninas, o que poderia explicar a maior

prevalência do TOC de início precoce entre os meninos (MAIA et al., 2008). Da mesma forma, a testosterona e o seu metabólito estradiol atuam sobre o desenvolvimento neuronal ligado a receptores estrogênicos e androgênicos. Estrógeno e progesterona poderiam afetar o humor e o comportamento através de sua ação sobre os mecanismos de síntese, liberação, recaptura e inativação enzimática de diversos neurotransmissores (RUPPERECHT, 1997). Aparentemente, o estrogênio favorece tanto a neurotransmissão serotoninérgica quanto a noradrenérgica (PARKER; BROTHIE, 2004). Dunn e Steiner (2000) propuseram uma hipótese de susceptibilidade biológica para explicar a diferença nas prevalências de transtornos de humor entre os gêneros. Segundo esses autores, haveria, na mulher, um desbalanço na interação entre o eixo hipotalâmico-gonadal e outros neuromoduladores. O ritmo neuroendócrino relacionado à reprodução na mulher seria vulnerável à mudança, e altamente afetado por fatores psicossociais, ambientais e fisiológicos. O estrógeno tem sido descrito como capaz de modular as concentrações de monoaminaoxidase (MAO), e a progesterona, por sua vez, aumentaria as concentrações desta enzima, também identificada em estudos genéticos com portadores de TOC (LOCHNER et al., 2004). Em um estudo com 220 sujeitos, com foco em genes específicos relacionados ao TOC, encontrou-se variância de baixa atividade do gene I da catecol-O-metiltransferase (COMT) (I) em homens e variância de alta atividade do gene da monoamino-oxidase (MAO-A) em mulheres (LOCHNER et al., 2004). Recente metanálise reforça o importante papel desempenhado pela COMT-I na etiologia do TOC em homens (POLLEY et al., 2007).

---

Vários outros estudos identificaram o período pós-parto como de maior vulnerabilidade para o aparecimento ou a acentuação do TOC, com uma série de relatos de mulheres que experimentaram uma alteração significativa da gravidade dos SOC durante a fase pré-menstrual, de gestação e puerpério (ABRAMOWITZ et al., 2003; BRANDES et al., 2004; LABAD et al., 2005; VASCONCELOS et al., 2007). Isto se daria em função de diversos fatores biológicos associados às alterações bruscas de balanço entre estrogênio e progesterona nessas condições, além de outras alterações físicas e de fatores psicossociais. A importância destes últimos é reforçada por relatos da literatura que descrevem impacto nos SOC também em homens, logo após o nascimento de filhos (ABRAMOWITZ et al., 2003).

As estimativas de prevalência de sintomas pré-menstruais chegam a 75% das mulheres entre a menarca e a menopausa, e as de transtorno de disforia pré-menstrual (TDPM) oscilam entre 3% e 8%, sendo que ambas as condições são caracterizadas por francas alterações do humor, com gravidade acentuada no TDPM (STEINER et al., 2003). A tristeza pós-parto (“*blues*”) atinge entre 26% e 85% das parturientes, dependendo dos critérios diagnósticos, e a depressão maior pós-parto chega a 15% delas (STEINER et al., 2003).



### 1.7. Estudos de sexo e gênero em outros transtornos mentais

Diversas pesquisas já foram desenvolvidas para elucidar esta importante questão das diferenças e similaridades entre os sexos (ou gêneros) na apresentação clínica, evolução e resposta ao tratamento de diversos outros transtornos mentais. Mesmo nos transtornos cuja prevalência é semelhante em homens e mulheres, são observadas diferenças na idade de início, perfil sintomatológico e resposta ao tratamento. Têm sido identificados, ainda, diferentes padrões de comorbidade psiquiátrica e física em mulheres e homens (ANDRADE et al., 2006).

Assim, há na literatura, por exemplo, estudos nesta área sobre autismo (HOLTMANN et al., 2007), transtornos ansiosos em geral (BEKKER; van MENS-VERHULST, 2007), transtorno do estresse pós-traumático (LILLY et al., 2009), transtorno dismórfico corporal (PHILLIPS et al., 2006; TAQUI et al., 2008), transtornos alimentares (GADALLA, 2008), cleptomania (GRANT E POTENZA, 2008), transtornos por uso de álcool e drogas (HUSELID et al., 1992; CLARK et al., 1997; WILSNACK et al., 2000; NOLEN-HOEKSEMA, 2004), transtornos depressivos (KORNSTEIN et al., 2000), e transtornos afetivos em geral, esquizoafetivos e esquizofrênicos (McGLASHAN; BARDENSTEIN, 1990). Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor do que homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de

---

atenção e hiperatividade (ANDRADE et al., 2006). Em um estudo que avaliou comorbidades psiquiátricas em pacientes portadores de transtorno de pânico com agorafobia, encontrou-se mais história de transtorno por uso de álcool e hipocondria entre os homens, enquanto fobia simples foi mais comum nas mulheres (STARCEVIC et al., 2008). De modo geral, a esquizofrenia em homens inicia-se mais cedo do que em mulheres, associa-se a maior comprometimento cognitivo e tem pior evolução, além de pior resposta aos neurolépticos (TENGAN; MAIA, 2004).

## **1.8. Estudos de sexo e gênero no TOC**

### **1.8.1. Estudos epidemiológicos**

Em um estudo de base populacional comunitária realizado na Grã-Bretanha em 2000 (TORRES et al., 2006), mulheres e homens com TOC não diferiram significativamente quanto ao tipo de sintomatologia (só obsessões, só compulsões ou ambas), número ou tipo de transtornos neuróticos comórbidos. No entanto, os homens apresentaram significativamente mais dependência de álcool (33,3%) e de drogas (20,3%) do que as mulheres (11,7% e 9,2%, respectivamente), além de serem mais frequentemente solteiros e morarem sozinhos ou com os pais.

No estudo NCS-R (RUSCIO et al., 2010), as curvas de idade de início diferiram significativamente em homens e mulheres, em concordância com resultados de estudos clínicos. Enquanto aqueles constituem a maior parte dos

---

casos de início muito precoce (um quarto deles com início do quadro antes dos 10 anos de idade), as mulheres apresentaram um acúmulo muito mais rápido de novos casos após essa idade, principalmente na adolescência.

Outros estudos de base populacional não encontraram ou não estudaram diferenças de gênero em relação à comorbidades psiquiátricas com o TOC, mas demonstraram discreta predominância de sujeitos do sexo feminino em suas amostras (MOHAMMADI et al., 2004, 2007; YOLDASCAN et al., 2009). Em revisão realizada por Fontenelle e Hasler (2008), 22 dos 27 estudos que relataram dados de gênero encontraram predominância de mulheres em amostras epidemiológicas de adultos portadores de TOC. Já em amostras mais jovens, incluindo crianças e adolescentes, o TOC em geral predomina entre meninos (FONTENELLE; HASLER, 2008).

### **1.8.2. Estudos clínicos**

Vários trabalhos vêm apontando início mais precoce do quadro no sexo masculino, se comparado ao feminino (RASMUSSEN; TSUANG, 1986; MINICHIELLO et al., 1990; NOSHIRVANI et al., 1991; NEZIROGLU et al., 1994; CASTLE et al., 1995, BOGETTO et al., 1999; FONTENELLE et al., 2003; LOCHNER et al., 2004; TÜKEL et al., 2004; KARADAG et al., 2006; JAYSOORIA et al., 2009; TORRESAN et al., 2009). Aproximadamente 1/3 dos pacientes adultos apresenta o início dos sintomas na infância (ROSÁRIO-CAMPOS, 2001), porém entre as crianças, 2/3 dos casos seriam de meninos (RAPOPORT et al., 1981; SWEDO et al., 1989; FLAMENT et al., 1990;

---

BELLODI et al., 1992). Em um estudo brasileiro com 330 portadores de TOC, houve predomínio de homens no grupo de início precoce, ou seja, antes dos onze anos de idade (DE MATHIS et al., 2009). Contrariamente ao esperado, um estudo com 42 pacientes (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2001) não encontrou diferenças de gênero ao comparar casos com início precoce (antes dos 10 anos de idade) e tardio (após 17 anos de idade), talvez pelo número relativamente pequeno de casos avaliados.

SOBIN et al. (1999), apesar de também não terem encontrado início mais precoce entre os homens, encontraram indicadores de maior impacto negativo do TOC no sexo masculino. Assim, 2/3 permaneciam solteiros, contra com apenas 1/3 das mulheres, e quase metade continuava morando com sua família de origem ou em local assistido, contra apenas 20% das mulheres. De forma semelhante, Torresan et al. (2009) encontraram idade de interferência pelos SOC mais precoce em homens, além de estes serem mais frequentemente solteiros do que as mulheres, em um estudo nacional com 330 pacientes de serviços especializados. Neziroglu et al. (1994) também encontraram mais solteiros entre os homens do que entre as mulheres com TOC. Da mesma forma, na amostra estudada por Castle et al. (1995), de 219 pacientes, as mulheres eram mais frequentemente casadas e com filhos. Em outro estudo (TÜKEL et al., 2004), as mulheres, apesar de mais comumente casadas, tinham nível universitário com menor frequência do que os homens. Numa amostra de 141 pacientes turcos (KARADAG et al., 2006), os homens também eram mais frequentemente solteiros.

Em outro estudo, feito na Itália (LENSI et al., 1996), foram avaliados 263 pacientes e, além de se confirmar a tendência de início mais precoce do TOC em homens, observaram-se nestes significativamente mais antecedentes pessoais de trauma perinatal, obsessões de conteúdo sexual, de exatidão e simetria, e rituais bizarros. Entre as mulheres foi maior a porcentagem de casadas, a ocorrência de obsessões de cunho agressivo e a associação com ataques de pânico. Para esses autores, tais achados sugerem diferentes fisiopatologias nos dois sexos, havendo possivelmente um maior componente genético ou de “organicidade” nos homens, com tendência a pior resposta ao tratamento farmacológico e, conseqüentemente, pior prognóstico. Segundo Noshirvani et al. (1991), em geral os quadros de início mais precoce, como ocorre na esquizofrenia, seriam mais graves, refletindo a influência de lesões cerebrais ou de aspectos constitucionais, para as quais os homens seriam mais vulneráveis do que as mulheres. Já o início tardio, mais frequente no sexo feminino, poderia ocorrer em função da reconhecida associação entre sintomas OC e depressivos, uma vez que estes últimos são duas vezes mais comuns em mulheres.

Para Minichiello et al. (1990) e Noshirvani et al. (1991), as compulsões de limpeza, seriam mais frequentes em mulheres, e tenderiam a ter início mais tardio em relação aos rituais de verificação. Curiosamente, no estudo de Bogetto et al. (1999) as mulheres tiveram mais comumente início agudo do transtorno, associado a algum acontecimento estressante no ano anterior à instalação do quadro, além de curso episódico. Para esses autores (BOGETTO et al., 1999), o início mais precoce, associado a um menor impacto de eventos vitais estressantes, poderia de fato refletir a influência de lesões biológicas às quais os homens seriam mais vulneráveis. Assim, diferentes fatores de

---

predisposição estariam subjacentes às diferentes apresentações fenomenológicas do transtorno.

Diferenças de conteúdo da sintomatologia clínica entre os gêneros vêm sendo descritas há vários anos na literatura. Assim, as mulheres teriam mais obsessões de contaminação, rituais de limpeza e comportamentos de esquiva, enquanto obsessões sexuais seriam mais comuns entre os homens (DOWSON, 1977; ROY, 1979; RATNASURIYA et al., 1991; TÜKEL et al., 2004). Minichiello et al. (1990) encontraram entre os homens mais obsessões puras (sem rituais) e mais rituais de verificação. Em um estudo que utilizou a abordagem dimensional dos SOC, Labad et al. (2008) encontraram mais sintomas da dimensão sexual/religiosa entre os homens, enquanto as mulheres apresentaram mais sintomas da dimensão de contaminação e limpeza.

No estudo de Tükel et al. (2004), as mulheres apresentaram mais frequentemente obsessões de contaminação, enquanto os homens relataram mais obsessões sexuais e de conteúdo agressivo. Os rituais de limpeza foram os mais comuns entre as mulheres (72,9%), enquanto os de verificação predominaram entre os homens (76,7%). A pontuação média no subitem de compulsões da Y-BOCS (GOODMAN et al., 1989a,b) foi maior entre as mulheres, e o nível de *insight* melhor entre os homens. Na amostra estudada por Castle et al. (1995), com 219 pacientes, as mulheres tinham mais rituais de lavagem do que os homens, apesar de esta diferença não ter atingido significância estatística. Obsessões de contaminação e rituais de lavagem também foram mais comuns entre as mulheres estudadas por Bogetto et al. (1999) na Itália, enquanto obsessões sexuais e rituais de repetição ocorreram mais entre os homens. No estudo de Leckman et al. (1997), com 292 pacientes americanos, sintomas de ordenação e simetria foram mais comuns em homens

do que em mulheres. Karadag et al. (2006) demonstraram, de forma semelhante, que os homens na Turquia apresentavam mais obsessões sexuais e de simetria, assim como compulsões de verificação, enquanto as mulheres apresentavam mais obsessões de contaminação e limpeza. Hantouche et al. (1996), estudando 646 pacientes franceses, também encontraram mais obsessões de ordem e simetria, assim como obsessões sexuais, religiosas e agressivas entre os homens. Um estudo chinês que utilizou a DY-BOCS (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2006), com 139 pacientes, encontrou mais sintomas de simetria/ordenação entre os homens e mais preocupações com contaminação/limpeza entre as mulheres (LI et al., 2009). Já um estudo japonês com 94 portadores de TOC provenientes de clínicas especializadas, não encontrou diferenças na sintomatologia de homens e mulheres, mas eles apresentaram maior impacto negativo pelos sintomas (MATSUNAGA et al., 2000). No estudo de JAISOORYA et al. (2009) com 231 pacientes indianos, os homens também apresentaram significativamente mais sintomas religiosos e de simetria em relação às mulheres, enquanto nelas predominaram as compulsões de limpeza.

Em um estudo que avaliou possíveis diferenças entre 126 portadores de TOC com e sem sintomas de colecionamento, os homens foram duas vezes mais frequentes no primeiro grupo (SAMUELS et al., 2002). Este dado corrobora o achado de Fischer et al. (1996/1997), que encontraram predomínio de obsessões de colecionamento em meninos e homens, no estudo que avaliou aspectos ligados à gênero entre dois grupos, de jovens e adultos portadores de TOC. Outros autores também demonstraram uma associação de sintomas de colecionamento, avaliados pela abordagem dimensional, e sujeitos do sexo masculino (STEIN et al., 2007). No estudo de Wheaton et al. (2008),

---

no entanto, não houve diferença significativa em relação à prevalência de sintomas de colecionamento entre os gêneros, com 22,1% das mulheres e 27,7% dos homens apresentando sintomas desta dimensão.

Não são muito numerosos os estudos brasileiros a respeito da fenomenologia do TOC. Em 1993 foi feita uma avaliação das características clínicas de 45 pacientes obsessivo-compulsivos do ambulatório de Psiquiatria da FMB-UNESP (TORRES; SMAIRA, 1993), mas sem avaliar especificamente possíveis diferenças de gênero. Del Porto, em 1994, fez um estudo com 105 pacientes, obtendo resultados de modo geral concordantes com estudos clínicos feitos em outros países, o que indica que, apesar da heterogeneidade do transtorno, este tem um núcleo de apresentação fenotípica bastante uniforme em diferentes culturas. Em concordância com a literatura, este autor encontrou idade média de início mais precoce entre os homens de sua amostra (16,2 anos, contra 21,5 anos nas mulheres). Curiosamente, obsessões de arranjo e simetria foram mais frequentes entre as mulheres, não tendo havido diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos em relação aos demais sintomas. Fontenelle et al. (2003), estudaram possíveis diferenças entre pacientes com início precoce e tardio, confirmando a predominância de homens no primeiro grupo, que de modo geral apresentava indicadores de maior gravidade do quadro, comparado ao grupo de início mais tardio (após 17 anos de idade). Torresan et al. (2009), analisando dados de uma amostra 330 portadores de TOC provenientes de três centros universitários e clínicas privadas, encontraram entre os homens mais obsessões sexuais, religiosas e de simetria, além de mais rituais mentais (encobertos).

Quanto à comorbidade, alguns achados são mais consistentes entre os diversos estudos, conduzidos em diferentes países. De fato, muitas



---

comorbidades no TOC parecem ser específicas para cada um dos gêneros (WHEATON et al, 2008). Assim, transtornos alimentares, depressão e “comprar compulsivo” seriam mais comuns em mulheres (NOSHIRVANI et al., 1991; HANTOUCHE et al., 1996; LOCHNER et al., 2004), enquanto fobia social, hipocondria e parafilias ocorreriam mais nos pacientes do sexo masculino (HANTOUCHE et al., 1996). Sobin et al. (1999) encontraram significativamente mais mulheres com transtorno depressivo maior associado, enquanto os homens apresentaram mais transtornos por uso de substâncias. Karadag et al. (2006) e Labad et al. (2008) encontraram, de forma semelhante, mais mulheres com depressão em comparação aos homens. Outro estudo (CASTLE et al., 1995) encontrou apenas uma tendência de as mulheres apresentarem mais depressão e transtornos alimentares comórbidos. Em contrapartida, vários outros estudos não encontraram diferenças entre os gêneros em relação à comorbidade do TOC com os transtornos depressivos, semelhança esta justificada pela grande frequência com que os dois quadros co-ocorrem em ambos os sexos (LENSI et al., 1996; TÜKEL et al., 2004; LOCHNER et al., 2004; GENTIL et al., 2009; TORRESAN et al., 2009; JAISOORYA et al., 2009).

Pacientes que apresentam tiques crônicos ou síndrome de Tourette (ST) associados ao TOC tenderiam a ter idade de início mais precoce dos SOC e seriam predominantemente do sexo masculino. Além disso, teriam também mais comorbidade com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, tricotilomania, fobia social, transtorno dismórfico corporal, transtornos de humor e de ansiedade em geral, e abuso de substâncias, indicando maior gravidade global do quadro (HOUNIE et al., 2001; JAISOORYA et al., 2009; TORRESAN et al., 2009). No estudo de Tükel et al. (2004), não houve diferenças entre os gêneros quanto ao número de transtornos comórbidos de eixo I, mas fobia

---

social e esquizofrenia foram significativamente mais comuns entre os homens. Num estudo italiano com 160 pacientes ambulatoriais (BOGETTO et al., 1999), em comparação com as mulheres, os homens apresentaram com mais frequência, além de início mais precoce e insidioso do quadro, curso crônico e história de transtornos ansiosos (ex. fobia social) e tiques precedendo o TOC, assim como episódios hipomaníacos posteriores ao TOC. Despersonalização e transtornos por uso de substâncias associados foram também mais comuns no sexo masculino. Já as mulheres apresentaram com mais frequência comorbidade com transtornos alimentares e de controle de impulsos.

Em um estudo nacional que comparou 630 pacientes com e sem transtornos por uso de substâncias, provenientes de uma amostra multicêntrica de portadores de TOC, parte de um banco de dados inicial do Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC), os homens apresentaram mais frequentemente do que as mulheres esta comorbidade (GENTIL et al., 2009). TORRESAN et al. (2009) encontraram em amostra clínica brasileira de 330 portadores de TOC mais transtornos de tiques e de estresse pós-traumático entre os homens, o que poderia refletir o fato de homens, principalmente provenientes de grandes centros urbanos, estarem mais expostos a situações de risco e traumas. As mulheres neste estudo (TORRESAN et al., 2009) apresentaram significativamente mais comorbidade com fobia simples, transtornos alimentares em geral e anorexia nervosa em particular, além de mais transtornos do controle de impulsos em geral, *skin picking* e “comprar compulsivo”. Os principais resultados dos estudos clínicos sobre TOC e gênero da literatura estão sintetizados no Quadro 1, abaixo.

**Quadro 1** - Síntese dos principais estudos clínicos sobre TOC e gênero publicados na literatura.

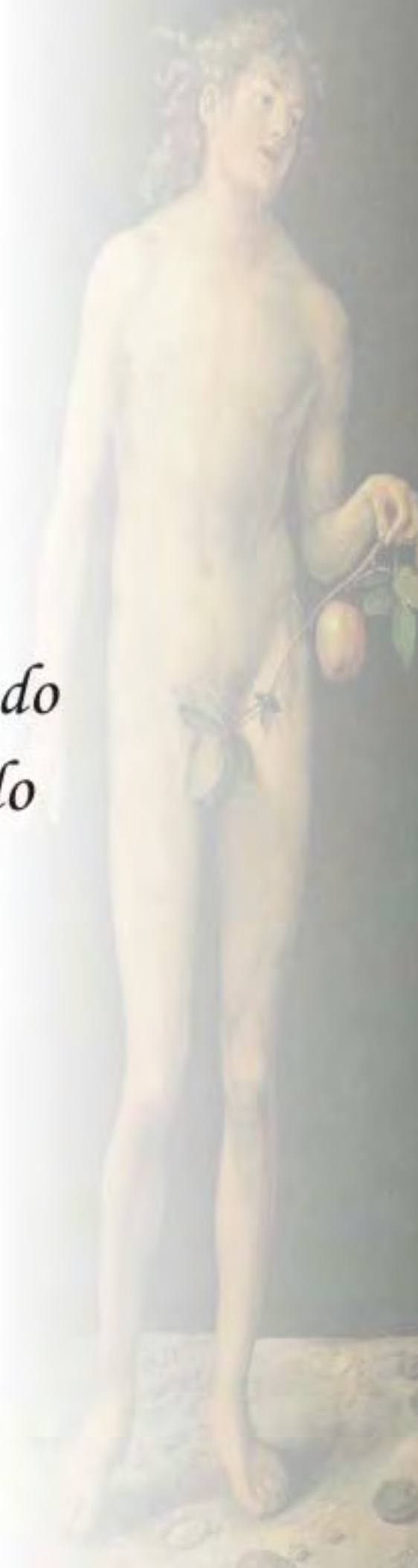
<b>Autor e ano (País)</b>	<b>N total (n ♂; ♀) [idade: variação]</b>	<b>Critérios diagnósticos</b>	<b>Principais achados sociodemográficos e clínicos</b>	<b>Principais achados de sintomatologia</b>	<b>Principais achados de comorbidades</b>
Minichiello et al., 1990 (Estados Unidos)	138 (67; 71) [6-68]	Sem informação	início mais precoce TOC (homens)	obsessões sem rituais (homens) limpeza (mulheres)	
Noshirvani et al., 1991 (Reino Unido)	307 (137; 170) [16-67]	DSM-III	início mais precoce TOC, mais solteiros (homens)	verificação (homens) limpeza (mulheres)	dependência de álcool (homens) depressão e anorexia (mulheres)
Castle et al., 1995 (Reino Unido)	219 (93; 126)	DSM-III-R	Início mais precoce TOC (homens), mais casadas e com filhos (mulheres)	limpeza (mulheres)*	
Hantouche et al., 1996 (França)	646 (261; 385)	DSM-III-R	Maior gravidade SOC/TOC (homens)	ordem/simetria e sexual/ religiosa/ agressiva (homens) lavagem/verificação (mulheres)*	hipocondria e parafilias (homens) tr. alimentares e comprar "compulsivo" (mulheres)
Lensi et al., 1996 (Itália)	263 (112; 151) [11-71]	DSM-III-R	Início mais precoce TOC (homens)	sexual, simetria/exatidão e rituais bizarros (homens)**/*** agressiva** e limpeza*** (mulheres)	Hipomania e abuso de álcool (homens); ataques de pânico pós TOC (mulheres)
Bogetto et al., 1999 (Itália)	160 (76, 84) [> 18]	DSM-IV, Y-BOCS >=16	Início mais precoce SOC/TOC, maior Y-BOCS obsessão (homens)	sexual e repetição (homens) contaminação e limpeza (mulheres)	Fobia social, hipomania, despessoalização e TUS (homens); TCI e anorexia (mulheres)
Sobin et al., 1999 (Estados Unidos)	100 (44; 56) [adultos]	DSM-IV	Menos casados e morando mais com família de origem ou em ambiente assistido (homens)	sexual (homens)	TUS (homens); depressão (mulheres)

Continuação Quadro 1- Síntese dos principais estudos clínicos sobre TOC e gênero publicados na literatura.

Fontenelle et al., 2002 (Brasil)	69 (32; 37) [18-65]	CID-10	Início mais precoce TOC e maior gravidade global no início TOC****(homens); maior BDI inicial (mulheres)*		
Lochner et al., 2004 (África do Sul)	220 (107; 113) [18-75]	DSM-IV	Início mais precoce TOC e mais desemprego (homens)	agressão (homens)	TUS (homens)*; anorexia, bulimia, fobia simples*, depressão* (mulheres)
Tukel et al., 2004 (Turquia)	169 (73; 96) [16-60]	DSM-III-R ou DSM-IV	Início mais precoce TOC e maior nível educacional (homens); mais casadas e maior Y-BOCS compulsão (mulheres)	sexual, agressão e verificação (homens); contaminação e limpeza (mulheres)	esquizofrenia e fobia social (homens)
Karadag et al., 2006 (Turquia)	141 (41; 100) [16-73]		início mais precoce TOC (homens); mais casadas (mulheres)	Sexual, simetria e verificação (homens); contaminação e limpeza (mulheres)	Tique e bipolar (homens); depressão (mulheres)
Labad et al., 2008 (Espanha)	186 (114; 72)	DSM-IV	maior Y-BOCS, HAM-A, HAM-D (mulheres)	sexual/religiosa (homens); contaminação e limpeza (mulheres)	depressão (mulheres)
Jaisooraya et al., 2009 (Índia)	231 (166; 65)	DSM-IV	início mais precoce TOC (homens); mais casadas (mulheres)	religiosa e simetria (homens); limpeza (mulheres)	TDAH*(homens); tricotilomania (mulheres)
Li et al., 2009 (China)	139			simetria/ordenação (homens)	
Torresan et al., 2009 (Brasil)	330 (182; 148) [10-72]	DSM-IV	início mais precoce e interferência SOC, mais solteiros, maior nível educacional (homens); maior BDI e BAI(mulheres)	Sexual, religiosa, simetria e rituais mentais (homens)	TEPT, tiques (homens); fobia simples, anorexia, TCI, comprar "compulsivo", skin picking (mulheres)

\* tendência \*\*avaliação no início do TOC \*\*\* avaliação no momento da entrevista \*\*\*\*de acordo com a Escala de Impressão Clínica Global (CGI)

*2. Justificativa do  
Presente Estudo*



Pretendemos com este projeto investigar aspectos ainda controversos ou não avaliados sistematicamente na literatura em relação a gênero no TOC, como a ocorrência e gravidade das diferentes dimensões de SOC e alguns aspectos de tratamento. O estudo é o segundo a fazer avaliação dimensional da sintomatologia através de instrumento especialmente elaborado para este fim (DY-BOCS), diferente da grande maioria dos estudos anteriores em que as dimensões são construídas posteriormente, por análise fatorial dos resultados de um instrumento padrão (Y-BOCS). Além disso, este será o maior estudo internacional sobre o tema, envolvendo uma grande amostra clínica de pacientes de oito centros de pesquisa, avaliados de modo abrangente e padronizado por profissionais de saúde mental treinados, utilizando-se diversos instrumentos estruturados.

### *3. Objetivo*



O presente estudo objetivou comparar homens e mulheres portadores de TOC em relação a características sociodemográficas e, principalmente, características fenomenológicas do transtorno, avaliando uma amostra clínica de pacientes de diferentes centros especializados de assistência e pesquisa do Brasil.

Objetivos específicos: avaliar comparativamente os gêneros masculino e feminino em relação à presença e à gravidade de diferentes dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos, curso clínico do transtorno e alguns aspectos de resposta ao tratamento, assim como à prevalência de transtornos de eixo I comórbidos.



## *4. Hipótesis*



Espera-se encontrar, em comparação com as mulheres, mais homens solteiros, com idade média de início dos sintomas mais precoce, mais obsessões sexuais/religiosas, obsessões agressivas e obsessões e compulsões de simetria/ordenação/contagem, e mais co-morbidade com fobia social, hipocondria, tiques crônicos ou síndrome de Tourette, e transtornos por uso de substâncias. Por outro lado, entre as mulheres espera-se encontrar maior proporção de casadas e com filhos, idade média de início do quadro mais tardia, mais sintomas da dimensão de contaminação e limpeza, assim como maior co-morbidade com transtornos depressivos, transtorno de pânico, transtornos alimentares, “comprar compulsivo” e tricotilomania.

*5. Método*



## 5.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, de corte transversal, com amostra multicêntrica de conveniência.

## 5.2. Sujeitos

A amostra do estudo foi composta por 901 pacientes ambulatoriais com o diagnóstico de TOC segundo os critérios do DSM-IV (APA, 1994). Os pacientes foram recrutados nos oito centros participantes do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC) localizados em seis diferentes cidades brasileiras, e entrevistados entre 2003 e 2009.

### 5.2.1. Organização e Estrutura do C-TOC

O lançamento do C-TOC ocorreu em reunião durante o XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Goiânia, no ano de 2003. 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. Para tanto, busca coletar, de forma sistematizada e abrangente, dados clínicos de um grande número de pacientes. São seus

---

objetivos também: incentivar o desenvolvimento de grupos de pesquisa de excelência no país, através de um intercâmbio contínuo entre os centros; melhorar a capacitação técnica dos profissionais de saúde mental e promover o treinamento em pesquisa de graduandos e pós-graduandos desses centros e difundir novos conhecimentos que possam permitir o alívio mais rápido do sofrimento dos pacientes e de seus familiares.

O Brasil é um país com população estimada em 189 milhões de habitantes, em 2008, com dimensões continentais e de grande variabilidade étnica e diversidade cultural (IBGE, 2009). Seu território é dividido em 26 estados de cinco grandes regiões, com diferentes características socioeconômicas, distribuição étnica e culturas próprias. Com intuito de contemplar ao menos em parte esta grande diversidade, o C-TOC é composto de oito centros em cinco diferentes estados de três regiões: sul, sudeste e nordeste. Em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou a população total dos estados em que o C-TOC está presente em torno de 90 milhões de habitantes, o que corresponderia a 47,7% da população de todo território nacional. Cada centro contribuiu com recrutamento e avaliação de parte da amostra e desenvolve projetos de pesquisa próprios com a aprovação de um comitê central composto pelos líderes de cada centro. Informações detalhadas sobre a organização e funcionamento do C-TOC foram relatadas no artigo de Miguel e colaboradores (MIGUEL et al., 2008), assim como dados descritivos dos primeiros 630 pacientes avaliados. A seguir, serão descritos os centros participantes do Consórcio, a forma de treinamento dos

---

avaliadores, critérios de inclusão e exclusão dos participantes, aspectos éticos, instrumentos de avaliação e análise dos dados.

### **5.2.2. Descrição dos Centros Participantes**

O C-TOC tem como sede e centro coordenador o PROTOC (Projeto de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP, liderado por Eurípedes C. Miguel Filho) e os seguintes centros colaboradores: Universidade Estadual Paulista (UNESP, liderado por Albina R. Torres), Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP, liderado por Maria Conceição do Rosário e Christina H. Gonzalez), Universidade Federal da Bahia (UFBA, liderado por Maria Conceição do Rosário), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE, liderado por Kátia Petribú), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, liderado por Leonardo F. Fontenelle), Universidade Federal do Rio do Grande do Sul (UFRGS, liderado por Aristides V. Cordioli) e Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA, liderado por Ygor A. Ferrão).

### **5.2.3. Treinamento dos entrevistadores**

A fim de garantir a maior padronização possível na coleta dos dados, psicólogos e psiquiatras foram treinados na aplicação dos instrumentos de avaliação. Todos os entrevistadores (psicólogos ou psiquiatras) que fizeram parte da coleta de dados são membros do C-TOC. Uma psicóloga do PROTOC

---

(Maria Alice de Mathis) visitou os diversos centros e realizou treinamento na aplicação dos principais instrumentos. Além disso, desde a criação do C-TOC tem havido dois encontros anuais de dois dias com todos os pesquisadores envolvidos, em que os entrevistadores assistem vídeos de entrevistas realizadas ou observam a aplicação das entrevistas em pacientes ao vivo, pontuando os instrumentos. A seguir, são discutidas eventuais dúvidas e divergências na avaliação dos casos. Vídeos de entrevistas de pacientes ficam também disponíveis no site do C-TOC (<http://www.protoc.com.br>), para treinamento de novos entrevistadores.

#### **5.2.4. Critérios de inclusão**

Foram incluídos pacientes avaliados nos oito centros, com diagnóstico de TOC de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994) e capacidade cognitiva que permitisse a compreensão dos objetivos do projeto de pesquisa e as perguntas dos instrumentos de avaliação. Os sujeitos são provenientes de serviços ambulatoriais, públicos e privados (150 sujeitos de São Paulo e 20 do Rio Grande do Sul), além de pacientes de serviços de atenção básica e de média complexidade convocados através de web sites, avisos publicados na mídia, grupos de ajuda a portadores e da Associação Brasileira de Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (ASTOC – [WWW.astoc.org.br](http://WWW.astoc.org.br)).

### 5.2.5. Critérios de exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão: não concordar em participar do estudo, ser incapaz de compreender os questionários do protocolo de pesquisa, ter diagnóstico atual (na época da entrevista) de esquizofrenia ou quadro maníaco, ou ainda retardo mental moderado ou grave. Foram excluídos 46 pacientes do estudo, sete por preencherem os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia do DSM-IV (APA, 2000), um indivíduo por não ser capaz de compreender e preencher o consentimento livre e esclarecido e 38 sujeitos se recusaram a participar. Destes 32 se recusaram pelo grande tempo despendido para responder todo protocolo de investigação e seis não concordaram em preencher o consentimento esclarecido (dois por medo de serem identificados e quatro por se recusarem a fornecer sangue para os estudos genéticos).

### 5.3. Instrumentos de Avaliação

Utilizou-se parte do protocolo padrão de avaliação clínica do C-TOC “Apostila de Primeiro Atendimento”, idealizado inicialmente pelo grupo de pesquisadores do Projeto de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC – IPQ/FMUSP), coordenado pelo Prof. titular Eurípedes Constantino Miguel Filho, em sua versão final em português, modificada pelos demais pesquisadores dos oito centros universitários envolvidos (MIGUEL et al., 2007)(anexo em mídia eletrônica).



---

Tal protocolo aborda aspectos sociodemográficos e clínicos, incluindo dados de identificação pessoal, histórico escolar e profissional, história médica geral, fatores epigenéticos, tratamento psiquiátrico, história familiar e heredograma. O nível socioeconômico foi definido com base nos critérios desenvolvido pela Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). O conceito básico desta classificação é discriminar as pessoas socioeconomicamente, mediante informações sobre sua escolaridade e a posse de determinados “itens de conforto”, tais como televisor, geladeira, rádio, automóvel e empregados domésticos (ALMEIDA; WICKERHAUSER, 1991).

O protocolo tem como objetivo avaliar minuciosamente o paciente portador de TOC, através de diversos instrumentos descritos a seguir, com tempo médio de aplicação variando entre três e oito horas. Todos os instrumentos foram aplicados por entrevistadores treinados, nenhum deles tendo sido auto-aplicado. Os dados referentes ao histórico de tratamento psicofarmacológico na vida foram avaliados de acordo com critérios da escala de Impressão Clínica Global – ICG (GUY, 1976). A escala ICG é um instrumento amplamente utilizado na literatura internacional, que avalia a gravidade de um transtorno, a evolução clínica e a resposta terapêutica. A presença de eventos graves ou traumáticos durante a vida foi avaliado através do Questionário de História de Trauma (*Trauma History Questionnaire* - THQ) (GREEN et al., 1996), que é dividido em perguntas que abordam experiências relacionadas a crime, perguntas sobre desastre em geral e trauma e perguntas sobre experiências físicas e sexuais. Ela lista um série de eventos e verifica qual aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes e a idade

---

aproximada, do indivíduo na época. A adaptação transcultural para o português do instrumento THQ foi desenvolvida e publicada por Fiszman et al. (2005).

Os principais instrumentos estruturados de avaliação utilizados são descritos mais detalhadamente a seguir:

### **5.3.1. Entrevista Estruturada para Transtornos Mentais do Eixo I do DSM-IV, versão clínica (SCID-I/P: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition*) (FIRST et al., 1997)**

Entrevista estruturada, de acordo com os critérios do DSM-IV da *American Psychiatric Association (1994)*, constituída de seis capítulos que incluem os transtornos de humor (episódios depressivos maiores, episódios maníacos e hipomaníacos, transtorno distímico), transtornos psicóticos (esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme e esquizoafetivo, transtorno delirante e psicótico breve), transtornos decorrentes do uso do álcool e outras substâncias, transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático), transtornos somatoformes (de somatização, doloroso, indiferenciado, hipocondríaco e dismórfico corporal) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica). Foram utilizados ainda módulos adicionais para avaliação de transtornos do controle de impulsos (ex. transtorno explosivo intermitente, cleptomania, piromania, jogo patológico, tricotilomania, “*skin picking*”, automutilação, comprar “compulsivo”, transtorno

---

de comportamento sexual impulsivo-compulsivo não parafilico e transtorno impulsivo-compulsivo do uso da internet e vídeo game) (FIRST et al., 2004). Cada capítulo possui perguntas específicas sobre os sintomas de cada transtorno, avaliados no presente e no passado, a serem feitas para os pacientes a partir de 16 anos de idade, com as respostas transcritas para um caderno de resposta individual. As respostas dadas pelos pacientes são “sim” ou “não”, na sua maioria, bem como o número e data dos episódios e transtornos no passado, sendo possível ainda avaliar a presença de sintomas subclínicos. O diagnóstico de TOC também foi confirmado em todos os pacientes através desta entrevista estruturada. A SCID-I foi construída para aplicação por avaliadores treinados e não leigos, pois exige algum nível de julgamento clínico. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o transtorno de ansiedade de separação foram investigados com o módulo da “*Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*” (K-SADS) (KAUFMAN et al., 1997). A validação e tradução para o português deste instrumento adaptado para adultos foi realizado por Mattos et al. (2006).

A SCID-I foi traduzida e adaptada para o português por Del Ben e colaboradores, que publicaram um estudo de confiabilidade desta em 2001.

---

**5.3.2. Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos – Y-BOCS** (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*) (GOODMAN et al., 1989a, b)

Avalia a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), independente do conteúdo dos mesmos e conta também com uma *checklist* de SOC, que não foi utilizada no protocolo do C-TOC. Possui cinco questões que dizem respeito a obsessões e cinco sobre compulsões, avaliando o tempo gasto com os sintomas, interferência nas atividades de vida diária, angústia, resistência e controle, onde cada uma é avaliada de “0” (sem sintomas) a “4”(gravidade extrema dos SOC), com escore máximo de 40 na soma dos dois subitens, de obsessão e compulsão . Foi traduzida para o português por pesquisadores do PRODOC/EPM/UFSP e pelo ambulatório de Ansiedade do IPQ/FMUSP (ASBHAR et al., 2002).

**5.3.3. Escala Dimensional para Avaliação da Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos - DY-BOCS** (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – DY-BOCS*) (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2006).

Instrumento desenvolvido para avaliar a presença e a gravidade de determinados tipos de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) que, de acordo com análises fatoriais de estudos anteriores, foram agrupados em seis dimensões com os seguintes conteúdos: agressividade, violência e desastres; sexual e religioso; simetria, ordenação, arranjo e contagem; contaminação e

---

limpeza; colecionamento; e sintomas diversos. A escala contém 88 tipos de sintomas, especificados nas determinadas dimensões e pontuados em sua gravidade de acordo com o tempo despendido, o desconforto e a interferência provocados pelos mesmos. Em cada uma das dimensões a pontuação varia de “0” a “5” para cada um dos três fatores acima descritos, além de permitir classificar os sintomas como relacionados a mais que uma dimensão (sintomas híbridos). Os sintomas na DY-BOCS podem ser marcados como presentes, ausentes ou passados. No escore total avalia-se o prejuízo causado pelo TOC com pontuação de “0” a “15” e, somado a isso, o total dos três subitens que avaliam o tempo despendido com os SOC, a angústia e a interferência causadas por eles; cada uma pontuando de “0” a “5” e compondo um total global de “0” a “30” no presente (semana anterior) e no passado. Pontuação mais alta indica maior gravidade dos SOC. Foi traduzida e revisada pela equipe do PROTOC/IPq/FMUSP/USP.

#### **5.3.4. Inventário de Beck para Depressão (*Beck Depression Inventory* - BDI) (BECK et al., 1961)**

Desenvolvido por Aaron Beck e colaboradores em 1961, consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de “0” a “3” em escalas categóricas. O tempo de referência da avaliação é a “última semana”. Não é uma escala de diagnóstico e foi elaborada para complementar a avaliação dos sintomas e quadros depressivos, categorizando-os segundo sua intensidade. O BDI foi traduzido para a língua portuguesa e validado para o uso em nosso meio (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). É uma escala autoaplicável

---

e existem várias propostas de pontos de corte para distinguir os níveis de depressão, sendo que o *Center of Cognitive Therapy* (BECK et al., 1988) recomenda que escores <10 classifiquem como sem depressão ou depressão leve; 10 a 18 depressão leve a moderada; 19 a 29 depressão moderada a grave; e 30 a 63 depressão grave.

### **5.3.5. Inventário de Beck para Ansiedade (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) (BECK et al., 1988)**

Desenvolvido por Aaron Beck e colaboradores em 1988, apresenta 21 itens relacionados a sintomas ansiosos, cada um composto de quatro afirmações que variam entre graus de intensidade de “0” a “3”, sendo sempre computado o escore de maior intensidade. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de “0” a “63”, maiores escores indicando maior gravidade.

### **5.3.6. Questionário sobre história natural de TOC (LECKMAN et al., 2002)**

Instrumento de avaliação desenvolvido nos EUA e não publicado, que foi traduzido para o português por Rosário et al., em 2002. Busca detalhar o início dos SOC e seu curso, incluindo diversos fatores, como eventos de vida e situações que possam ter contribuído para o aparecimento dos sintomas, assim como para as fases de piora ou melhora no curso do TOC. É dividido em três partes, e a primeira investiga separadamente o início das compulsões e das

---

obsessões, com perguntas específicas sobre a vida do indivíduo na época em que os sintomas começaram. A segunda parte se refere ao curso dos sintomas, com uma lista de eventos e situações que podem melhorar, agravar ou não modificar os SOC. A terceira parte investiga a pior fase dos sintomas e faz perguntas específicas a respeito desta época. O questionário consta de perguntas abertas e fechadas.

### **5.3.7 Escala de Avaliação Global de Tiques (*Yale Global Tic Severity Scale* - YGTSS) (LECKMAN et al., 1989)**

Escala desenvolvida pelo *Yale Child Study Center* e amplamente utilizada para avaliar os tipos de tiques e sua gravidade. Possui uma lista de exemplos de tiques motores e vocais e quantifica a gravidade de “0” a “100”, através de várias questões que avaliam número, frequência, intensidade, complexidade e interferência dos tiques, além de uma questão sobre comprometimento geral. Foi traduzida para o português por Miguel e colaboradores em 2000.

## **5.4. Considerações Éticas**

Foram incluídos na pesquisa apenas os pacientes que voluntariamente concordaram em participar, respondendo aos instrumentos de avaliação acima descritos, após devidamente esclarecidos sobre os objetivos e métodos do estudo. Todos assinaram um termo escrito de consentimento de participação.

---

Quando o participante era menor de 18 anos de idade, o consentimento livre e esclarecido foi assinado por um dos pais ou responsável legal. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todos os centros envolvidos (Processos: USP-968/05; IPA-6600023; UFRGS-06/171; UNIFESP-302/2006, UFRJ-0024.0.249.000-06; UNESP 1802-2005: of.98/2005-CEP; of.338/2006-CEP). Os ofícios de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMB-UNESP estão em anexo.

### **5.5. Análise estatística dos dados**

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa STATA 10.0. (STACORP., 2007). Inicialmente foi feita análise descritiva das variáveis, com checagem de consistência dos dados e correções, quando necessárias. Foram feitas, a seguir, estimativas de frequência (números absolutos e porcentagens) das variáveis categoriais e estimativas de médias e de desvios-padrão ou mediana e valores mínimos e máximos (variação ou “range”) para variáveis contínuas com ou sem distribuição normal, respectivamente. Análises univariadas de associação de diferentes variáveis categoriais com sexo masculino ou feminino foram feitas através do teste de qui-quadrado ou teste de Fisher, quando indicados. Foram calculadas também as razões de chances (*Odds ratios* – OR) e intervalos de confiança (IC) para as frequências das diferentes dimensões de sintomas em homens e mulheres. Todas as variáveis contínuas foram testadas quanto à sua homogeneidade de variâncias e,



---

quando tinham distribuição normal, utilizou-se o teste paramétrico t de Student (bicaudal). Para variáveis contínuas sem distribuição normal, o teste não paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado.

Análises multivariadas foram realizadas através de regressão logística, utilizando-se o método “*stepwise forward*”, considerando-se como variáveis dependentes a presença de cada uma das dimensões de SOC (de acordo com a DY-BOCS) e a variável explanatória de interesse o gênero dos pacientes. Foram utilizadas duas abordagens para o cálculo das razões de chances (*odds ratios* - OR) ajustadas para possíveis variáveis de confusão. Inicialmente, a partir das razões de chance (OR) brutas de ocorrência de cada uma das dimensões de SOC nas mulheres (tomando-se os homens como grupo de referência), foram construídos cinco diferentes modelos, um para cada dimensão sintomatológica. As dimensões de sintomas incluídas como variáveis dependentes foram: agressão, sexual/religiosa, simetria/ordenação/contagem, contaminação/limpeza e colecionamento, excluindo-se apenas a dimensão “diversa”, por ser muito inespecífica. As variáveis selecionadas para inclusão em cada modelo deveriam ter sentido clínico de associação com gênero e com as respectivas dimensões estudadas, além de apresentarem valores de  $p < 0,25$  na análise univariada. A idade no momento da avaliação foi a segunda variável incluída em todos os cinco modelos, uma vez que a idade de início dos SOC não apresentou diferença significativa entre os gêneros na análise univariada. Os escores médios nas escalas de Y-BOCS, BDI e BAI não foram incluídos na análise multivariada por serem medidas de gravidade no

---

momento da avaliação, enquanto a ocorrência de cada uma das dimensões foi avaliada na vida, o que dificultaria a interpretação dos resultados.

No modelo da dimensão de agressão foram introduzidos como possíveis confundidores, além de idade: comorbidade com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), episódio depressivo maior, qualquer transtorno do controle de impulsos e transtorno de tiques (história de trauma não foi incluída por apresentar, além de  $p > 0,25$ , colinearidade com TEPT). Para a dimensão sexual e religiosa foram incluídos: prática religiosa e comorbidade com episódio depressivo maior, transtorno impulsivo-compulsivo sexual não parafilico e transtorno de tiques. Para a dimensão de simetria, ordenação e contagem, além de idade, foi também incluída no modelo a comorbidade com tiques, enquanto a dimensão de contaminação e limpeza foi ajustada para a comorbidade com episódio depressivo maior. A dimensão de colecionamento incluiu ajuste para nível socioeconômico e comorbidade com tiques.

Por fim, outra abordagem de regressão logística foi realizada, incluindo-se as mesmas dimensões de sintomas como variáveis dependentes e as mesmas variáveis explanatórias em cada modelo, mas desta vez analisando-se de forma separada cada um dos gêneros. Adotou-se o nível de significância estatístico padrão de  $p < 0,05$  para rejeição da hipótese de nulidade.

## *6. Resultados*



A amostra total foi composta por 901 pacientes com TOC, sendo 385 (42,7%) homens e 516 (57,3%) mulheres, com idade média no momento da avaliação de 34,4 anos (DP 12,7), variando de 9 a 77 anos.

A Tabela 1 descreve as frequências nas faixas e categorias das variáveis sociodemográficas para o total da amostra e em cada um dos grupos, segundo o gênero. Diversas características sociodemográficas e clínicas diferiam significativamente entre homens e mulheres. Como se pode observar na Tabela 2, a idade média destas no momento da entrevista foi mais alta, enquanto eles mais frequentemente eram solteiros, sem filhos, desempregados, e moravam com suas famílias de origem. Por outro lado, o nível socioeconômico dos homens foi mais alto do que o das mulheres, além de estes terem, em média, mais anos de estudo e maior frequência de repetência escolar. Não se observaram diferenças significativas em relação a morar sozinho (a) ou ter história familiar de SOC ou ter recebido diagnóstico de TOC.

**Tabela 1** - Descrição das características sociodemográficas e de procedência dos participantes do estudo (n=901), gerais e de acordo com o gênero.

		Total n= 901		Homens n = 385 (42.7%)		Mulheres n= 516 (57.3%)	
		n	%	n	%	n	%
Faixa etária	< 20 anos	89	(9,9)	53	(13,8)	36	(7,0)
	20 - 30 anos	278	(30,8)	130	(33,8)	148	(28,7)
	30 - 40 anos	235	(26,1)	100	(26,0)	135	(26,2)
	40 - 50 anos	181	(20,1)	65	(16,9)	116	(22,5)
	50 - 60 anos	80	(8,9)	26	(6,7)	54	(10,5)
	> 60 anos	38	(4,2)	11	(2,9)	27	(5,2)
Estado civil	Casado	326	(36,2)	115	(29,9)	211	(40,9)
	Solteiro	494	(54,8)	246	(63,9)	248	(48,1)
	Amasiado	14	(1,5)	8	(2,1)	6	(1,2)
	Viúvo	13	(1,4)	1	(0,3)	12	(2,3)
	Divorciado	54	(6,0)	15	(3,9)	39	(7,6)
Centro C-TOC	USP (SP)	416	(46,2)	204	(53,0)	212	(41,1)
	UNIFESP (SP)	53	(5,9)	24	(6,2)	29	(5,6)
	UNESP (SP)	51	(5,7)	22	(5,7)	29	(5,6)
	UFRJ (RJ)	30	(3,3)	8	(2,1)	22	(4,3)
	UFBA (BA)	44	(4,9)	22	(5,7)	22	(4,3)
	UPE (PE)	122	(13,5)	53	(13,8)	69	(13,4)
	UFRGS (RS)	168	(18,6)	43	(11,2)	125	(24,2)
	IPA (RS)	17	(1,9)	9	(2,3)	8	(1,5)
Com quem mora	Pais ou um dos pais	401	(45,7)	206	(54,8)	195	(38,9)
	Cônjuge e/ou filhos	321	(36,6)	114	(30,3)	207	(41,3)
	Outros parentes/amigos	91	(14,0)	23	(6,1)	68	(13,6)
	Sozinho	64	(7,3)	33	(8,8)	31	(6,2)
Escolaridade	Até 1º grau incompleto	57	(6,3)	18	(4,7)	39	(7,6)
	1º grau completo a 2º grau incompleto	128	(14,2)	58	(15,1)	70	(13,6)
	2º grau completo	262	(29,1)	109	(28,3)	153	(29,7)
	3º grau incompleto	171	(19,0)	79	(20,5)	92	(17,9)
	3º grau completo/ pós-graduação	282	(31,3)	121	(31,4)	161	(31,3)

**Continuação da Tabela 1** - Descrição das características sociodemográficas e de procedência dos participantes do estudo (n=901), gerais e de acordo com o gênero.

Classe social (ABIPEME)	A	157 (17,4)	91 (23,6)	66 (12,8)
	B	340 (37,7)	144 (37,4)	196 (38,0)
	C	320 (35,5)	115 (29,9)	205 (39,7)
	D	63 (7,0)	23 (6,0)	40 (7,7)
	E	21 (2,3)	12 (3,1)	9 (1,7)
Etnia	Branca	749 (83,1)	317 (82,3)	432 (83,7)
	Negra	35 (3,9)	13 (3,4)	22 (4,3)
	Amarela	12 (1,3)	4 (1,0)	8 (1,5)
	Parda/ mulata	103 (11,4)	50 (13,0)	53 (10,3)
	Outros	2 (0,2)	1 (0,3)	1 (0,2)
Religião	Católica	528 (58,6)	226 (58,7)	302 (58,5)
	Protestante	24 (2,7)	13 (3,4)	11 (2,1)
	Evangélica/ crente	115 (12,8)	41 (10,6)	74 (14,3)
	Espírita	94 (10,4)	29 (7,5)	65 (12,6)
	Testemunha de Jeová	18 (2,0)	8 (2,1)	10 (1,9)
	Judeu	5 (0,5)	3 (0,8)	2 (0,4)
	Outra	20 (2,2)	11 (2,9)	9 (1,7)
	Sem religião	97 (10,8)	54 (14,0)	43 (8,3)

**Tabela 2** - Distribuição dos aspectos sociodemográficos da amostra (n = 901) de pacientes portadores de TOC, de acordo com o gênero.

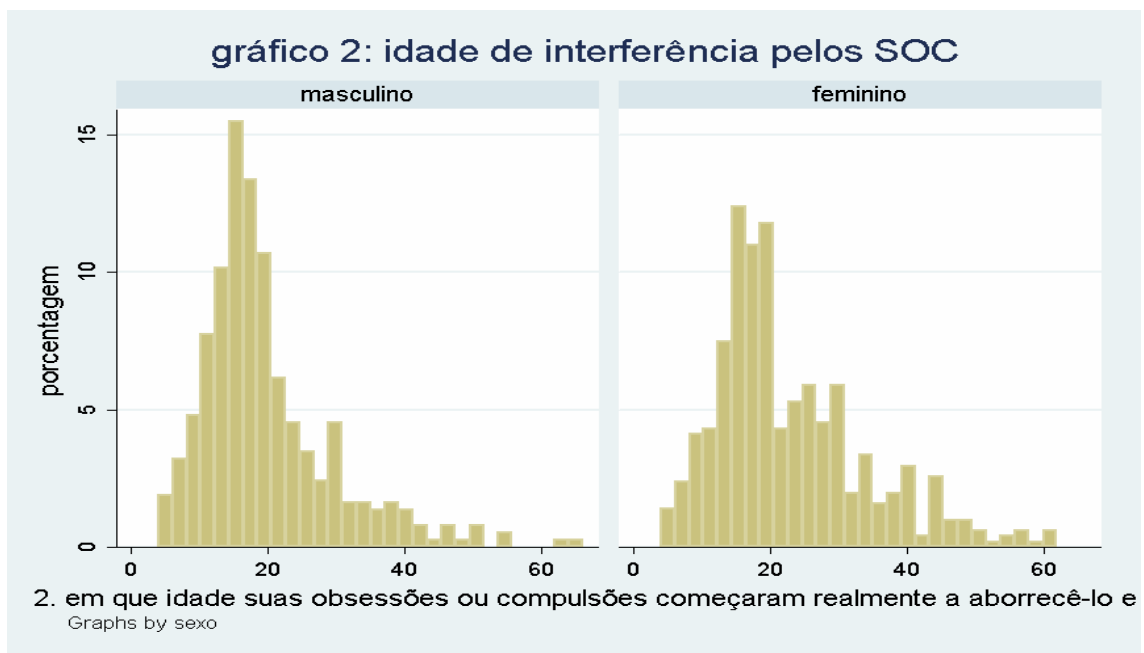
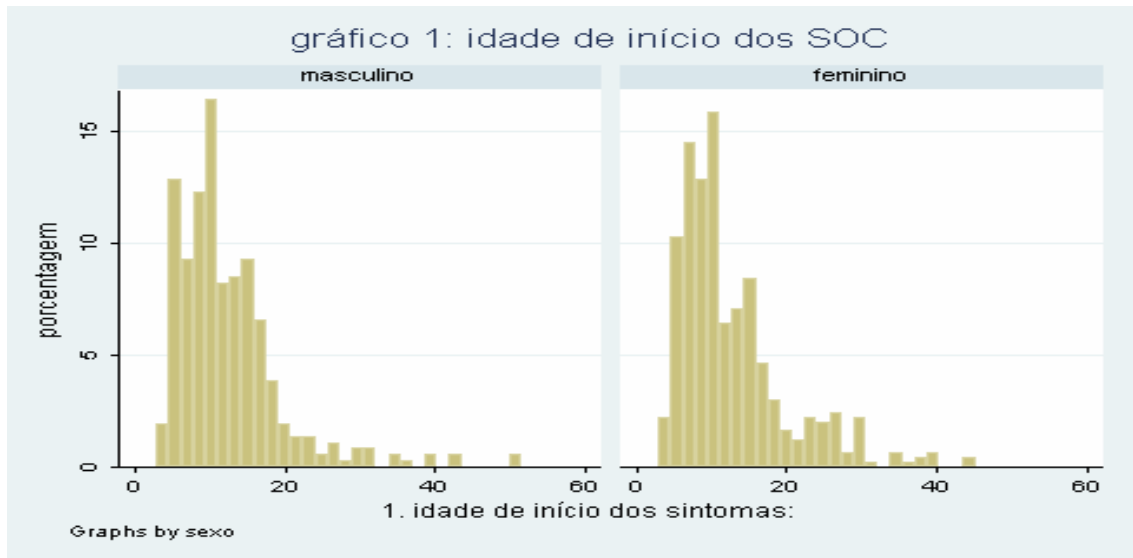
Variáveis contínuas e categoriais	Total n= 901 (100,0%)	Homens n = 385 (42,7%)	Mulheres n= 516 (57,3%)	p
Idade - anos, média (DP) <sup>1</sup>	34,4 (12,7)	32,2 (12,2)	36,1 (12,8)	< 0,001 *
Média de anos de estudos (DP) <sup>1</sup>	14,6 (5,0)	15,2 (5,2)	14,1 (4,8)	< 0,001*
Mora com família de origem	401 (45,7%)	206 (54,8%)	195 (38,9%)	< 0,001 **
Situação conjugal (solteiro)	494 (54,8%)	246 (63,9%)	248 (48,1%)	< 0,001 **
Tem filho(s)	345 (38,3%)	110 (28,6%)	235 (45,5%)	< 0,001**
Desempregado	139 (15,4%)	70 (18,2%)	69 (13,4%)	0,048 **
Estrato econômico mais elevado (A ou B)	497 (55,1%)	235 (61,0%)	262 (50,8%)	0,002 **
Prática religiosa	493 (61,3%)	196 (59,2%)	297 (62,8%)	0,31**
Repetiu algum ano de estudo	371 (41,2%)	182 (47,3%)	189 (36,7%)	0,001**

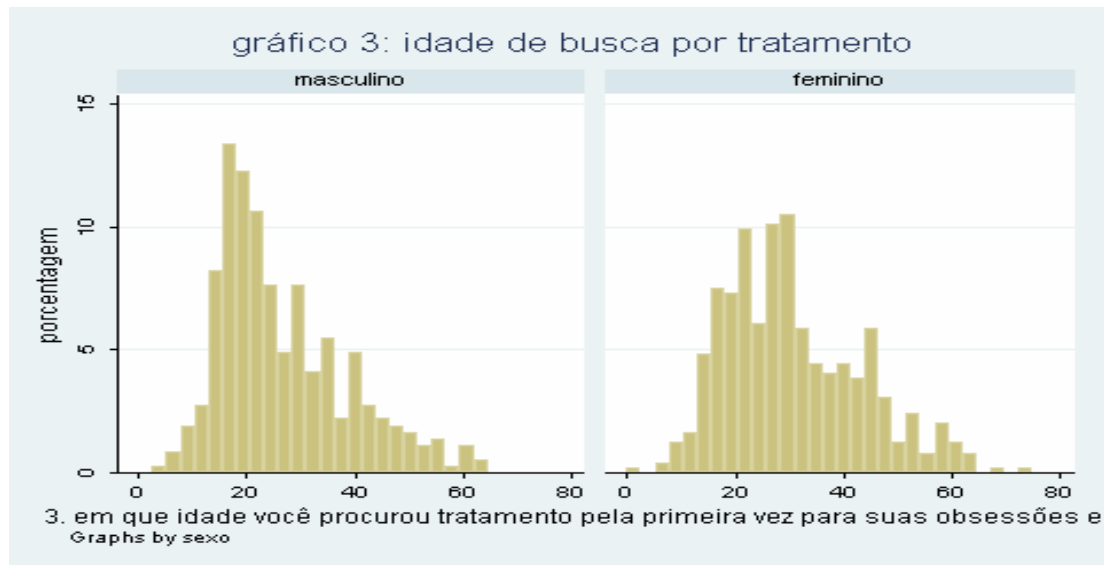
1- Desvio Padrão

\* teste *t* de Student

\*\*teste de qui-quadrado

Os gráficos 1, 2 e 3, abaixo, apresentam, respectivamente, a idade de início e de interferência dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), e a idade de busca por tratamento, em homens e mulheres.





Em relação a características clínicas, descritas a seguir na tabela 3, não houve diferenças quanto à idade média de início dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) em geral, nem das obsessões ou compulsões, avaliadas separadamente. Por outro lado, a idade média de interferência pelos SOC, a pior fase destes, a busca por tratamento e o recebimento do diagnóstico de TOC ocorreu significativamente mais cedo entre os homens. Já a gravidade dos SOC, quando avaliados pela Y-BOCS (escore total e subescores de obsessões e compulsões), assim como a gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos (avaliados pelos inventários de Beck) foi significativamente maior nas mulheres. Assim, confirmou-se a hipótese de maior frequência de homens solteiros e mulheres casadas (e com filhos). Já a idade mais precoce de início dos SOC nos homens não foi confirmada; no entanto, observou-se que nestes a interferência, a pior fase, a busca de tratamento e o diagnóstico de TOC ocorreram mais precocemente.

Quanto aos dados de comportamentos suicidas ou “suicidalidade” na vida, foi mais frequente entre as mulheres pensar que não valia mais a pena viver e ter tentado suicídio em algum momento na vida, sem diferenças significativas nos outros parâmetros.



**Tabela 3** - Distribuição de diferentes aspectos clínicos da amostra de pacientes portadores de TOC (n = 901), de acordo com o gênero.

Variáveis contínuas e categoriais	Total n= 901 (100,0%)	Homens n = 385 (42.7%)	Mulheres n= 516 (57.3%)	p
Idade de início dos sintomas - anos, média (DP) <sup>1</sup>	12,6 (7,9)	12,4 (7,1)	12,7 (7,3)	0,66*
Idade de início das obsessões - anos, média (DP) <sup>1</sup>	13,2 (7,9)	12,8 (7,5)	13,5 (8,3)	0,17 *
Idade de início das compulsões - anos, média (DP) <sup>1</sup>	13,0 (7,6)	12,9 (7,6)	13,0 (7,7)	0,91 *
Idade de interferência pelos sintomas, média (DP) <sup>1</sup>	21,6 (10,5)	19,9 (9,6)	22,9 (10,9)	< 0,001*
Idade da pior fase dos sintomas, média (DP) <sup>1</sup>	28,5 (12,4)	26,4 (11,9)	30,1 (12,5)	< 0,001 *
Idade da busca por tratamento, média (DP) <sup>1</sup>	29,0 (12,5)	26,6 (11,9)	30,8 (12,6)	< 0,001*
Idade do diagnóstico de TOC, média (DP) <sup>1</sup>	30,6 (12,4)	28,1 (11,9)	32,4 (12,4)	<0,001*
Y-BOCS - escore total, média (DP) <sup>1</sup>	25,2 (8,1)	23,8 (8,5)	26,3 (7,5)	< 0,001 *
Y-BOCS - escore de obsessões, média (DP) <sup>1</sup>	12,6 (4,2)	11,9 (4,4)	13,0 (3,9)	< 0,001*
Y-BOCS - escore de compulsões, média (DP) <sup>1</sup>	12,7 (4,4)	11,8 (4,6)	13,3 (4,1)	< 0,001 *
BDI - escore total, média (DP) <sup>1</sup>	16,3 (11,7)	14,3 (11,0)	17,8 (11,9)	< 0,001*
BAI- escore total, média (DP) <sup>1</sup>	15,9(11,9)	13,7 (11,3)	17,5 (12,0)	< 0,001 *
História familiar de SOC	457 (50,8%)	191 (49,7%)	266 (51,5%)	0,59**
História familiar de diagnóstico de TOC	96 (22,6%)	41 (23,0%)	55 (22,4%)	0,87**
Compulsões surgiram após nascimento de alguma criança	89 (9,9%)	23 (6,0%)	66 (12,8%)	<b>0,001**</b>
Obsessões surgiram após nascimento de alguma criança	94 (10,4%)	27 (7,0%)	67 (13,0%)	<b>0,004**</b>
História de experiência traumática***	582 (64,6%)	247 (64,2%)	335 (64,9%)	0,81**
<b>“Suicidalidade” (na vida)</b>				
Achou que não valia a pena viver	505 (58,8%)	201 (54,9%)	304 (61,7%)	<b>0,047**</b>
Desejou estar morto	389 (45,3%)	161 (44,0%)	228 (46,2%)	0,51**
Pensou em suicídio	323 (37,6%)	137 (37,4%)	186 (37,7%)	0,93**
Planejou suicídio	187 (21,8%)	70 (19,1%)	117 (23,7%)	0,11**
Fez alguma tentativa de suicídio	97 (11,3%)	32 (8,7%)	65 (13,2%)	<b>0,042**</b>

1. Desvio Padrão \* teste t de Student \*\*teste do qui-quadrado \*\*\*avaliada pelo Questionário de história de trauma

Outros dados em relação a variáveis clínicas de tratamento, que podem ser observados na tabela 4, indicam que os homens receberam mais psicoterapia do que as mulheres, além de mais antipsicóticos atípicos e antipsicóticos em geral (típicos e atípicos), que são medicamentos empregados no tratamento dos transtornos de tiques e também para a potencialização do tratamento convencional do TOC com antidepressivos (AD) serotoninérgicos, em casos refratários. Houve ainda tendência de os homens terem se submetido a qualquer tratamento psiquiátrico anterior mais frequentemente do que as mulheres. Estas, por sua vez, apresentaram mais frequentemente resposta adequada (de acordo com critérios da escala de Impressão Clínica Global – ICG) (GUY, 1976) aos AD em geral e aos AD serotoninérgicos (que incluem os inibidores seletivos de recaptção de serotonina – ISRS- e o tricíclico clomipramina). Por outro lado, não houve diferença entre os gêneros em relação ao uso na vida de AD em geral, AD serotoninérgicos, ISRS, benzodiazepínicos, antipsicóticos típicos, assim como em relação à ocorrência de qualquer resposta ao tratamento em geral (resposta parcial ou resposta satisfatória, de acordo com critérios da ICG), ao uso de AD e agentes serotoninérgicos. Homens e mulheres também não diferiram em relação a ter períodos assintomáticos na vida, ou seja, com ausência de SOC.

**Tabela 4** – Distribuição das variáveis clínicas de tratamento da amostra de pacientes com TOC (N=901), de acordo com o gênero.

Variáveis categoriais	Total n= 901		Homens n= 385		Mulheres n= 516		p <sup>1</sup>
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Recebeu tratamento psicoterápico	575	(63,8)	260	(67,5)	315	(61,0)	<b>0,045</b>
Realizou qualquer tratamento psiquiátrico anterior	681	(75,6)	302	(78,4)	379	(73,4)	0,084
Uso na vida de ISRS*	593	(65,8)	252	(65,4)	341	(66,1)	0,84
Uso na vida de antidepressivos serotoninérgicos em geral (ISRS* ou Clomipramina)	634	(70,4)	276	(71,7)	358	(69,4)	0,45
Uso na vida de antidepressivos (AD) **	641	(71,1)	279	(72,5)	362	(70,2)	0,45
Uso na vida de benzodiazepínicos	346	(38,4)	148	(38,4)	198	(38,4)	0,98
Resposta adequada a AD	225	(25,0)	82	(21,3)	143	(27,7)	<b>0,028</b>
Qualquer resposta a AD	430	(47,7)	181	(47,0)	249	(48,3)	0,71
Resposta adequada a AD serotoninérgicos	215	(23,9)	78	(20,3)	137	(26,5)	<b>0,028</b>
Qualquer resposta a AD serotoninérgicos	420	(46,6)	178	(46,2)	242	(46,9)	0,84
Uso atual de AD	452	(50,2)	204	(53,0)	248	(48,1)	0,14
Uso na vida de qualquer antipsicótico	183	(20,3)	92	(23,9)	91	(20,3)	<b>0,021</b>
Uso na vida de antipsicóticos típicos	98	(10,9)	48	(12,5)	50	(9,7)	0,18
Uso na vida de antipsicóticos atípicos	141	(15,6)	73	(19,0)	68	(13,2)	<b>0,018</b>
Teve períodos com ausência dos SOC	135	(15,0)	65	(16,9)	70	(13,6)	0,17

<sup>1</sup> teste do qui-quadrado \* Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

\*\* Antidepressivos tricíclicos (clomipramina e imipramina), ISRS, venlafaxina, minalciprano, mirtazapina

A frequência dos sintomas por dimensões na amostra total, ao longo da vida, foram: agressão (67,4%); sexual e religiosa (55,4%); simetria, ordenação, contagem e arranjo (87,0%); contaminação e limpeza (73,6%); colecionamento (51,5%) e diversas (87,0%). A tabela 5, abaixo, que descreve a frequência das diferentes dimensões em homens e mulheres, mostra que só não houve diferença significativa entre os gêneros em relação à dimensão de simetria, ordenação e contagem. Os homens apresentaram mais frequentemente sintomas da dimensão sexual e religiosa, enquanto as mulheres tiveram com maior frequência sintomas das dimensões de agressão, contaminação e limpeza e colecionamento, assim como obsessões e compulsões diversas.

**Tabela 5** – Prevalência das diferentes dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos, de acordo com a DY-BOCS, em homens e mulheres portadores de TOC.

Dimensões	Total (n= 901)		Homens (n= 385)		Mulheres (n= 516)		P <sup>1</sup>
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Agressão	607	(67,4)	241	(62,6)	366	(70,9)	<b>0,008</b>
Sexual e Religiosa	499	(55,4)	232	(60,3)	267	(51,7)	<b>0,01</b>
Simetria, Ordenação e Contagem	784	(87,0)	334	(86,7)	450	(87,0)	0,84
Contaminação e Limpeza	663	(73,6)	264	(68,6)	399	(77,3)	<b>0,003</b>
Colecionamento	464	(51,5)	181	(47,0)	283	(54,8)	<b>0,02</b>
Diversas	784	(87,0)	323	(83,9)	461	(89,3)	<b>0,016</b>

<sup>1</sup> teste do qui- quadrado

Quanto à gravidade média das diferentes dimensões de SOC na pior fase destes, no passado, pode-se observar (Tabela 6) que, exceto a dimensão sexual-religiosa, que foi mais grave no sexo masculino, todas as demais, inclusive a de simetria, ordenação e contagem, foram mais graves nas pacientes do sexo feminino. As mulheres também apresentaram no passado escores médios totais mais altos, mais tempo gasto com os SOC e maior incômodo devido a estes. Por outro lado, os escores médios de prejuízo e interferência pelos SOC não diferiram significativamente entre os gêneros.

Tabela 6 - Gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, de acordo com a pontuação na pior fase do passado, pela Escala Dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS) em homens e mulheres com TOC.

DY-BOCS PASSADO (Pontuação)	Total (n= 901) Média (DP) <sup>1</sup> Mediana (variação)	Homens (n=385) Média (DP) <sup>1</sup> Mediana (variação)	Mulheres (n= 516) Média (DP) <sup>1</sup> Mediana (variação)	P*
<b>Agressão</b>	6,74 (5,54) 8 (0-15)	6,18 (5,67) 6 (0-15)	7,16 (5,41) 8,5 (0-15)	<b>0,018</b>
<b>Sexual e religiosa</b>	5,50 (5,65) 4 (0-15)	6,09 (5,75) 6 (0-15)	5,07 (5,54) 3 (0-15)	<b>0,004</b>
<b>Simetria, ordenação e contagem</b>	8,73 (4,65) 10 (0-15)	8,23 (4,79) 9 (0-15)	9,10 (4,69) 11 (0-15)	<b>0,004</b>
<b>Contaminação e limpeza</b>	7,68 (5,50) 9 (0-15)	6,71 (5,43) 8 (0-15)	8,40 (5,44) 10 (0-15)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Colecionamento</b>	3,79 (4,57) 9 (0-15)	3,33 (4,45) 0 (0-15)	4,14 (4,64) 3 (0-15)	<b>0,004</b>
<b>Diversas</b>	8,82 (44,86) 10 (0-15)	8,08 (5,03) 9 (0-15)	9,36 (4,66) 11 (0-15)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Total</b>	23,53 (5,12) 24 (0-30)	22,97 (5,63) 24 (0-30)	23,95 (4,65) 24,5 (8-30)	0,46
<b>Prejuízo</b>	11,08 (3,18) 12 (0-15)	10,84 (3,34) 12 (0-15)	11,25 (3,05) 12 (0-15)	0,12
<b>Tempo gasto com sintomas</b>	4,30 (0,89) 4 (0-5)	4,20 (1,00) 4 (0-5)	4,37 (0,80) 5 (0-5)	<b>0,03</b>
<b>Incômodo devido aos sintomas</b>	4,26 (0,84) 4 (0-5)	4,14 (0,95) 4 (0-5)	4,34 (0,73) 4 (0-5)	<b>0,009</b>
<b>Interferência devida aos sintomas</b>	3,86 (1,02) 4 (0-5)	3,80 (1,09) 4 (0-5)	3,91 (0,96) 4 (0-5)	0,28

1. Desvio Padrão

\* teste de Mann-Whitney

Em relação à pontuação média atual na DY-BOCS (no momento da entrevista), descrita na Tabela 7, observa-se que todos os parâmetros avaliados foram mais graves no sexo feminino, com exceção da dimensão sexual-religiosa, novamente mais grave entre os pacientes do sexo masculino.

**Tabela 7** - Gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, de acordo com a pontuação atual (no momento da entrevista) na Escala Dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS) em homens e mulheres com TOC.

DY-BOCS - Pontuação ATUAL Dimensões	Total (n= 901) Média (DP) <sup>1</sup> Mediana (variação)	Homens (n=385) Média (DP) <sup>1</sup> Mediana (variação)	Mulheres (n= 516) Média (DP) <sup>1</sup> Mediana (variação)	p*
<b>Agressão</b>	5,45 (4,96) 5 (0-15)	4,83 (5,01) 4 (0-15)	5,91 (4,88) 6 (0-15)	<b>0,002</b>
<b>Sexual-Religiosa</b>	4,32 (4,88) 2 (0-15)	4,73 (4,95) 3 (0-15)	4,03 (4,82) 0 (0-15)	<b>0,02</b>
<b>Simetria, ordenação e contagem</b>	7,38 (4,63) 8 (0-15)	6,75 (4,70) 7 (0-15)	7,85 (4,53) 9 (0-15)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Contaminação e limpeza</b>	6,46 (5,13) 7 (0-15)	5,45 (4,9) 5 (0-15)	7,19 (5,17) 9 (0-15)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Colecionamento</b>	3,26 (4,12) 0 (0-15)	2,85 (4,05) 0 (0-15)	3,56 (4,15) 2 (0-15)	<b>0,004</b>
<b>Diversas</b>	7,62 (4,65) 9 (0-15)	6,86 (4,66) 7,5 (0-15)	8,18 (4,57) 9 (0-15)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Total</b>	21,00 (6,50) 22 (0-30)	19,99 (7,11) 21 (0-30)	21,76 (5,89) 23 (0-30)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Prejuízo causado pelos sintomas</b>	10,15 (3,61) 12 (0-15)	9,69 (3,84) 9 (0-15)	10,49 (3,38) 12 (0-15)	<b>0,003</b>
<b>Tempo gasto com os sintomas</b>	3,84 (1,17) 4 (0-5)	3,66 (1,23) 4 (0-5)	3,96 (1,10) 4 (0-5)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Incômodo devido aos sintomas</b>	3,73 (1,16) 4 (0-5)	3,52 (1,26) 4 (0-5)	3,89 (1,06) 4 (0-5)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Interferência devida aos sintomas</b>	3,31 (1,24) 4 (0-5)	3,15 (1,38) 4 (0-5)	3,43 (1,11) 4 (0-5)	<b>0,02</b>

1. Desvio Padrão

\* teste de Mann-Whitney

A presença de comorbidades psiquiátricas foi bastante comum, como o esperado, com 90,9% da amostra total apresentando outro transtorno de eixo I comórbido ao TOC, e sem diferença significativa entre os grupos (91,7% dos homens e 89,3% das mulheres). Entre as comorbidades mais frequentemente associadas ao TOC, na amostra total foi maior a co-ocorrência com episódio depressivo maior (67,2%), fobia social (35,4%), transtorno de ansiedade generalizada (34,7%) e fobia específica (32,7%) entre os transtornos isolados. Já entre os grupos de transtornos obteve-se mais comumente: transtornos de humor (70,5%), transtornos ansiosos (69,9%) e transtornos de controle dos impulsos (38,3%). Entre os homens, as comorbidades mais comuns foram: episódio depressivo maior (66,2%), fobia social (39,5%), transtorno de ansiedade generalizada (35,8%) e transtornos de tiques (34%), enquanto nas mulheres as comorbidades mais frequentes foram: episódio depressivo maior (68%), fobias específicas (39,5%), transtorno de ansiedade generalizada (33,9%) e fobia social (32,2%).

As comorbidades psiquiátricas, de acordo com a distribuição por gênero, estão descritas na Tabela 8, onde se pode observar que os homens apresentaram mais frequentemente co-ocorrência de transtornos por uso de álcool, fobia social, transtorno impulsivo-compulsivo sexual não parafílico e de uso de videogame, e transtorno de tiques. Portanto, confirmaram-se as hipóteses de maior frequência nestes de fobia social e transtornos de tiques em geral. Por outro lado, não se confirmaram as hipóteses de maior frequência de Síndrome de Tourette, hipocondria e transtornos por uso de outras substâncias além do álcool. Já os seguintes transtornos foram mais comuns entre as

mulheres: transtorno de pânico e/ou agorafobia, fobia específica, transtorno de somatização, transtorno doloroso, transtornos alimentares em geral (anorexia e bulimia nervosa em particular), tricotilomania, *skin picking* e comprar “compulsivo”, assim como transtornos do controle de impulsos em geral. Não houve diferenças significativas entre os gêneros em relação à presença de transtornos afetivos, incluindo episódio depressivo maior e distímia. Esta última apresentou apenas tendência de maior frequência entre as mulheres. Contrariamente à hipótese inicial, homens e mulheres também não diferiram significativamente em relação à dependência de substâncias psicoativas - exceto álcool e tabaco-, transtorno de pânico sem agorafobia e agorafobia sem pânico. Confirmaram-se, porém as hipóteses de mais transtornos alimentares, comprar “compulsivo” e tricotilomania entre as mulheres com TOC.



**Tabela 8** - Prevalência na amostra de transtornos mentais comórbidos de eixo I do DSM-IV ao longo da vida (avaliados pela SCID-I), de acordo com o gênero.

<b>Comorbidades Psiquiátricas</b>	<b>Total (n= 901) n (%)</b>	<b>Homens (n= 385) n (%)</b>	<b>Mulheres (n=516) n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Qualquer comorbidade</b>	819 (90,9)	357 (92,7)	462 (89,5)	0,10
Episódio depressivo maior	606 (67,2)	255 (66,2)	351(68,0)	0,57
Distímia	110 (12,2)	38 (9,9)	72 (13,9)	0,06
Tr. Bipolar 1	38 (4,2)	18 (4,7)	20 (3,9)	0,55
Tr. Bipolar 2	42 (4,6)	18 (4,7)	24 (4,6)	0,99
Tr. Bipolar 3	3 (0,3)	1 (0,26)	2 (0,4)	1,00*
<b>Qualquer Tr. Bipolar</b>	74 (8,2)	32 (8,3)	42 (8,1)	0,93
<b>Qualquer Tr. de Humor</b>	635 (70,5)	269 (69,9)	366 (70,9)	0,73
<b>Tr. por Uso de Álcool</b>	72 (8,0)	48 (12,4)	24 (4,6)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Dependência de outras substâncias</b>	18 (2,0)	11 (2,8)	7 (1,3)	0,11
Tr. de Pânico com Agorafobia	81 (9,0)	28 (7,3)	53 (10,3)	0,12
Tr. de Pânico sem Agorafobia	51 (5,7)	21 (5,5)	30 (5,8)	0,82
Agorafobia sem Pânico	46 (5,1)	15 (3,9)	31 (6,0)	0,15
<b>Qualquer Tr. pânico/Agorafobia</b>	177 (19,6)	63 (16,3)	114 (22,1)	<b>0,03</b>
Fobia Social	319 (35,4)	152 (39,5)	167 (32,2)	<b>0,03</b>
Fobia Específica	295 (32,7)	103 (26,8)	192 (37,2)	<b>0,001</b>
Tr. Estresse Pós Traumático	170 (18,9)	66 (17,2)	104 (20,2)	0,25
Tr. Ansiedade Generalizada	313 (34,7)	138 (35,8)	175 (33,9)	0,55
Tr. Ansioso SOE	11 (1,2)	6 (1,5)	5 (1,0)	0,42
<b>Qualquer Tr. Ansioso</b>	630 (69,9)	277 (71,9)	353 (68,4)	0,25
Hipocondria	32 (3,5)	13 (3,3)	19 (3,6)	0,81
Tr. Dismórfico Corporal	109 (12,1)	48 (12,5)	61 (11,8)	0,77
Tr. de Somatização	23 (2,5)	4 (1,0)	19 (3,7)	<b>0,02*</b>
Tr. doloroso	28 (3,1)	5 (1,3)	23 (4,5)	<b>0,007</b>
Anorexia nervosa	27 (3,0)	4 (1,0)	23 (4,5)	<b>0,003*</b>
Bulimia nervosa	27 (3,0)	4 (1,0)	23 (4,5)	<b>0,003*</b>
Tr. Compulsão Alimentar Periódica	74 (8,2)	30 (7,8)	44 (8,5)	0,69

**Continuação da Tabela 8** - Prevalência na amostra de transtornos mentais comórbidos de eixo I do DSM-IV ao longo da vida (avaliados pela SCID-I), de acordo com o gênero.

<b>Qualquer tr. alimentar</b>	109 (12,1)	33 (8,6)	76 (14,7)	<b>0,005</b>
Tr. Explosivo Intermitente	74 (8,2)	33 (8,6)	41 (7,9)	0,73
Cleptomania	25 (2,8)	11 (2,9)	14 (2,7)	0,90
Piromania	4 (0,4)	3 (0,8)	1 (0,2)	0,32
Jogo patológico	6 (0,7)	3 (0,8)	3 (0,6)	0,70
Tricotilomania	59 (6,5)	17 (4,4)	42 (8,1)	<b>0,025</b>
<i>Skin Picking</i>	160 (17,8)	42 (10,9)	118 (22,9)	< <b>0,001</b>
Comprar “compulsivo”	104 (11,5)	25 (6,5)	74 (15,3)	< <b>0,001</b>
Transtorno Impulsivo-Compulsivo Sexual Não-Parafílico	34 (3,8)	25 (6,5)	9 (1,7)	< <b>0,001</b>
Tr. de Uso Impulsivo-Compulsivo da Internet	28 (3,1)	12 (3,1)	16 (3,1)	0,99
Tr. de Uso Impulsivo- Compulsivo do Video-Game	16 (1,8)	13 (3,4)	3 (0,6)	<b>0,003*</b>
Transtorno de Automutilação	25 (2,8)	7 (1,8)	18 (3,5)	0,13
<b>Qualquer tr. do controle impulsos</b>	345 (38,3)	129 (33,5)	216 (41,9)	<b>0,01</b>
Tiques	262 (29,1)	131 (34,0)	131 (25,4)	<b>0,005</b>
Sd. de Tourette	83 (9,2)	40 (10,4)	43 (8,3)	0,29
TDAH	61 (11,8)	56 (14,5)	17 (13,0)	0,223
Tr. de Ansiedade de Separação	239 (26,5)	92 (23,9)	147 (28,5)	0,12

\* teste Exato de Fisher

Foram avaliadas as principais variáveis com destacada relevância clínica que também pudessem estar associadas a cada dimensão de SOC da DY-BOCS, caracterizando-se como variáveis confundidoras da associação de cada uma delas com gênero. As razões de chance brutas e ajustadas para o sexo feminino em cada uma das cinco dimensões estudadas estão demonstradas na tabela 9. Como se pode observar pelas OR brutas, as mulheres apresentaram maiores chances do que os homens de ter sintomas das dimensões de

agressão (OR 1,46; 1,10-1,93), contaminação/ limpeza (OR 1,76; 1,16 – 2,10), colecionamento (OR 1,37; 1,05 – 1,78) e diversas (OR 1,61; 1,09 – 2,38), e menor chance de ter sintomas da dimensão sexual/religiosa (OR 0,70; 0,54 – 0,92). Para dimensão de simetria, ordenação e contagem não houve diferença entre homens e mulheres. Após o ajuste, ser do sexo feminino manteve-se independentemente associado a ter sintomas nas dimensões de agressão (OR = 1,49; IC: 1,11 - 2,00;  $p = 0,007$ ), de contaminação e limpeza (OR = 1,62; IC: 1,19 - 2,19;  $p = 0,002$ ) e colecionamento (OR = 1,37; IC: 1,04 - 1,80;  $p = 0,024$ ). Além de gênero, comorbidade com TEPT, TCI e tiques mantiveram-se independentemente associados com a dimensão de agressão. Apenas gênero feminino manteve a associação independente com a dimensão de contaminação e limpeza, enquanto comorbidade com tiques foi outra variável que se manteve associada com sintomas de colecionamento. Enquanto a razão de chance bruta mostrava um risco significativamente menor de sintomas da dimensão sexual e religiosa nas mulheres, após ajustado para possíveis variáveis de confusão este resultado perdeu a significância estatística (OR = 0,78; IC: 0,58 - 1,06;  $p = 0,11$ ). Já as comorbidades depressão, tiques e transtorno impulsivo-compulsivo sexual não parafílico mantiveram-se associados de modo independente a este tipo de sintoma. A dimensão de simetria, que não predominava em nenhum dos gêneros, manteve este mesmo resultado após aplicação do modelo de regressão, enquanto idade e comorbidade com tiques mantiveram a associação significativa independente com esta dimensão.

**Tabela 9** - Razões de chance (*odds ratios* -OR) brutas e ajustadas, assim como intervalos de confiança, para possíveis variáveis confundidoras da ocorrência de diferentes dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos em relação ao sexo feminino.

Dimensões	OR bruta (IC)*	p	OR ajustada (IC)*	p
<b>Agressão</b>				
<b>Sexo feminino</b>	1,46 (1,10 – 1,93)	<b>0,008</b>	1,49 (1,11 – 2,00)	<b>0,007</b>
<b>Idade</b>	1,00 (0,98 – 1,01)	0,62	0,99 (0,98 – 1,00)	0,30
<b>Comorbidade com TEPT</b>	2,52 (1,66 – 3,82)	<b>&lt; 0,001</b>	2,25 (1,46 – 3,46)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Comorbidade com EDM</b>	1,49 (1,11 – 2,00)	<b>0,007</b>	1,30 (0,96 – 1,76)	0,09
<b>Comorbidade com TCI</b>	1,64 (1,22 – 2,21)	<b>0,001</b>	1,38 (1,02 – 1,88)	<b>0,04</b>
<b>Comorbidade com tiques</b>	0,66 (0,48 – 0,90)	<b>0,01</b>	0,69 (0,49 – 0,96)	<b>0,03</b>
<b>Sexual e religiosa</b>				
<b>Sexo feminino</b>	0,70 (0,54 – 0,92)	<b>0,01</b>	0,78 (0,58 – 1,06)	0,11
<b>Idade</b>	0,99 (0,98 – 1,00)	<b>0,02</b>	0,99 (0,98 – 1,00)	0,06
<b>Prática religiosa</b>	1,29 (0,97 – 1,71)	0,08	1,27 (0,94 – 1,71)	0,11
<b>Comorbidade com EDM</b>	1,78 (1,35 – 2,36)	<b>&lt; 0,001</b>	1,92 (1,41 – 2,61)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Comorbidade com tr. impulsivo-compulsivo sexual não parafílico</b>	13,70 (3,26 – 57,54)	<b>&lt; 0,001</b>	12,08 (2,84 – 51,46)	<b>0,001</b>
<b>Comorbidade com tiques</b>	0,55 (0,41 – 0,74)	<b>&lt; 0,001</b>	0,61 (0,44 – 0,85)	<b>0,004</b>
<b>Simetria</b>				
<b>Sexo feminino</b>	1,04 (0,70 – 1,54)	0,84	1,19 (0,80 – 1,78)	0,39
<b>Idade</b>	0,98 (0,96 – 0,99)	<b>0,002</b>	0,98 (0,96 – 0,99)	<b>0,004</b>
<b>Comorbidade com tiques</b>	0,52 (0,32 – 0,85)	<b>0,01</b>	0,55 (0,34 – 0,91)	<b>0,02</b>
<b>Contaminação e limpeza</b>				
<b>Sexo feminino</b>	1,56 (1,16 – 2,10)	<b>0,003</b>	1,59 (1,18 – 2,15)	<b>0,003</b>
<b>Idade</b>	1,00 (0,99 – 1,01)	0,73	0,99 (0,98 – 1,01)	0,37
<b>Comorbidade com EDM</b>	1,23 (0,90 – 1,68)	0,19	1,23 (0,90 – 1,68)	0,19
<b>Colecionamento</b>				
<b>Sexo feminino</b>	1,37 (1,05 – 1,78)	<b>0,02</b>	1,37 (1,04 – 1,80)	<b>0,02</b>
<b>Idade</b>	1,01 (1,00 – 1,02)	<b>0,07</b>	1,00 (1,00 – 1,02)	0,05
<b>Nível socioeconômico</b>	1,26 (0,97 – 1,64)	<b>0,08</b>	1,23 (0,94 – 1,61)	0,13
<b>Comorbidade com Tiques</b>	0,56 (0,42 – 0,76)	<b>&lt; 0,001</b>	0,52 (0,39 – 0,70)	<b>&lt; 0,001</b>

\* intervalo de confiança

A tabela 10, abaixo, apresenta os resultados da regressão logística com as mesmas variáveis para cada dimensão de SOC, porém com análises separadas para cada um dos gêneros. Comorbidade com TEPT foi a única variável que se manteve independentemente associada a um maior risco de ter sintomas na dimensão de agressão, tanto para os homens como para as mulheres (OR = 2,84; IC: 1,47 - 5,49;  $p = 0,002$  e OR= 1,88; IC: 1,06 - 3,34;  $p = 0,03$ , respectivamente). Da mesma forma, a comorbidade com episódio depressivo maior manteve-se associada independentemente a um maior risco para ter sintomas da dimensão sexual e religiosa para homens e mulheres (OR = 1,87; IC: 1,16 - 3,02;  $p = 0,001$  e OR= 1,96; IC: 1,31 - 2,93;  $p = 0,001$ , respectivamente). Para os homens, a comorbidade com transtorno impulsivo-compulsivo sexual não-parafílico aumentou o risco de sintomas desta dimensão (OR= 1,87; IC: 1,16-3,02;  $p=0,001$ ), mas não foi possível o cálculo deste risco entre as mulheres, pois todas as nove portadoras dessa comorbidade apresentam sintomas da dimensão em questão. A comorbidade com transtorno de tiques também se manteve associada a este tipo de sintoma, porém somente para as mulheres, e negativamente (OR= 0,61; IC: 0,39-0,94);  $p=0,02$ ). Para as mulheres, ainda, um menor risco de ter sintomas da dimensão de simetria se manteve independentemente associado à idade no momento da avaliação (OR= 0,96; IC: 0,94-0,98;  $p<0,001$ ). Por fim, a comorbidade com transtornos de tiques se manteve como um fator independente de proteção em relação à ocorrência de sintomas da dimensão de colecionamento, tanto em homens como em mulheres (OR= 0,49; IC: 0,32 - 0,76;  $p = 0,001$  e OR = 0,54; IC: 0,36 - 0,82;  $p = 0,004$ , respectivamente).

**Tabela 10** - Razões de chance (*odds ratios* - OR) brutas e ajustadas, assim como os intervalos de confiança, para possíveis confundidores das diferentes dimensões de sintomas, em cada um dos gêneros separadamente.

Dimensões	Homens		Mulheres	
	OR bruta (IC)* p	OR ajustada (IC)* p	OR bruta (IC)* p	OR ajustada (IC)* p
<b>Agressão</b>				
<b>Idade</b>	0,99 (0,98 - 1,01) p = 0,53	0,99 (0,97 - 1,01) p = 0,32	0,99 (0,98 - 1,01) p = 0,50	0,99 (0,98 - 1,01) p = 0,58
<b>Comorbidade com TEPT</b>	2,84 (1,49 - 5,42) p = 0,002	2,84 (1,47 - 5,49) p = 0,002	2,25 (1,30 - 3,90) p = 0,004	1,88 (1,06 - 3,34) p = 0,03
<b>Comorbidade com EDM</b>	1,44 (0,93 - 2,21) p = 0,10	1,34 (0,86 - 2,10) p = 0,20	1,53 (1,02 - 2,27) p = 0,04	1,28 (0,85 - 1,94) p = 0,24
<b>Comorbidade com TCI</b>	1,69 (1,07 - 2,66) p = 0,02	1,53 (0,96 - 2,44) p = 0,08	1,53 (1,03 - 2,27) p = 0,03	1,32 (0,87 - 1,99) p = 0,19
<b>Comorbidade com tiques</b>	0,70 (0,45 - 1,10) p = 0,12	0,75 (0,47 - 1,19) p = 0,22	0,55 (0,34 - 0,89) p = 0,01	0,62 (0,38 - 1,01) p = 0,05
<b>Sexual e religiosa</b>				
<b>Idade</b>	0,99 (0,97 - 1,00) p = 0,16	0,98 (0,97 - 1,00) p = 0,12	0,99 (0,98 - 1,00) p = 0,18	0,99 (0,98 - 1,01) p = 0,32
<b>Prática religiosa</b>	1,61 (1,03 - 2,52) p = 0,04	1,43 (0,89 - 2,27) p = 0,13	1,13 (0,78 - 1,64) p = 0,51	1,17 (0,79 - 1,72) p = 0,43
<b>Comorbidade com EDM</b>	1,64 (1,07 - 2,52) p = 0,02	1,87 (1,16 - 3,02) p = 0,001	1,94 (1,33 - 2,82) p = 0,001	1,96 (1,31 - 2,93) p = 0,001
<b>Comorbidade com tr. impulsivo-compulsivo sexual não parafilico</b>	8,31 (1,93 - 35,77) p = 0,004	8,45 (1,92 - 37,24) p = 0,005		
<b>Comorbidade com tiques</b>	0,58 (0,37 - 0,90) p = 0,02	0,62 (0,37 - 1,03) p = 0,06	0,55 (0,37 - 0,83) p = 0,004	0,61 (0,39 - 0,94) p = 0,02
<b>Simetria</b>				
<b>Idade</b>	0,99 (0,97 - 1,02) p = 0,68	1,00 (0,97 - 1,02) p = 0,84	0,96 (0,94 - 0,98) p < 0,001	0,96 (0,94 - 0,98) p < 0,001
<b>Comorbidade com tiques</b>	0,55 (0,28 - 1,10) p = 0,09	0,56 (0,28 - 1,12) p = 0,10	0,48 (0,24 - 0,98) p = 0,04	0,54 (0,26 - 1,10) p = 0,09
<b>Contaminação e limpeza</b>				
<b>Idade</b>	0,99 (0,97 - 1,00) p = 0,14	0,99 (0,97 - 1,00) p = 0,13	1,00 (0,98 - 1,02) p = 0,81	1,00 (0,98 - 1,02) p = 0,84
<b>Comorbidade com EDM</b>	1,12 (0,71 - 1,76) p = 0,62	1,16 (0,74 - 1,83) p = 0,52	1,32 (0,86 - 2,03) p = 0,21	1,32 (0,85 - 2,03) p = 0,21
<b>Colecionamento</b>				
<b>Idade</b>	1,01 (0,99 - 1,03) p = 0,15	1,02 (1,00 - 1,03) p = 0,06	1,00 (0,99 - 1,02) p = 0,44	1,01 (0,99 - 1,02) p = 0,30
<b>Nível socioeconômico</b>	1,22 (0,81 - 1,83) p = 0,35	1,32 (0,87 - 2,01) p = 0,19	1,23 (0,87 - 1,74) p = 0,24	1,18 (0,83 - 1,68) p = 0,34
<b>Comorbidade com tiques</b>	0,53 (0,35 - 0,82) p = 0,004	0,49 (0,32 - 0,76) p = 0,001	0,55 (0,36 - 0,83) p = 0,004	0,54 (0,36 - 0,82) p = 0,004

\* intervalo de confiança

## 6.1. Resumo dos principais resultados

Os principais resultados da análise univariada mostraram que, quando comparados os gêneros:

1) Os homens apresentaram de forma significativa:

- Aspectos sociodemográficos

- morar com a família de origem
- ser solteiro
- estar desempregado
- pertencer aos estratos socioeconômicos mais elevados (classes A e B pela ABIPEME)
- ter uma maior média de anos de estudo
- ter repetido algum ano de estudo

- Aspectos clínicos de evolução e de tratamento

- menor idade média de interferência pelos SOC, da pior fase dos SOC, da busca por tratamento e do diagnóstico de TOC
- ter recebido mais frequentemente tratamento psicoterápico
- ter feito uso de antipsicóticos típicos e atípicos

- Fenomenologia

- ter mais frequentemente sintomas da dimensão sexual e religiosa
- ter maior escore médio pela DY-BOCS na dimensão sexual e religiosa na pior fase dos sintomas (passado) e no momento da entrevista (atual)
- ter mais comorbidade com: transtorno por uso de álcool, fobia social, transtornos impulsivo-compulsivo sexual não-parafílico e por uso de videogame, e transtorno de tiques.

2) As mulheres apresentaram, de forma significativa:

- Aspectos sociodemográficos

- maior idade média no momento da avaliação
- ter filhos

- Aspectos clínicos de evolução e de tratamento

- maior escore médio na Y-BOCS (total) e nos subitens de obsessões e de compulsões.
- maior escore médio no BDI e no BAI
- ter o início das obsessões e compulsões após nascimento de alguma criança



- já ter achado que não valia mais a pena viver e já ter tentado suicídio em algum momento da vida
- ter tido resposta adequada a antidepressivos em geral e a antidepressivos serotoninérgicos

- Fenomenologia

- ter sintomas das dimensões de agressão, contaminação e limpeza, colecionamento e “diversas”.
- ter maior escore médio pela DY-BOCS na dimensão agressiva, na pior fase dos sintomas (passado) e no momento da entrevista (atual)
- ter um maior escore médio pela DY-BOCS na dimensão simetria/ ordem/contagem/ arranjo, na pior fase dos sintomas (passado) e no momento da entrevista (atual)
- ter um maior escore médio pela DY-BOCS na dimensão colecionismo, na pior fase dos sintomas (passado) e no momento da entrevista (atual).
- ter um maior escore médio pela DY-BOCS na dimensão diversas, na pior fase dos sintomas (passado) e no momento da entrevista (atual)
- ter maior escore médio pela DY-BOCS, na dimensão contaminação e limpeza, no momento da entrevista (atual)

- ter um maior escore médio pela DY-BOCS para o tempo gasto com os SOC e incômodo causado pelos SOC, na pior fase dos sintomas (passado)
- ter maior escore médio total pela DY-BOCS, assim como para prejuízo causado pelos SOC, tempo gasto, incômodo e interferência causados pelos SOC no momento da entrevista (atual)
- ter mais comorbidade com: qualquer transtorno de pânico/ agorafobia, fobia específica, transtornos de somatização e doloroso, qualquer transtorno alimentar, anorexia e bulimia, tricotilomania, *skin picking*, comprar “compulsivo” e qualquer transtorno do controle de impulsos.

Os principais resultados da análise multivariada (regressão logística) mostraram que, em relação às diferentes dimensões de sintomas:

Gênero feminino manteve-se independentemente associado à ocorrência das dimensões de agressão, contaminação/limpeza e colecionamento, mesmo controlando-se para o efeito de possíveis variáveis de confusão para cada uma delas. Por outro lado, perdeu a associação significativa (negativa) com a dimensão sexual/religiosa. A associação com a dimensão de simetria/ordenação/contagem manteve-se não significativa.

Com modelos de regressão logística separados por gênero, obteve-se que:

- O TEPT foi a única variável explanatória que se manteve independentemente associada à ocorrência de sintomas da dimensão de agressão, tanto para os homens quanto para as mulheres.

- Sintomas da dimensão sexual/religiosa mantiveram-se associados à comorbidade com episódio depressivo maior nos dois gêneros, mas também à comorbidade com transtorno impulsivo-compulsivo sexual não parafílico nos homens e com transtorno de tiques nas mulheres.

- Idade maior foi um fator que se manteve negativamente associado à ocorrência de sintomas da dimensão de simetria/ordenação e contagem, mas apenas para as mulheres.

- Nenhuma variável manteve associação significativa com sintomas de contaminação e limpeza tanto em homens quanto em mulheres.

- Apenas o transtorno de tiques se manteve associado significativamente (de modo negativo) com a ocorrência de sintomas da dimensão de colecionamento, nos dois gêneros.

## *7. Discussão*



---

Este estudo avaliou, de modo abrangente e sistemático, diferenças fenomenológicas de acordo com o gênero na maior amostra clínica de pacientes portadores de TOC da literatura, até o presente momento. O estudo é inovador na comparação de homens e mulheres em relação não apenas à presença, mas também à gravidade dos SOC agrupados em diferentes dimensões, através de uma escala especialmente construída para este fim (DY-BOCS). Correlatos de cada dimensão sintomatológica nos dois gêneros foram avaliados, controlando-se para possíveis variáveis de confusão. Além disso, a pesquisa incluiu pacientes provenientes de seis diferentes cidades, de cinco estados e três regiões do Brasil, atendidos em centros de referência em pesquisa e tratamento do TOC. Todos os pacientes foram avaliados de modo padronizado por profissionais de saúde mental treinados, utilizando-se diversos instrumentos estruturados.

### **7.1. Características Sociodemográficas**

As mulheres apresentaram maior idade média no momento da avaliação em relação aos homens, em concordância com outros estudos (NOSHIRVANI et al., 1991; LENSI et al., 1996; TÜKEL et al., 2004) e predominaram na amostra (57,3% dos participantes). Outros grandes estudos clínicos, por exemplo, também tiveram predominância de mulheres em suas amostras, somando 61% e 59% dos pacientes (WHEATON et al, 2008; MATSUNAGA et al., 2010). Isto sugere que estas procuram mais tratamento do que os homens,

---

mas provavelmente demoram mais tempo para fazê-lo. Note-se, também, que neste estudo foi maior a frequência de homens em relação às mulheres na faixa de idade abaixo dos 20 anos (13,8% e 7%, respectivamente).

O fato de os homens pertencerem a estratos socioeconômicos mais elevados pode ter colaborado para a menor média de idade destes para buscar tratamento e para receber o diagnóstico de TOC. Alguns autores que avaliaram o acesso a serviços de saúde para portadores de distintos transtornos mentais destacaram maior nível socioeconômico e de escolaridade como favorecedores da procura e do acesso aos serviços de saúde mental (LIN et al., 1996).

Pertencer a estratos socioeconômicos mais altos também pode ser um facilitador do acesso à educação, talvez minimizando o impacto negativo do TOC em relação a número de anos de estudo entre os homens, que apresentaram média significativamente mais alta do que as mulheres nesta amostra. Apesar disso, é interessante observar que os homens apresentam uma maior frequência de repetência escolar, o que poderia ser um reflexo do impacto do TOC, já que o prejuízo pela doença começa significativamente mais cedo para eles, que também buscam por tratamento mais precocemente do que as mulheres. Assim, alguns fatores, como nível socioeconômico, podem talvez atenuar o impacto de um transtorno como o TOC em algumas esferas da vida. Porém, dependendo de sua gravidade e duração, este impacto se revelará de forma direta ou não, comprometendo de diversos modos as atividades e relacionamentos do indivíduo acometido.

A menor média de idade da interferência pelos SOC e da pior fase destes poderia explicar, pelo menos em parte, o achado de que os homens,

---

quando comparados às mulheres com TOC, são mais frequentemente solteiros, desempregados e residentes com a família de origem, além de apresentarem mais repetência escolar. Outros autores descreveram uma maior ocorrência e impacto mais precoce do TOC em meninos, o que poderia acarretar maior prejuízo nos aspectos emocionais e profissionais e, portanto, ser um indicador indireto de maior gravidade dos SOC em homens jovens (KALRA; SWEDO, 2009). Estes autores se baseiam em achados como as mulheres serem mais frequentemente casadas, os homens mais solteiros ou morarem mais com suas famílias de origem ou em residências assistidas (NOSHIRVANI et al., 1991; NEZIROGLU et al., 1994; CASTLE et al., 1995; LENSI et al., 1996; BOGETTO et al., 1999; SOBIN et al., 1999; MATSUNAGA et al., 2000; KARADAG et al., 2006; TORRES et al., 2006; FONTENELLE et al., 2008; TORRESAN et al., 2009).

Nos estudos de Sobin et al. (1999) e Torres et al. (2006), os homens também moravam mais comumente com suas famílias de origem, o que pode ser devido ao início mais precoce do transtorno nestes, gerando impacto negativo também mais precocemente, em fases de vida importantes para o desenvolvimento de diversas habilidades, o que acarretaria maior grau de dependência econômica e afetiva, mantendo-os mais próximos e mais dependentes de seus genitores.

Como no estudo de Castle et al. (1995), as mulheres, no presente estudo, têm filhos mais frequentemente do que os homens, talvez refletindo o fato de estarem com mais frequência em uniões estáveis, além de terem média de idade mais alta. Porém, é importante ressaltar que, ao invés de ser um fator

---

de proteção para o TOC (assim como para outros transtornos mentais), o casamento e a maternidade, para as mulheres, podem ser fontes de estressores ambientais e biológicos (BEBBINGTON, 1998), contribuindo para uma maior gravidade e duração do TOC nestas. Note-se que, neste estudo, as mulheres apresentaram média significativamente maior do que os homens dos escores da Y-BOCS total e em seus subescores de obsessão e compulsão, assim como nas escalas de depressão e ansiedade de Beck. Bebbington (1998), em detalhada revisão de estudos epidemiológicos, sugere que o casamento, assim como ter filhos pequenos, pode ter um efeito nocivo para as mulheres, provavelmente decorrente das demandas colocadas para elas, resultando em uma limitação de papéis sociais. Nesta mesma linha, Nestadt et al. (1994) encontraram, em uma amostra comunitária, prevalências de SOC muito superiores entre os norte-americanos casados e viúvos. Entretanto, ser casado, num estudo sobre fatores preditivos de curso do TOC, associou-se a uma probabilidade duas vezes maior de os pacientes apresentarem remissão parcial dos sintomas num período de cinco anos, quando comparados aos solteiros (GUEDES, 1997).

O fato de ter filhos também submete as mulheres às grandes oscilações hormonais próprias da gestação e do puerpério. O início e/ou agravamento de transtornos mentais e do TOC nestas fases, em especial no período puerperal, já foram descritos por diversos autores (ABRAMOWITZ et al., 2003; LABAD et al., 2005; VASCONCELOS et al., 2007). A ocitocina, por exemplo, hormônio importante para o aleitamento materno, parece estar envolvida nas vias fisiopatogênicas relacionadas ao TOC (LECKMAN, 1994; INSEL; YOUNG,



---

2001). Assim, o aumento da incidência de TOC no puerpério poderia ser em parte explicado por este mecanismo.

Além dos aspectos biológicos, mudanças nos papéis familiares e sociais com a chegada do bebê, cuidados e preocupações com a prole e diversos outros fatores reforçam também a importância de aspectos psicossociais na maternidade ou paternidade. É interessante destacar que no presente estudo 7,0% e 6,0% dos homens relataram o surgimento das obsessões e compulsões, respectivamente, após nascimento de alguma criança, em concordância com estudos prévios (ABRAMOWITZ et al. 2003). As mulheres, no entanto, relataram com frequência significativamente mais alta surgimento de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) após a maternidade. Na verdade, há estudos que sugerem que os SOC podem ter tido um papel importante na preservação das espécies, como os comportamentos relacionados à higiene, colecionamento e verificação de limites territoriais, entre outros. Assim, alguns rituais de limpeza e verificação do bem estar da prole seriam, até certo ponto, úteis e desejáveis, indicando senso de responsabilidade para evitar riscos e garantir a segurança das crianças pequenas (LECKMAN, 1994; INSEL; YOUNG, 2001). Como se pode constatar, aspectos relacionados a sexo e gênero são complexos e de difícil separação, havendo inúmeros fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que podem interagir entre si e influenciar o surgimento e a evolução do TOC.

## 7.2. Aspectos clínicos de evolução e de tratamento

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para a idade de início dos SOC de forma geral, nem para obsessões e compulsões, quando avaliadas separadamente, como demonstrado anteriormente em vários estudos (RASMUSSEN; TSUANG, 1986; MINICHELLO et al., 1990; NOSHIRVANI et al., 1991; NEZIROGLU et al., 1994; CASTLE et al., 1995; BOGETTO et al., 1999; FONTENELLE et al., 2003; LOCHNER et al., 2004; TÜKEL et al., 2004; KARADAG et al., 2006; JAYSOORIA et al., 2009; TORRESAN et al., 2009). Por outro lado, entre os homens foi mais precoce a interferência pelos SOC, ou seja, a instalação do transtorno propriamente dito, assim como a pior fase dos sintomas. Assim, início do TOC mais precoce nos homens e mais tardio nas mulheres tem sido relatado por diversos autores (BELLODI et al., 1992; CASTLE et al., 1995; DE MATHIS et al., 2009; RUSCIO et al., 2010). Nestas, isto é explicado em parte pela associação comum entre depressão e TOC, com início de SOC durante o curso de episódios depressivos, mas que perdurariam além da remissão dos sintomas depressivos (NOSHIRVANI et al., 1991). Apesar de não ter havido diferença significativa na prevalência de episódio depressivo nesta casuística, observou-se maior gravidade média dos sintomas depressivos entre as mulheres. Na verdade, outros autores também encontraram escores médios mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes do sexo feminino (FONTENELLE et al., 2002; LABAD et al., 2008; TORRESAN et al., 2009). Avaliando especificamente diferenças de gênero em pacientes com sintomas

---

da dimensão de colecionamento, Wheaton et al. (2008) também encontraram escores mais elevados no inventário de depressão de Beck entre as mulheres, sem que estas, no entanto, apresentassem maiores prevalências de depressão maior ou distímia do que os homens.

Neste estudo, além da interferência e pior fase dos sintomas, foram encontrados outros indicadores indiretos de impacto negativo mais precoce do TOC nos pacientes do sexo masculino, como menor idade média de busca por tratamento e do diagnóstico de TOC. Em nosso meio, Fontenelle et al. (2002), de forma semelhante, encontraram início mais precoce entre os homens, além de maior gravidade global inicial do TOC em meninos.

Em desacordo com alguns estudos (FISCHER et al., 1996/ 1997; FONTENELLE et al., 2002) e concordante com outros (BOGETTO et al., 1999; TÜKEL et al., 2004; LABAD et al., 2008), foi encontrada diferença significativa entre os gêneros em relação à gravidade dos SOC, medida pela escala Y-BOCS total e seus subitens de obsessão e compulsão. As mulheres apresentaram escores médios significativamente mais altos neste instrumento, que, vale ressaltar, avalia a gravidade no momento da entrevista e pode refletir alguma situação mais circunstancial da vida ou do tratamento. No entanto, as mulheres apresentaram também maiores escores de gravidade na pior fase dos SOC pela DY-BOCS, instrumento mais detalhado, que considera tanto a gravidade atual quanto na pior fase dos SOC para cada dimensão separadamente. Ressalte-se, porém, que as informações retrospectivas, como a gravidade de sintomas na pior fase do transtorno estão mais sujeitas a viés de memória. Outros autores também verificaram maiores escores médios na Y-

---

BOCS e em seus subitens entre as mulheres (TÜKEL et al., 2004; LABAD et al., 2008), apesar do estudo de Bogetto et al. (1999), que encontrou maior média no subitem de obsessão da Y-BOCS em homens. Na revisão de Fontenelle e Hasler (2008) é descrito que, entre crianças e adolescentes com TOC de amostras populacionais, as meninas relatam mais SOC, enquanto os meninos têm maior gravidade e incapacitação em função destes, talvez por isso procurando tratamento mais precocemente.

Na presente amostra, não foi mais frequente entre as mulheres a evolução episódica do quadro (com períodos assintomáticos), diferentemente do que foi relatado no estudo italiano de Bogetto et al. (1999). As pacientes do sexo feminino apresentaram médias significativamente mais altas nas escalas BDI e BAI, que avaliam a gravidade atual de sintomas depressivos e ansiosos, de forma semelhante a dois outros estudos nacionais (FONTENELLE et al., 2002; TORRESAN et al., 2009). Utilizando-se de outros instrumentos para avaliar este mesmo tipo de sintomatologia (Escala de Depressão e Ansiedade de Hamilton), Labad et al. (2008) também obtiveram escores mais altos entre as mulheres. Tendo em vista que os homens, no presente trabalho, buscaram tratamento mais cedo e receberam significativamente mais tratamento psicoterápico do que as mulheres, isto pode ter tido um impacto positivo na sintomatologia destes, refletido em escores mais baixos no momento da entrevista. Contrapõe-se a isto o achado de que as mulheres apresentaram maior frequência de resposta adequada aos antidepressivos de uma forma geral e, em especial, aos agentes serotoninérgicos, e mesmo assim mantiveram maior gravidade média dos sintomas depressivos, ansiosos e

---

obsessivo-compulsivos. Por outro lado, os homens apresentaram mais uso na vida de neurolépticos ou antipsicóticos (inclusive de agentes atípicos), medicações estas que são utilizadas para a potencialização dos esquemas tradicionais de tratamento em quadros refratários, assim como no tratamento dos transtornos de tiques (McDOUGLE, 1997; SKAPINAKIS et al., 2007), que foram mais frequentes entre os homens nesta amostra. Portanto, a melhor resposta aos antidepressivos nas pacientes do sexo feminino em conjunto com o maior uso de antipsicóticos nos pacientes do sexo masculino podem ser indicadores indiretos de refratariedade nos últimos. O fato de as mulheres terem apresentado mais sintomas da dimensão de agressividade e tais sintomas já terem sido apontados como tendo boa resposta aos ISRS (LANDEROS-WEISENBERGER et al., 2010; MATSUNAGA et al., 2010) pode ter também contribuído para este resultado. Porém, somente ensaios clínicos ou estudos longitudinais de seguimento podem responder melhor tais aspectos de resposta terapêutica. O fato de os homens terem recebido mais frequentemente tratamento psicoterápico prévio do que as mulheres pode também ser um reflexo do maior nível socioeconômico destes.

De forma similar a outros estudos (CASTLE et al., 1995; HANTOUCHE et al., 1996; LENSJ et al., 1996), o presente trabalho falhou em encontrar predomínio de história familiar de SOC e TOC em portadores do sexo masculino. Diferenças entre os sexos na carga genética, com mais TOC e SOC em familiares de probandos do sexo masculino, têm sido descritas em alguns estudos (PAULS et al., 1995; GELLER et al., 1998; ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2005), sugerindo que aspectos genéticos podem ter uma influência mais forte

---

na manifestação do TOC nos homens do que nas mulheres, aspecto também relacionado com o início mais precoce da doença nestes. Como a obtenção dos dados sobre antecedentes familiares não foi feita através de entrevista direta, mas por informação do paciente, isto pode ter contribuído para eventual subestimação dos dados sobre a história familiar do TOC, que costuma ter manifestações secretas.

O risco de suicídio no TOC foi historicamente subestimado (HOLLANDER et al., 1997; STEIN et al., 2000; TORRES et al., 2006; TORRES et al., 2010), com a crença de que o medo de morrer, conteúdo comum entre os SOC, seria um fator de proteção para suicídio entre seus portadores. Tal concepção perdeu força à medida que estudos detectaram taxas consideráveis de fatores de suicidalidade, mesmo após controle para a presença de comorbidades sabidamente associadas a suicídio, como depressão e dependência de álcool (TORRES et al., 2006). No presente estudo, achar que não valeria mais a pena viver e tentativas de suicídio predominaram entre as mulheres, de forma significativa. O impacto da comorbidade com episódios depressivos para o risco de suicídio no TOC não está totalmente esclarecido e há possibilidade de um risco interativo, pela associação da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e depressivos (KAMATH et al., 2007; TORRES et al., 2007b). Assim, apesar de as prevalências de episódio depressivo maior e de distímia não terem diferido significativamente nos dois grupos, os maiores escores nas escalas que avaliam os SOC e sintomas depressivos entre as mulheres da amostra podem ter colaborado para os achados de maior suicidalidade entre elas (TORRES et al., 2010). Por outro

---

lado, estudos apontam que o sexo feminino é um fator de risco para parasuicídio de modo geral, que seria duas vezes mais comum em mulheres do que em homens (TOURNIER et al., 2005).

### 7.3. Sintomatologia

Poucos estudos nesta área até o momento avaliaram a sintomatologia do TOC pela abordagem dimensional, especialmente utilizando instrumentos estruturados para a investigação direta da presença e gravidade de dimensões específicas de sintomas. Até aqui, apenas o estudo de Li et al (2009), com 139 pacientes chineses, utilizou a DY-BOCS para investigação sintomatológica. Neste, as frequências de todas as dimensões foram inferiores às que obtivemos, particularmente as de agressão (32%), sexual-religiosa (11%) e colecionamento (9%). Os autores apontam fatores socioculturais da China, como a baixa afiliação religiosa e o culto à parcimônia e à economia como possíveis fatores que justificam tal discrepância com a literatura.

Os achados de predomínio de sintomas da dimensão sexual/religiosa entre os homens e de contaminação/limpeza entre as mulheres são consistentes com vários outros estudos já publicados, de diferentes países (MINICHIELO et al., 1990; NOSHIRVANI et al., 1991; RATNASURIYA et al., 1991; CASTLE et al., 1995; HANTOUCHE et al., 1996; LENSÍ et al., 1996; BOGETTO et al., 1999; TÜKEL et al., 2004; KARADAG et al., 2006; LABAD et al., 2008; JAISOORYA et al., 2009; LI et al., 2009; TORRESAN et al., 2009).

---

Note-se que, na nossa casuística, não apenas a presença, mas também a gravidade (passada e atual) dos sintomas de conteúdo sexual e/ou religioso foi mais intensa em pacientes do sexo masculino, enquanto a gravidade atual dos sintomas de contaminação/limpeza foi maior em pacientes do sexo feminino.

Em desacordo com alguns estudos (HANTOUCHE et al., 1996; LOCHNER et al., 2004; TÜKEL et al., 2004), as mulheres, e não os homens, apresentaram significativamente mais sintomas da dimensão de agressão, que se mantiveram independentemente associados ao gênero feminino, mesmo após ajuste pela regressão logística. Lensi et al. (1996) verificaram que as mulheres apresentaram significativamente mais obsessões agressivas em relação aos homens no início do quadro, o que não se manteve na avaliação dos sintomas no momento da entrevista. Estes autores relacionaram os sintomas de agressão nas mulheres com o medo de perder o controle, aspecto bastante comum aos sintomas dessa dimensão, que poderiam se relacionar à maternidade e ao medo de provocar algum dano aos seus recém-nascidos. Vários estudos, porém, analisaram os sintomas de agressividade juntamente com os de conteúdo sexual e religioso (HANTOUCHE et al., 1996; STEIN et al., 2007) que são mais associados ao sexo masculino, o que pode ter dificultado a identificação desta associação que encontramos, entre obsessões e/ou compulsões de conteúdo agressivo e sexo feminino. Comparando portadores de TOC com e sem obsessões sexuais, Grant et al. (2006), verificaram que obsessões religiosas e agressivas se associaram positivamente de forma significativa ao grupo com obsessões sexuais. Na verdade, alguns autores (PINTO et al., 2007; BLOCK et al., 2008; FULLANA et al., 2009; MATSUNAGA



---

et al, 2010) agrupam estes três conteúdos sintomatológicos (agressivos, sexuais e religiosos) no que denominam “pensamentos proibidos” ou “pensamentos - tabu”, que muitas vezes se manifestam como impulsos egodistônicos (“obsessões impulsivas”) e são em geral avaliados junto com rituais de verificação. Assim, as diferentes maneiras de agrupar os sintomas nos diversos estudos dificulta a comparação dos presentes achados em relação à dimensão agressiva em específico, que foi mais comum entre as mulheres.

É interessante notar que o TEPT manteve-se independentemente associado a um maior risco para apresentar sintomas da dimensão de agressão, tanto em homens quanto em mulheres, possivelmente indicando o impacto de experiências vivenciadas como sendo traumáticas na patoplastia do transtorno. De forma similar, Fullana et al. (2009), avaliando a associação de quatro dimensões de SOC com comorbidades de eixo I, numa coorte com indivíduos provenientes da população geral, encontraram um maior risco de TEPT ocorrer em portadores de sintomas da dimensão “pensamentos proibidos”, que inclui os sintomas de agressão, além de conteúdos sexuais e religiosos. Assim, é interessante notar o provável efeito de fatores ambientais, como experiências vivenciais estressoras, muitas envolvendo situações de violência, neste tipo de manifestação sintomatológica do TOC.

Como já ressaltado, sintomas relacionados a temas religiosos, que tendem a predominar em homens, são muitas vezes avaliados em conjunto com sintomas de temas sexuais na literatura (HANTOUCHE et al., 1996; LABAD et al., 2008). Vários autores, porém, avaliando os sintomas desta

dimensão em separado, demonstraram predomínio entre os homens para obsessões sexuais (RATNASURYA et al., 1991; LENSJ et al., 1996; BOGETTO et al., 1999; SOBIN ET AL., 1999; TÜKEL et al., 2004; KARADAG et al., 2006; TORRESAN et al., 2009) e para obsessões de conteúdo religioso (JAISOORYA et al., 2009; TORRESAN et al., 2009). De forma semelhante, no presente estudo, em que tais sintomas foram abordados em conjunto, houve frequência significativamente menor entre as mulheres, resultado que não se manteve na análise multivariada. Já estudo de Grant e colaboradores (2006), não houve diferença na frequência de obsessões sexuais em homens e mulheres, e estas se associaram significativamente às de conteúdo religioso e agressivo.

A comorbidade com episódio depressivo manteve-se associada independentemente a um maior risco para ter sintomas da dimensão sexual e religiosa para homens e mulheres, avaliados em conjunto ou separadamente. Os conteúdos muitas vezes envolvendo temas moralmente repugnantes dos sintomas desta dimensão em geral apresentam caráter egodistônico e podem contribuir para a associação com episódio depressivo, de forma similar a uma coorte que encontrou um maior risco de depressão em portadores de SOC da dimensão de “pensamentos proibidos” (FULLANA et al., 2009). Na mesma linha, Hasler et al. (2007) encontraram um maior risco de EDM se associar aos sintomas agressivos, sexuais e religiosos avaliados de forma conjunta. É importante ressaltar que a depressão maior é um quadro que, como o TOC, também envolve importantes aspectos cognitivos de responsabilidade pessoal e culpa.

Questões relacionadas à sexualidade são muito complexas, envolvendo diversos fatores interativos, tanto de natureza biológica quanto psicossocial e cultural, com marcadas divergências entre os gêneros. Apesar do número relativamente pequeno de sujeitos com a comorbidade de transtorno sexual impulsivo-compulsivo não parafílico, principalmente mulheres, a associação positiva independente com esta dimensão também não é surpreendente, pela semelhança de temática das preocupações. No entanto, ao contrário das manifestações desse quadro, no TOC tipicamente os pensamentos não geram comportamentos correlatos, mas sim muita angústia, culpa e medo do descontrole de impulsos sexuais. Já a comorbidade com tiques também se manteve associada à dimensão sexual-religiosa, particularmente no grupo feminino, mas de modo negativo. Assim, o transtorno de tiques, caracterizado por comportamentos repetitivos indesejados incontroláveis, muitas vezes de conteúdo agressivo e sexual, manteve uma associação inversa com esta dimensão nas mulheres.

Diferentemente de outros estudos prévios, sintomas da dimensão de simetria, ordenação e contagem não predominaram em nenhum dos grupos, enquanto se esperaria uma maior prevalência destes entre os homens (HANTOUCHE et al., 1996; LECKMAN et al., 1997; KARADAG et al., 2006; JAISOORYA et al., 2009; LI et al., 2009; TORRESAN et al., 2009). Outros autores, porém, também não encontraram diferenças entre os gêneros para os sintomas desta dimensão (BOGETTO et al., 1999; DENYS et al., 2004a; TÜKEL et al., 2004). Sintomas com temas sexuais e de simetria já foram relacionados ao TOC de início precoce e comórbido com transtorno de tiques, ambos mais

---

comuns em meninos (KALRA; SWEDO, 2009). Autores como Lensi et al. (1996) encontraram em pacientes do sexo masculino mais sintomas destes conteúdos e também mais história de trauma perinatal, possíveis indicadores de maior envolvimento de aspectos biológicos no surgimento deste transtorno mental. Esta susceptibilidade maior dos meninos a danos no nascimento, no entanto, não seria específica do TOC (MENEZES et al., 1998; LLERENA JR et al., 2000).

Apenas em pacientes do sexo feminino, ainda, maior idade foi um fator que continuou inversamente associado à ocorrência de sintomas de simetria e ordenação, os quais também tenderiam a se iniciar mais cedo na vida, bastante influenciados por fatores biológicos e relacionados mais aos homens, na literatura (HANTOUCHE et al., 1996; LECKMAN et al., 1997; KARADAG et al., 2006; JAISOORYA et al., 2009; LI et al., 2009; TORRESAN et al., 2009). De fato, Labad et al. (2008) verificaram que os portadores de TOC com sintomas das dimensões de simetria e sexual/religiosa apresentavam início do TOC mais precocemente do que os portadores sem sintomas nestas duas dimensões. Esta dimensão associou-se também, em outro estudo (DENYS et al., 2004a) à maior prevalência de TOC em parentes de primeiro grau dos portadores, sugerindo maior influência de fatores genético-familiares. Além disso, em um estudo envolvendo apenas mulheres de uma população não-clínica (TABERNER et al., 2009), maior gravidade dos sintomas da dimensão de simetria nos pais, mas especialmente nas mães, foi preditora de sintomatologia nas filhas. Os autores concluem que esta dimensão, assim como a de colecionamento, apresenta maior caráter familiar do que as demais.

Como já destacado, de forma similar a outros estudos realizados, por exemplo, na Holanda, Turquia e China (DENYS et al., 2004a; LABAD et al., 2008; LI et al., 2009), os sintomas da dimensão de contaminação e limpeza predominaram entre as mulheres da nossa casuística. Tal dimensão de sintomas se manteve independente e exclusivamente associada ao gênero feminino na análise multivariada, reforçando a importância desta, que já foi observada em vários outros países. Diversos estudos, avaliando estes sintomas em separado, também encontraram em pacientes do sexo feminino mais obsessões de contaminação (TÜKEL et al., 2004; LOCHNER et al., 2004; STEIN et al., 2007) e compulsões de limpeza (MINICHIELO et al., 1990; NOSHIRVANI et al., 1991; RATNASURIYA et al., 1991; BOGETTO et al., 1999; TÜKEL et al., 2004; KARADAG et al., 2006; JAISOORYA et al., 2009). No estudo japonês de Matsunaga et al. (2008), a proporção de mulheres no grupo de pacientes com predominância de sintomas de contaminação e limpeza foi significativamente maior do que nos outros grupos. Aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais relacionados ao papel da mulher nas diferentes sociedades provavelmente contribuem para tal achado, que é praticamente universal em estudos sobre a fenomenologia do TOC. Interessantemente, em um estudo polonês que comparou sintomas do TOC em adolescentes e adultos (BUTWICKA; GMITROWICZ, 2010), apesar de não ter havido diferença de gênero nessas populações, esta dimensão foi a mais rara nos pacientes jovens, indicando seu surgimento mais tardio. Na mesma linha, Denys et al., (2004a) relataram, em pacientes holandeses, ocorrência significativamente

---

mais tardia de sintomas desta dimensão, quando comparados, por exemplo, a sintomas de ordenação/simetria.

Contrastando com a literatura (FISCHER et al., 1996/1997; SAMUELS et al., 2002; STEIN et al., 2007), sintomas da dimensão de colecionamento foram mais frequentes entre as mulheres do que entre os homens da nossa amostra. Tal dimensão de SOC demonstrou estar independentemente associada ao gênero feminino, mesmo após a análise multivariada. Já outros autores não identificaram diferenças de prevalência entre os gêneros para este tipo de sintoma (BOGETTO et al., 1999; TÜKEL et al., 2004; LABAD et al., 2008; WHEATON et al., 2008; TORRESAN et al., 2009).

A comorbidade com transtornos de tiques se manteve, na primeira regressão logística (tabela 9), como um fator negativamente associado à ocorrência de sintomas das dimensões de agressão, sexual e religiosa, simetria e colecionamento. Quando separados homens e mulheres na segunda análise multivariada, esta comorbidade manteve-se negativamente associada à dimensão de colecionamento, tanto em homens como em mulheres e, como já ressaltado, à dimensão sexual-religiosa somente para as mulheres. Tal resultado diverge de estudos anteriores que já relacionaram maiores frequências de obsessões de agressão, simetria, sexuais e religiosas, além de compulsões de contagem, organização e colecionamento em portadores de TOC com comorbidade com transtorno de tiques (GEORGE et al., 1993; LECKMAN et al., 1995; ZOHAR et al., 1997; LABAD et al., 2008). No estudo de Samuels et al. (2008), que avaliou a associação de colecionamento com diversos fatores, os homens tiveram um risco duas vezes maior de apresentar

---

comorbidade com transtornos de tiques no grupo de colecionamento, sem uma diferença significativa entre as mulheres com e sem esta dimensão de sintomas.

Em alguns estudos, os autores utilizaram outros instrumentos, que não a lista de sintomas da Y-BOCS (GOODMAN et al., 1989a, b), para investigar os SOC (NOSHIRVANI et al., 1991; LENSİ et al., 1996; LABAD et al., 2008; LI et al., 2009). Para Labad et al., (2008), a heterogeneidade da apresentação fenotípica do TOC pode ser consequência de uma heterogeneidade genética ainda pouco conhecida, que pode ser de alguma forma relacionada ao sexo. Num interessante estudo sobre irmãos concordantes para o diagnóstico de TOC realizado em nosso meio (CHACON et al., 2007), encontrou-se correlação significativa da gravidade dos sintomas da dimensão de contaminação/limpeza entre os irmãos apenas quando ambos eram do sexo masculino, o mesmo ocorrendo para os sintomas de colecionamento, apenas quando ambos eram do sexo feminino. Assim, aspectos específicos relacionados a gênero têm sido também bastante considerados em estudos genético-familiares.

Alguns autores já correlacionaram alguns circuitos neuronais específicos a diferentes dimensões sintomatológicas (MATAIX-COLS et al., 2004; PUJOL et al., 2004; VAN DEN HEUVEL et al., 2009). Por exemplo, Mataix-Cols et al. (2004) demonstraram, em estudo de neuroimagem funcional durante a provocação de sintomas de limpeza, grande ativação de áreas como a regiões pré-frontais ventromediais, giro temporal médio, núcleo caudado direito, giro frontal médio e giro antero-dorsal do cíngulo esquerdo, quando comparados aos controles normais. Um estudo com adultos sem patologias psiquiátricas

sugeriu que estas mesmas áreas cerebrais demonstraram ter um grande número de receptores para os hormônios sexuais, com significativo dimorfismo sexual, encontrando maiores volumes dessas estruturas nas mulheres em relação aos homens (GOLDSTEIN et al., 2001). Segundo Labad et al. (2008), isto poderia explicar, pelo menos em parte, a grande proporção de mulheres com este tipo de sintomatologia.

É importante ressaltar, por fim, que as diferentes dimensões de SOC não devem ser entendidas como mutuamente exclusivas ou entidades separadas, mas sim como múltiplos domínios complementares (MATAIX-COLS et al., 2005; MATSUNAGA et al., 2010), alguns mais relacionados a outros, que formam a complexa e variável apresentação clínica do TOC.

#### **7.4. Comorbidades Psiquiátricas**

A frequência de comorbidades psiquiátricas não diferiu de forma significativa entre os grupos, ocorrendo em 92,7% dos homens e 89,5% das mulheres, com 91% da amostra total apresentando a co-ocorrência de pelo menos mais um transtorno psiquiátrico de eixo I. Assim, as comorbidades com outros transtornos mentais foram a regra e não a exceção neste estudo, como em muitos outros. Mesmo em estudos epidemiológicos como o de Ruscio e colaboradores (2010), 90% dos portadores de TOC apresentaram alguma outra condição associada, principalmente transtornos de ansiedade (76%), ou de humor (63%), mas também transtornos de controle de impulsos (TCI - 56%) e



---

uso de substâncias (39%). Igualmente, no estudo clínico de Wheaton et al (2008), envolvendo 473 pacientes com TOC, 92% deles apresentaram pelo menos um outro diagnóstico adicional ao longo da vida. Exceção é o estudo populacional iraniano de Mohammadi et al. (2007), em que apenas 35,4% dos portadores apresentaram alguma comorbidade, e sem diferença entre os gêneros.

Alguns autores, como Bogetto e colaboradores (1999) creditam aos sistemas atuais de classificação as altas prevalências de comorbidades no TOC. Para eles, taxas como as encontradas, de até 80% dos pacientes com algum outro diagnóstico de eixo I pelo DSM-IV ao longo da vida, seriam um reflexo dos múltiplos diagnósticos encorajados pelos sistemas nosológicos atuais. Esta questão vem sendo apontada por outros autores, como Maj (2008). Evidentemente, o uso de uma entrevista estruturada muito abrangente como a SCID-I, incluindo módulos adicionais para os diversos TCI, favorece a identificação de vários transtornos pelos critérios do DSM-IV. Estudos realizados anteriormente, através de avaliações clínicas não estruturadas ou sem critérios diagnósticos padronizados, obtinham estimativas de prevalências consideravelmente menores.

Em relação aos transtornos comórbidos específicos, quando comparados às mulheres, os homens apresentaram prevalência significativamente maior de transtornos pelo uso de álcool (12,4% vs. 4,6%), que inclui os diagnósticos de abuso e dependência. Outros autores encontraram resultados semelhantes no TOC (NOSHIRVANI et al., 1991; LENSI et al., 1996; TORRES et al., 2006), que parecem seguir o padrão

---

encontrado na população geral, de predomínio destes transtornos entre os homens (KESSLER et al., 2005a). É importante ressaltar que estudos epidemiológicos indicam uma prevalência bem mais alta desta comorbidade no TOC, quando comparados a estudos com populações clínicas. Assim, levantamentos realizados nos EUA (KARNO et al., 1988; RUSCIO et al., 2010), Canadá (KOLADA et al., 1994) e Grã-Bretanha (TORRES et al., 2006) apontaram prevalências de problemas pelo uso de álcool no TOC de 24%, 39%, 36% e 35%, respectivamente. Num estudo de coorte populacional realizado por Douglass et al. (1995) a associação de TOC e dependência de álcool foi de 24%. Por outro lado, estudos com pacientes em tratamento, como o de Denys et al. (2004b), obtiveram uma prevalência de dependência de álcool de apenas 1,5%, e outras pesquisas clínicas (RIEMANN et al., 1992; RASMUSSEN; EISEN, 1994; YARYURA-TOBIAS et al., 2000; GENTIL et al., 2009) indicaram prevalências inferiores a 10% em portadores de TOC, em concordância com o presente estudo.

Devido à escassez de pesquisas sobre esta associação e aos resultados dos primeiros estudos com pacientes em tratamento, considerou-se por muito tempo que os problemas relacionados ao álcool seriam raros em portadores de TOC, mesmo comparando com pessoas da população geral. A disparidade dos resultados em relação a casos de estudos epidemiológicos indica que um considerável número de portadores, principalmente do sexo masculino, pode estar usando álcool para aliviar os sintomas do transtorno, em vez de procurar serviços de saúde (TORRES et al., 2006). No maior estudo clínico sobre esse tema publicado até o momento (GENTIL et al., 2009), a prevalência geral foi de

---

7,5%, sendo também significativamente mais alta entre os homens. Interessantemente, nesse estudo, uma porcentagem maior de pacientes com transtornos por uso de álcool comórbido relatou que o álcool aliviava os SOC, em comparação àqueles sem tal comorbidade, reforçando a possibilidade de “automedicação” com álcool, que tem efeitos ansiolíticos. Apesar de o desenho transversal do estudo não permitir estabelecer se os problemas com o álcool foram de fato secundários, estes tiveram idade média de início bem posterior à dos SOC (GENTIL et al., 2009).

Destaque-se também a dicotomia encontrada na organização de muitos serviços de saúde mental, com serviços especializados em tratamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias separados dos outros serviços, o que poderia levar os pacientes portadores de TOC comórbido com transtornos por uso de álcool a procurarem tratamento em serviços de dependência química. Isto ocorreria pela maior “visibilidade” ou pelo maior impacto dos problemas sociais relacionados ao uso de substâncias, além do caráter secreto do TOC. Desta forma, poderia contribuir para a subestimação desta associação, quando avaliados pacientes provenientes de serviços de saúde mental geral e ou específicos para transtornos de ansiedade e/ou TOC. É comum também, em nosso meio, que pacientes em tratamento diminuam ou parem totalmente de usar álcool a partir do momento em que começam a tomar algum psicofármaco, o que pode contribuir para as diferenças de prevalência desta comorbidade entre amostras epidemiológicas e clínicas.

Outros autores avaliaram a presença da comorbidade com uso de substâncias agrupando o álcool e as diversas outras drogas em um único

---

grupo, chamado de transtornos por uso de substâncias (TUS) (BOGETTO et al., 1999; SOBIN et al., 1999). Da mesma forma, tal comorbidade manteve-se associada ao gênero masculino, enquanto na presente amostra o uso de outras substâncias psicoativas, exceto álcool e tabaco, não apresentou diferença significativa entre os gêneros, talvez em função do pequeno número de sujeitos com este problema, o que pode ter diminuído o poder do estudo.

O conjunto de todos os transtornos ansiosos não predominou em nenhum dos grupos, diferentemente de alguns levantamentos populacionais (ANDRADE et al., 2006), em que as mulheres foram mais acometidas, especificamente também em relação aos transtornos de pânico e de ansiedade generalizada. Em estudos clínicos, o transtorno de pânico já foi também apontado como mais frequente em mulheres (Pigott, 2003). Neste estudo, apenas ao agruparmos todos os transtornos relacionados ao pânico (com e sem agorafobia e agorafobia sem pânico) estes se associaram significativamente com o gênero feminino. De forma concordante, Lensi et al. (1996) encontraram mais ataques de pânico posteriores ao TOC em mulheres. Os transtornos ansiosos de forma geral predominam entre as mulheres na população geral (ANDRADE et al., 2002; KESSLER et al., 2005) e, com exceção da fobia social e do TOC, também em amostras clínicas (BEKKER; van MENS-VERHULST, 2007). Exceção é o estudo clínico de Weiller et al. (1996), em que a frequência não diferiu entre os gêneros. Ressalte-se ainda que apenas no estudo de Bogetto e colaboradores (1999) pacientes com TOC do sexo masculino apresentaram maior frequência de transtornos de ansiedade em geral.

Semelhante a outros estudos (BOGETTO et al., 1999; HOUNIE et al., 2001; TÜKEL et al., 2004; JAISOORYA et al., 2009), os homens apresentaram significativamente mais fobia social do que as mulheres. A interferência do TOC mais precoce para os meninos, como também a pior fase dos sintomas e da busca de tratamento, que ocorrem em fase importante do desenvolvimento de habilidades sociais, em especial no estabelecimento de relacionamentos interpessoais, podem talvez justificar, pelo menos em parte, esta associação. Outra possibilidade é a de que o caráter egodistônico dos SOC, revelado na grande vergonha que os portadores relatam sobre eles, poderia contribuir para a maior ocorrência de fobia social entre os homens. Alguns estudos já apontaram, também, associação de fobia social no TOC com idade mais precoce ou duração mais longa do quadro (JAISSORYA et al., 2003; DINIZ et al., 2004), o que é mais comum em meninos.

As fobias específicas, por sua vez, foram significativamente mais prevalentes entre as mulheres, como nos estudos de Lochner et al. (2004) e Torresan et al. (2009) e mesmo da população geral (ANDRADE et al., 2002). Já os demais transtornos ansiosos não diferiram nos dois grupos.

Não houve diferença significativa entre os gêneros quanto à exposição a experiências traumáticas, nem em relação à comorbidade com TEPT. Enquanto no estudo de Lochner et al (2004) as mulheres relataram mais eventos traumáticos desencadeando os sintomas do TOC, em outro estudo nacional (TORRESAN et al, 2009), o TEPT foi mais comum entre os homens.

Em relação aos transtornos somatoformes, o transtorno de somatização e o transtorno doloroso predominaram no gênero feminino, achados que não

---

foram relatados em nenhum outro estudo da literatura e devem ser melhor avaliados em outras casuísticas. Contrariamente à hipótese inicial (HANTOUCHE et al., 1996), hipocondria não foi significativamente mais frequente nos homens desta amostra.

Já os transtornos alimentares de forma geral, e a bulimia e a anorexia em específico, predominaram entre as mulheres, em concordância com vários outros autores (NOSHIRVANI et al., 1991; CASTLE et al., 1995; HANTOUCHE et al., 1996; BOGETTO et al., 1999; LOCHNER et al., 2004; TORRESAN et al., 2009). Este achado, no entanto, pode ser mero reflexo das diferenças de gênero nos transtornos alimentares encontradas na população geral (ANDRADE et al., 2002).

Os transtornos de controle de impulsos (TCI) predominaram de forma geral entre as mulheres com TOC, de forma semelhante aos resultados de outros autores (BOGETTO et al., 1999; TORRESAN et al., 2009) e em desacordo com outros estudos (FONTENELLE et al., 2005, GRANT et al., 2006). Mais especificamente, tricotilomania (JAISOORYA et al., 2009), comprar “compulsivo” (HANTOUCHE et al., 1996; TORRESAN et al., 2009) e *skin picking* (TORRESAN et al., 2009) foram mais comuns entre elas, no presente estudo. Por outro lado, o transtorno impulsivo-compulsivo sexual não parafilico predominou entre os homens na amostra, assim como o transtorno por uso impulsivo-compulsivo de videogame. Os homens tradicionalmente são mais afetados pelo transtorno impulsivo-compulsivo sexual não parafilico em relação às mulheres, com estimativas para a população geral americana variando entre 5 e 6% (DELL’OSSO et al., 2006). Um estudo que verificou a presença de TOC

---

em portadores de transtorno impulsivo-compulsivo sexual parafílico e não parafílico (denominado transtorno hiperssexual) encontrou taxa de 14% para essa co-ocorrência (BLACK et al., 1997), enquanto Lochner et al. (2004) demonstraram, em uma amostra de 220 portadores de TOC, mais frequentemente o transtorno hiperssexual entre os homens, em comparação com as mulheres.

A relação entre TOC e TCI demonstra-se na alta prevalência de TOC entre os portadores de TCI e vice-versa. No estudo de Matsunaga et al (2010), por exemplo, com 343 pacientes com TOC, 27% deles apresentavam algum TCI, enquanto isto ocorreu com 38% da nossa casuística. A literatura, porém, descreve uma grande variação em relação aos diversos TCI, com alguns, como tricotilomania e comprar “compulsivo”, com altas taxas de comorbidade com TOC, enquanto outros TCI, como transtorno explosivo intermitente e roubo patológico (cleptomania), apresentariam baixas taxas dessa associação (DELL’OSSO et al., 2006). A literatura é carente em estudos que avaliaram o uso impulsivo-compulsivo de videogame, entre os gêneros, em portadores de TOC, dando ênfase um pouco maior ao uso impulsivo-compulsivo de internet (DELL’OSSO et al., 2006).

Em concordância com outros estudos (BOGETTO et al., 1999; HOUNIE et al., 2001; LOCHNER et al., 2004; JAISOORYA et al., 2009; TORRESAN et al., 2009), os transtornos de tiques foram mais comuns nos homens do que nas mulheres. Outros autores também demonstraram que os pacientes que apresentavam tiques crônicos e síndrome de Tourette (ST) eram predominantemente homens, com início precoce dos SOC (ROSÁRIO-

---

CAMPOS et al., 2001; DE MATHIS et al., 2006; DINIZ et al., 2006). Devido a diferenças na expressão fenotípica do TOC relatadas na literatura em associação com a comorbidade com tiques, optou-se por colocá-la no modelo de regressão logística para as dimensões também já associadas a esta comorbidade ou ao início precoce dos SOC. Tais variáveis poderiam se constituir como possíveis marcadores biológicos que contribuiriam para explicar algumas diferenças associadas aos sexos na expressão fenomenológica do TOC. É possível que o fato de não termos encontrado diferença significativa entre os gêneros em relação à ST se deva ao pequeno número de pacientes com tal comorbidade (erro tipo 2).

Estudos prévios descreveram o aumento do risco de ter depressão associado ao curso crônico do transtorno e à maior gravidade do TOC em mulheres (NOSHIRVANI et al., 1991; LENSI et al., 1996). Com uma frequência superior a 60% da amostra composta por mulheres menores de 40 anos, era esperado um predomínio do diagnóstico de depressão entre elas. A ocorrência na vida de episódio depressivo maior foi de 67,2 % da amostra total, mas não houve diferença significativa entre os gêneros. Enquanto diversos estudos clínicos apontaram predomínio de depressão entre as mulheres portadoras de TOC (NOSHIRVANI et al., 1991; CASTLE et al., 1995; SOBIN et al., 1999; KARADAG et al., 2006; LABAD et al., 2008), outros autores também não encontraram tal diferença (LENSI et al., 1996; TÜKEL et al., 2004; GENTIL et al., 2009; TORRESAN et al., 2009; JAISOORYA et al., 2009). A não predominância de transtornos de humor e, em especial de depressão, nas mulheres da presente amostra diverge das prevalências de depressão na



---

população geral, com as mulheres apresentando uma frequência quase duas vezes maior de depressão, durante a vida fértil (KESSLER et al., 2005a). A prevalência tão alta de depressão em nossa casuística, concordante com outros estudos clínicos (LENSI et al., 1996; TÜKEL et al., 2004) e marcadamente superior à encontrada na população geral (ANDRADE et al., 2002; KESSLER et al., 2005a), indica que de fato tal comorbidade acompanha muito estreitamente o TOC (CASTLE; GROVES, 2000). Estudos prévios relataram que o risco de ter depressão aumenta com a maior gravidade e duração do TOC em mulheres (NOSHIRVANI et al., 1991; LENSI et al., 1996; KARADAG et al., 2006). Assim, talvez se possa considerar que a presença de sintomas depressivos durante o curso da doença seja praticamente parte natural da evolução desta, mais do que um transtorno comórbido à parte.

### **7.5. Limitações**

Apesar de envolver uma grande amostra clínica de pacientes com TOC, avaliada através de diversos instrumentos estruturados, algumas limitações do presente estudo devem ser destacadas. Todos os participantes são provenientes de centros de referência especializados em pesquisa e tratamento do TOC e, portanto, podem apresentar maior gravidade sintomatológica e maior número de comorbidades do que pacientes provenientes de serviços primários e secundários de saúde, ou mesmo de amostras de base populacional. Quase 60% da casuística é proveniente do

estado de São Paulo, mas este é o estado mais populoso do país e recebeu diversas correntes migratórias. Mesmo assim, a validade externa do estudo pode ter limitações. Algumas das comorbidades psiquiátricas (ex. dependência de outras drogas, exceto álcool e tabaco, e alguns TCI) tiveram pequena ocorrência na amostra, limitando o poder do estudo em encontrar possíveis diferenças significativas entre os grupos estudados. Não se avaliou a idade de início das comorbidades, o que poderia enriquecer a compreensão das relações encontradas com o TOC. Aspectos de comorbidade com transtornos de personalidade (eixo II do DSM-IV) não foram investigados. Os dados de história familiar não foram diretamente coletados com os familiares, mas as informações solicitadas dos próprios pacientes. Considerando-se o caráter secreto dos SOC, os dados de história familiar de TOC podem, portanto, ter sido subestimados. O fato de alguns dados terem sido coletados de forma retrospectiva (ex. idade de início e gravidade dos SOC na pior fase) pode ter acarretado algum viés de memória. O desenho transversal do estudo não permite inferir sobre as relações causais entre os dados pesquisados, mas apenas estabelecer associações entre as variáveis dependentes e explanatórias. Estudos longitudinais prospectivos são necessários para a melhor compreensão da evolução clínica do TOC nos dois gêneros.

## *8. Conclusões*



---

O presente estudo, realizado com uma grande amostra clínica multicêntrica de portadores de TOC no Brasil, confirma uma série de achados de estudos sobre gênero conduzidos em outros países e culturas, indicando que, de fato, há aspectos fenomenológicos que são praticamente universais. Esta homogeneidade transcultural sugere que alguns fatores etiológicos são de natureza mais biológica ou que há alguns fatores de risco ambientais que têm pequena variação em diferentes partes do mundo. Por outro lado, alguns achados divergentes (ex. predomínio de sintomas das dimensões de agressão e colecionamento em mulheres, não predomínio de sintomas de ordenação e simetria em homens) podem refletir peculiaridades do instrumento utilizado para investigação dos SOC ou especificidades do transtorno em portadores brasileiros.

Convergem com resultados da maior parte dos estudos da literatura internacional, por exemplo, os achados de ocorrência mais precoce da interferência e pior fase dos SOC em pacientes do gênero masculino. Possivelmente como reflexo disto, apesar dos níveis econômico e escolar mais altos, estes apresentam indicadores indiretos de maior comprometimento da vida profissional e afetiva, e buscam tratamento mais cedo do que as mulheres. Assim como algumas dimensões de sintomas, vários dos transtornos comórbidos mais frequentes em cada um dos gêneros, no presente estudo, são similares ao padrão descrito em outras partes do mundo, dando suporte à hipótese de que mecanismos psicobiológicos comuns são mediadores das manifestações fenomenológicas deste transtorno.

---

Em função da grande heterogeneidade clínica do TOC, estudos como este, que buscam delimitar possíveis correlatos (como o gênero) de dimensões específicas de SOC e de outros aspectos clínicos contribuem para a melhor compreensão deste quadro tão rico e complexo. Na verdade, o que hoje conhecemos como TOC talvez englobe diversas síndromes, com diferentes etiologias, padrões neurobiológicos e neuropsicológicos. Assim, cada dimensão de sintomas pode ser relacionada a um conjunto distinto de mecanismos subjacentes, de diversas naturezas, o que tem importantes implicações tanto para o tratamento quanto para o prognóstico dos casos.

Gênero parece ser um fator relevante na determinação da apresentação clínica e evolução do TOC também em pacientes brasileiros, devendo ser levado em consideração quando da definição de subgrupos mais homogêneos. Estudos fenotípicos como este, associados a estudos epidemiológicos, genéticos, familiares, de neuroimagem, neuropsicologia e intervenção, colaboram para uma melhor compreensão dos mecanismos etiológicos envolvidos neste transtorno tão heterogêneo e instigante. Assim, investigações futuras sobre genótipo e fenótipo, em conjunto, devem possibilitar um entendimento mais global das manifestações do TOC. Por sua vez, a elucidação dos fatores envolvidos na etiologia pode contribuir para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais específicas e eficientes, minimizando o sofrimento de homens e mulheres portadores de TOC de todas as partes do mundo.

## *9. Referências Bibliográficas*



ABRAMOWITZ, J.S.; SCHWARTZ, S.A.; MOORE, K.M.; LUENZMANN, K.R. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. **J. Anxiety Disord.**, v. 17, n.4, p. 461-478, 2003.

ALBERT, U.; MAINA, G.; BOGETTO, F.; CHIARLE, A.; MATAIX-COLS, D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. **Compr Psychiatry**, v. 51, n.2, p.193-200, 2010.

ALBERT, U.; BOGETTO, F.; MAINA, G.; SARACCO, P.; BRUNATTO, C.; MATAIX-COLS, D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. **Psychiatry Res.**, 2010 May 17. [Epub ahead of print].

ALMEIDA, P. M.; WICKERHAUSER, H. O critério ABA/ ABIPEME: em busca de uma solução. Um estudo e uma proposta submetidos à ABA - Associação Brasileira de Anuciantes e ABIPEME - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado. Abril/ junho, 1991.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E.D. Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). **Rev. ABP-APAL**, v.14, p. 93-104, 1992.

ALSOBROOK, J.P.; ZOHAR, A.H.; LEBOYER, M.; CHABANE, N.; EBSTEIN, R.P.; PAULS, DL. Association between the COMT locus and obsessive-compulsive disorder in females, but not males. **Am. J. Med. Gen.**, v. 114, p. 116-120, 2002.

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV, 4ª edição, 1994.

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR, 4ª edição- texto revisado, 2000.

---

ANDRADE, L.; WALTERS, E.E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc. Psychiatry Psych. Epidemiol.**, v. 37, n.7, p. 316-325, 2002.

ANDRADE, L.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiq. Clín.**, v.33, n.2, p.43-54, 2006.

ANDREASEN, N.C.; ARNTD, S.; ALLINGER, R.; MILLER, D.; FLAUM, M. Symptom of schizophrenia: methods, meanings, and mechanisms. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.52, p. 341-351, 1995.

BEBBINGTON, P.E. Sex and depression. **Psychol. Med.**, v. 28, n. 1, p. 1-8, 1998.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, G. An Inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961.

BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.56, n.6, p. 893-897, 1988.

BEKKER, M.H.J.; VAN MENS-VERHULST, J. Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. **Gend. Med.**, v. 4, supl. B, p. 178-193, 2007.

BELLODI, L.; SCIUTO, G.; DIAFERIA, G.; RONCHI, P.; SMERALDI, E. Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry Res.**, v.42, p. 111-120, 1992.

BERRIOS, G.E. Obsessive-compulsive disorder. BERRIOS, G.E.; PORTER, R.A. In: **History of Clinical Psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders**. London: Athlone Press, 1995. p. 573-592.



---

BLOCH, M.H.; LANDEROS-WEISENBERGER, A.; RODARIO, M.C., PITTENGER, C.; LECKMAN, J.F. Meta-analysis of symptom structure of obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v. 165, p. 1532-1542, 2008.

BOGETTO, F.; VENTURELLO, S.; ALBERT, U.; MAINA, G.; RAVIZZA, L. Gender-related differences in obsessive-compulsive disorder. **Eur. Psychiatry**, v. 14, p. 434-441, 1999.

BOYER, P.; LIÉNARD, P. Why ritualized behavior? Precaution systems and action parsing in developmental, pathological and cultural rituals. **Behav. Brain Sci.**, v.29, p. 595-613, 2006.

BRANDES, M.; SOARES, C.N.; COHEN, L.S. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. **Arch. Women Ment. Health**, v. 7, p. 99-110, 2004.

BUTWICKA, A.; GMITROWICZ, A. Symptom clusters in obsessive-compulsive disorder (OCD): influence of age and age of onset. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 19, n.4, p. 365-370, 2010.

CASSIDY, F.; FOREST, K.; MURRY, E.; CARROLL, B.J. A factor analysis of the sign and symptoms of mania. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.55, p. 27-32, 1998.

CASTLE, D.J.; DEALE, A.; MARKS, I.M. Gender differences in obsessive-compulsive disorder. **Austr. N. Zeal. J. Psychiatry**, v. 29, n.1, p. 114-117, 1995.

CASTLE, D.J.; GROVES, A. The internal and external boundaries of obsessive-compulsive disorder. **Aust. N. Z. J. Psychiatry**, v. 34, p. 249 -255, 2000.

CHACON, P.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; PAULS, D.L.; HOUNIE, A.G.; CURI, M.; AKKERMAN, F.; et al. Obsessive-compulsive symptoms in sibling pairs concordant for obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Med. Gen.**, v. 144B, p. 551-555, 2007.

CLARK, D.B.; POLLOCK, N.B.A.; BUKSTEIN, O.G.; MEZZICH, A.C.; BROMBERGER, J.T.; DONOVAN, J.E. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. **J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry**, v. 36, n. 9, p. 1195-1203, 1997.

DEL-BEN, C.M. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV- Versão Clínica” traduzida para o português. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. 3, p.156-159, 2001.

DE MATHIS, M.A.; DINIZ, J.B.; SHAVITT, R.G.; TORRES, A.R.; FERRÃO, Y.A.; FOSSALUZA, V.; et al. Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. **CNS Spectr.**, v. 14, n. 7, p. 362-370, 2009.

DELL’OSSO, B; ALTAMURA, A.C.; ALLEN, A.; MARAZZITI, D.; HOLLANDER, E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.**, v.256, p. 464–475, 2006.

DEL PORTO, J.A. Distúrbio obsessivo-compulsivo: fenomenologia clínica de 105 pacientes e estudo de aspectos trans-históricos e transculturais. Tese de livre-docência, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1994.

DEL PORTO, J.A. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, supl. 2, p. 3-5, 2001.

DEMAL, U.; LENZ, G.; MAYHOFER, A.; ZAPATOCZKY, H.G.; ZITTERL, W. Obsessive compulsive disorder and depression: a retrospective study on course and interaction. **Psychopathol.**, v. 26, p: 145-150, 1993.

DENYS, D.; GEUS, F.; VAN MEGEN, H.J.G.M.; WESTENBERG, H.G.M. Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. **Psych. Res.**, v.128, p. 273-280, 2004a.

DENYS, D.; TENNEY, N.; VAN MEGEN, H.J.G.M.; GEUS, F.; WESTENBERG, H.G.M. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. **J. Affect. Disord.**, v.80, p. 155-162, 2004b.

DIAS, R.S. Estudo do tratamento da depressão em mulheres menopausadas com antidepressivo associado à terapia de reposição hormonal com e sem andrógenos – resultados preliminares. 2003. 191f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

DINIZ, J.B.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; SHAVITT, R.G.; CURY, M.; HOUNIE, A.G.; BROTTTO, S.A.; MIGUEL, E.C. Impact of age onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v. 65, n.1, p. 22-27, 2004.

DINIZ, J.B.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; HOUNIE, A.G.; CURI, M.; SHAVITT, R.G.; LOPES, A.C.; MIGUEL, E.C. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. **J. Psychiatr. Res.**, v. 40, n. 6, p. 487-493, 2006.

DOUGLASS, H.M.; MOFFITT, T.E.; DAR, R.; MCGEE, R.; SILVA, P. An epidemiological perspective of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**, v. 34, n.11, p. 1424-1431, 1995.

DOWSON, J.H. The phenomenology of severe obsessive-compulsive neurosis. **Brit. J. Psychiatry**, v. 131, p. 75-78, 1977.

DUNN, E.J.; STEINER, M. The functional neurochemistry of mood disorders in women. In: Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E (eds.). Mood disorders in women. London: Martin Dunitz, 2000. pp.71-82.

EISEN, J.L.; RASMUSSEN, S.A; GOODMAN, W.K., et al. Remission and relapse in OCD: a two-year prospective study. In: New Research Programs and Abstracts. American Psychiatric Association 148<sup>th</sup> Annual Meeting, Miami, 1995. American Psychiatric Association,.

EVANS, D.W.; LECKMAN, J.F.; CARTER, A.; REZNIK, J.S.; HENSHAW, D.; KING, R.A.; PAULS, D. Ritual, habit and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behaviors in normal young children. **Child Development.**, v.68, p. 58-68, 1997.

FISCHER, D.J.; HIMLE, J.A.; HANNA, G.L. Age and gender effects on obsessive-compulsive symptoms in children and adults. **Depress. Anxiety**, v.4, n. 5, p.237-239, 1996/ 1997.

FINEBERG, N.A.; GALE, T.M. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. **Int. J. Neuropsychopharmacol.**, v.8, p.107-129, 2005.

FIRST, M.B.; SPITZER, R.L.; GIBBON, M.; WILLIAMS, J.B. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders: clinical version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

FIRST, M.B. Structural Clinical Interview for DSM-IV-TR Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified (SCID-TCIm). Biometrics Research Department; New York State Psychiatric Institute; 2004.

FISZMAN, A.; CABIZUCA, M.; LANFRESI, C.; FIGUEIRA, I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the *Trauma History Questionnaire* to identify traumatic experiences. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, n.1, p. 63-66, 2005.

FLAMENT, M.F.; KOPY, E.; RAPOPORT, J.L.; BERG, C.J.; ZAHN, T.; COX, C.; DENCKLA, M.; LENANE, M. Childhood obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. **J. Child. Psychol. Psychiatry**, v. 31, p. 363-380, 1990.

FOA, E.B.; KOSAK, M.J. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v. 152, p. 90-96, 1995.

FONTENELLE, L.F.; MARQUES, C.; VERSIANI, M. The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 7-11, 2002.

FONTENELLE, L.F.; MENDLOWICZ, M.V.; MARQUES, C.; VERSIANI, M. Early and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. **J. Psychiatr. Res.**, v. 37, p. 127-133, 2003.

FONTENELLE, L.F.; MENDLOWICZ, M.V.; VERSIANI, M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry Clin. Neurosci.**, v. 59, p. 30-37, 2005.

FONTENELLE, L.F.; MENDLOWICZ, M.V.; VERSIANI, M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. **Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry**, v. 30, p. 327-337, 2006.

FONTENELLE, L.F.; NASCIMENTO, A.L.; MENDLOWICZ, M.V.; SHAVITT, R.G.; VERSIANI, M. An update on the pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. **Expert Opin. Pharmacother.**, v. 8, n. 5, p. 1-14, 2007.

FONTENELLE, L.F.; HASLER, G. The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. **Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry**, v. 32, n. 1, p. 1-15, 2008.

FULLANA, M.A.; MATAIX-COLS, D.; CASPI, A.; HARRINGTON, H.; GRISHAM, J.R.; MOFFITT, T.E.; POULTON, R. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. **Am. J. Psychiatry**, v. 166, p. 329-336, 2009.

GADALLA, T.M. Psychiatric comorbidity in eating disorders: a comparison of men and women. **J. Ment. Health**, v. 5, n. 3, p. 219-217, 2008.

GELLER, D.; BIEDERMAN, J.; GRIFFIN, S.; JONES, J.; LEFKOWITZ, T.R. Comorbidity of juvenile obsessive compulsive disorder with disruptive behavior disorders. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.35, n.12, p. 1637-1646, 1996.

GELLER, D.; BIEDERMAN, J.; JONES, J.; PARK, K.; SCHWARTZ, S.; SHAPIRO, S.; et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 37, n.4, p. 420-427, 1998.

GENTIL, A.F.; DE MATHIS, M.A.; TORRESAN, R.C.; DINIZ, J.B.; ALVARENGA, P.; ROSÁRIO, M.C.; et al. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. **Drug Alcoh. Dependence**, v. 100, p. 173-177, 2009.

GEORGE, M.S.; TRIMBLE, M.R.; RING, H.A.; SALLE, F.R.; ROBERTSON, M.M. Obsessions in obsessive-compulsive disorder with and without Gilles de la Tourette's syndrome. **Am. J. Psychiatry**, v. 150, n. 1, p. 93-97, 1993.

GOGTAY, N.; GIEDD, J.N.; LUSK, L.; HAYASHI, K.M.; GREENSTEIN, D.; VAITUZIS, C.; et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. **PNAS**, v. 101, n. 21, p. 8174 - 8179, 2004.

GOLDSTEIN, J.M.; SEIDMAN, L.J.; HORTON, N.J.; MAKRIS, N.; KENNEDY, D.N.; CAVINESS, V.S. Jr.; et al. Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging. **Cereb. Cortex**, v.11, p.490-497, 2001.

GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H.; RASMUSSEN, S.A.; MAZURE, C.; FLEISCHMANN, R.L.; HILL, C.L.; HENINGER, G.R.; CHARNEY, D.S. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use and reliability. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 41, p. 1006-1011, 1989a.

GOODMAN, W.K.; PRICE, L.H.; RASMUSSEN, S.A.; MAZURE, C.; DELGADO, P.; HENINGER, G.R.; CHARNEY, D.S. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: validity. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 41, p. 1012-1016, 1989b.

GOODWIN, D.W.; SAMUEL, B.; GUZE, S.B.; ROBINS, E. Follow-up studies in obsessional neurosis. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 20, p. 182-187, 1969.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 29, p. 453-457, 1996.

GRANT, J.E.; MANCEBO, M.C.; PINTO, A., EISEN, J.L.; RASMUSSEN, S.A. Impulse control disorders in adults with obsessive-compulsive disorder. **J. Psychiatr. Res.**, v. 40, p. 494-501, 2006a.

GRANT, J.E.; PINTO, A.; GUNNIP, M.; MANCEBO, M.C.; EISEN, J.L.; RASMUSSEN, S.A. Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. **Compr. Psychiatry**, v. 47, p. 325-329, 2006b.

GRANT, J.E.; MANCEBO, M.C.; PINTO, A.; WILLIAMS, K.A.; EISEN, J.L.; RASMUSSEN, S.A. Late-onset obsessive-compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. **Psychiatry Res.**, v. 152, n.1, p. 21-27, 2007.

GRANT, J.E.; POTENZA, M.N. Gender-related differences in individuals seeking treatment for kleptomania. **CNS Spectr.**, v. 13, n. 3, p. 235-245, 2008.

GRENIER, S., PRÉVILLE, M., BOYER, R., O'CONNOR, K. Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community. **J. Anx. Dis.**, v.23, n.7, p. 858-865, 2009.

GREEN BL. Trauma history questionnaire. In: STAMM, B.H.; VARRA, E.M. **Measurement of stress, trauma and adaptation**. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996. p. 366-368.

GREENBERG, D; WTZUM, E. Cultural aspects of OCD. In: HOLLANDER, E.; ZOHAR, J.; MARAZZITI, D. **Current insights in Obsessive Compulsive Disorder**. Chichester: John Wiley & Sons, 1994.

GUEDES, M.L. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar**. 1997 80f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

GUY, W. ECEDEU assessment manual for psychopharmacology, revised. **NIMHANS**, v.76, n. 338, p.217-222, 1976.

HANSON L. Quality of life in depression and anxiety. **Int. Rev. Psychiatry**, v.14, p.185-189, 2002.

HANTOUCHE, E.G.; BOURGEOIS, M.L.; LANCRENON, S.; BOUHASSIRA, M. Troubles et syndromes obsessionnels-compulsifs: influence du sexe sur l'expression clinique. **Ann. Méd.-Psychol.**, v.154, p.417-425, 1996.

HASLER, G.; PINTO, A.; GREENBERG, B.D.; SAMUELS, J.; FYER, A.J.; 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**, v.61, p.617-625, 2007.



---

HOLTMANN, M.; BÖLTE, S.; POUSTKA, F. Autism spectrum disorders: sex differences in autistic behaviour domains and coexisting psychopathology. **Dev. Med. Child Neurol.**, v.49, p.361-366, 2007.

HOLLANDER, E.; STEIN, D.; KNOW, J.H.; ROWLAND, C.; WONG, C.M.; BROATCH, J. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. **CNS Spectr.** v.2, p.16-25, 1997.

HOLLANDER, E.; KIM, S.; KHANNA, S.; PALLANTI, S. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders: diagnostic and dimensional issues. **CNS Spectr.**, v.12, supl.3, p.5-13, 2007.

HOUNIE, A.G. ; BROTTTO, S.A. ; DINIZ, J. ; CHACON, P.J. ; MIGUEL, E.C. Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 23, supl. 2, p. 13-16, 2001.

HUSELID, R.F.; COOPER, M.L. Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse. **J. Health Soc. Behav.**, v. 33, p. 348-362, 1992.

INGRAM, I.M. Obsessional illness in mental hospital patients. **J. Ment. Sci.**, v.107, p. 282-402, 1961.

INSEL, T.R.; YOUNG, L.J. The neurobiology of attachment. **Nat. Rev. Neurosci.**, v.2, n.2, p. 129-136, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais : uma análise da condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. 252 p.

JAIISOORYA, T.S.; JANARDHAN, R.Y.C.; SRINATH, S. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? Findings from an Indian study. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 12, n. 6, p.290-297, 2003;

JAISSORYA, T.S.; JANARDHAN R.Y.C.; SRINATH, S.; THENNARASU, K. Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. **Compr. Psychiatry**, v.50, n.1, p.70-75, 2009.

JENKINS, R.; LEWIS, G.; BEBBINGTON, P.; BRUGHA, T.; FARRELL, M.; GILL, B.; MELTZER, H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain - initial findings from the household survey. **Int. Rev. Psychiatry**, v. 15, p. 29-42, 2003.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Rev. Psiq. Clín.**, v.33, n.2, p. 74-79, 2006.

KALRA, S.K.; SWEDO, S.E. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just “little adults”? **J. Clin. Invest.**, v. 119, n. 4, p. 737-746, 2009

KAMATH, P.; REDDY, Y.C.; KANDAVEL, T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v. 68, n. 11, p. 1741-1750, 2007.

KANEMURA, H.; AIHARA, M.; AOKI, S.; ARAKI, T.; NAKAZAWA, S. Development of the prefrontal lobe in infants and children: A three-dimensional magnetic resonance volumetric study. **Brain Dev.**, v. 25, p. 195-199, 2003.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. BATISTA, D. (trad.). **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª Ed. Porto-Alegre, 1997. 1169p.

KARADAG, F.; OGUZHANOGLU, N.K.; ÖZDEL, O.; ATESCI, F.C.; AMUK, T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. **Depr. Anxiety**, v.23, p. 145-152, 2006.

KARNO, M.; GOLDING, J.M.; SORENSON, S.B.; BURNAM, A. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in 5 US communities. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.45, p. 1094-1099, 1988.

KATSCHNIG, H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. **World Psychiatry**, v.5, n.3, p. 139-145, 2006.

KAUFMAN, J.; BIRMAHER, B.; BRENT, D.; RAO, U.; FLYNN, C.; MORECI, P.; et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children - Present and Lifetime (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v.36, n.7, p.980-988, 1997.

KESSLER, R.C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; MERIKANGAS, K.R.; WALTERS, E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.62, n.6, p. 593-602, 2005a.

KESSLER, R.C.; CHIU, W.T.; DEMLER, O.; MERIKANGAS, K.R.; WALTERS, E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-months DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.62, n.6, p. 617-627, 2005b.

KORAN, L.M.; HANNA, G.L.; HOLLANDER, E.; NESTADT, G.; SIMPSON, H.B. and the Work Group on Obsessive-compulsive Disorder. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v.164, (supl), p. 1-56, 2007.

KORNSTEIN, S.; SCHATZBERG, A.F.; THASE, M.E. Gender differences in chronic major and double depression. **J. Affect. Dis.**, v.60, n.1, p. 1-11, 2000.

KRINGLIN, E. Obsessional neurotics. **Brit. J. Psychiatry**, v. 111, p. 709-722, 1965.

LABAD, J.; MENCHÓN, J.M.; ALONSO, P.; SEGALÀS, C.; JIMÉNEZ, S.; VALLEJO, J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v. 66, p. 428 - 435, 2005.

LABAD, J.; MENCHON, J.M.; ALONSO, P.; SEGALAS, C.; JIMENEZ, S.; JAURRIETA, N.; et al. Gender differences in obsessive-compulsive symptoms dimensions. **Depr. Anxiety**, v.25, n.10, p.832-838, 2008.

LANDEROS-WEISENBERGR, A.; BLOCK, M.H.; KELMENDI, B.; WEGNER, R.; NUDEL, J.; DOMBROWSKI, P.; et al. Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. **J. Affect. Disord.**, v.121, n.1-2, p. 175-179, 2010.

LATRONICO, A.C. Por que os homens são tão diferentes das mulheres? **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 41, n.1, p.5-6, 2005.

LECKMAN, J.F.; RIDDLE, M.A.; HARDIN, M.T.; ORT, S.I.; SWARTZ, K.L.; STEVENSON, J.; COHEN, D.J. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. **J. Am. Ac. Child. Adoles. Psych.**, v.28, n.4, p.566-573, 1989.

LECKMAN, J.F.; GOODMAN, W.K.; NORTH, W.G.; CHAPPELL, P.B.; PRINCE, L.H.; PAULS, D.L.; et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. **Psychoneuroendocrinol.**, v.19, n. 8, p. 723-749, 1994.

LECKMAN, J.F.; GRICE, D.E.; BARR, L.C. ; DE VRIES, A.L.; MARTIN, C.; COHEN, D.J.; et al. Tic-related vs. non tic-related obsessive-compulsive disorder. **Anxiety**, v. 1, p. 208-215, 1995.

LECKMAN, J.F.; GRICE, D.E.; BOARDMAN, J.; ZHANG, H. ; VITALE, A. ; BONDI, C.; et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v.154, p. 911-917, 1997.

LECKMAN, J.F. Questionário sobre história natural do TOC - YALE. Junho, 2002, versão 06/2002.

LENSI, P.; CASSANO, G.B.; CORREDDU, G.; RAVAGLI, S.; KUNOVAC, J.L.; AKISKAL, H.S. Obsessive-compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. **Brit. J. Psychiatry**, v.169, n.1, p. 101-107, 1996.

LEON, A.C.; PORTERA, L.; WEISSMAN, M.M. The social costs of anxiety disorders. **Br. J. Psychiatry**, v.166, supl. 27, p.19-22, 1995.

LI, Y.; MARQUES, L.; HINTON, D.E.; WANG, Y.; XIAO, Z.P. Symptom dimension in Chinese patients with obsessive-compulsive disorder. **CNS Neurosci. Ther.**, v. 15, n. 3, p. 276-282, 2009.

LIN, E.; GOERING, P.; OFFORD, D.R.; CAMPBELL, D.; BOYLE, M.H. The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. **Can. J. Psychiatry**, v.41, p. 572 - 577, 1996.

LILLY, M.M.; POLE, N.; BEST, S.R.; METZLER, T.; MARMAR, C.R. Gender and PTSD: what can we learn from female police officers? **J. Anxiety Disord.**, v.23, p.767-774, 2009.

LLERENA Jr, J.C.; SANTA-ROSA, A.A.; CORREIA, P.; HOROVITZ, D.; DA SILVA, E.J.C.; MASCARENHAS, E.F.; et al. Investigação do retardo mental e doenças genéticas a partir de um estudo transversal em escolas do Estado do Rio de Janeiro. **Inf. Epidemiol. SUS/MS** v.9, n.4, Brasília, dez. 2000.

LOCHNER, C.; STEIN, D.J. Gender in obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. **Arch. Women Ment. Health**, v.4, p. 19-26, 2001.

LOCHNER, C.; HEMMINGS, S.M.J.; KINNEAR, C.J.; MOOLMAN-SMOOK, J.C.; CORFIELD, V.A.; KNOWLES, J.A.; et al. Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. **Eur. Neuropsychopharmacol.**, v. 14, n.2, p. 105-113, 2004.

MAIA, T.V.; COONEY, R.E.; PETERSON, B.S. The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. **Dev. Psychopathol.**, v. 20, p. 1251-1283, 2008.

MAJ, M. Psychiatric comorbidity: an artifact of current diagnostic systems? **Brit. J. Psychiatry**, v. 186, p.182-184, 2005.

MANCEBO, M.C. ; GRANT, J.E.; PINTO, A. ; EISEN, J.E. ; RASMUSSEN, S.A. Substance use in an obsessive-compulsive disorder clinical sample. **J. Anxiety. Disord.**, v.23, n.4, p.429-435, 2009.

MATAIX-COLS, D.; RAUCH, S.L.; BAER, L.; EISEN, J.L.; SHERA, D.M.; GOODMAN, W.K.; et al. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. **Am. J. Psychiatry**, v. 59, p. 263-268, 2002.

MATAIX-COLS, D.; WOODERSON, S.; LAWRENCE, N.; BRAMMER, M.J.; SPECKENS, A.; PHILLIPS, M.L. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.61, p. 564-576, 2004.

MATAIX-COLS, D.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; LECKMAN, J.F. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v. 162, p. 228-238, 2005.

MATAIX-COLS, D. Deconstructing obsessive-compulsive disorder: a multidimensional perspective. **Curr. Opin. Psychiatry**, v.19, p.84-89, 2006.

MATAIX-COLS, D.; NAKATANI, E.; MICALI, N.; HEYMAN, I. The structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 47, p. 773-778, 2008.

MATSUNAGA, H.; KIRIIKE, N.; MATSUI, T.; MIYATA, A.; IWASAKI, Y.; FUJIMOTO, K.; et al. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. **Compr. Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 266-272, 2000.

MATSUNAGA, H.; HAYASHIDA, K.; KIRIIKE, N.; MAEBAYASHI, K.; STEIN, D.J. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry Res.**, (Epub ahead of print), 2010.

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.**, v.33, n. 4, p. 188-194, 2006.

McGLASHAN, T.H.; BARDENSTEIN, K.K. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. **Schizophrenia Bull.**, v. 16, n.2, p.319-329, 1990.

McDOUGLE, C.J. Update on pharmacologic management of OCD: agents and augmentation. **J. Clin. Psychiatry**, v. 5, supl. 12, p. 11-17, 1997.

McKAY, D.; ABRAMOWITZ, J.S; CALAMARI, J.E.; KYRIOS, M.; RADOMSKY, A.; SOOKMAN, D.; et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. **Clin. Psychol. Rev.**, v.24, n. 3, p. 283-313, 2004.

MENDLOWICZ, M.V.; STEIN, M.D. Quality of life in individuals with anxiety disorders. **Am. J. Psychiatry**, v.157, p. 669-682, 2000.

MENEZES, A.M.B.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TOMASI, E.; HALPERN, R.; OLIVEIRA, A.L.B. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.3, p. 209-216, 1998.

MERCADANTE, M.T.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; QUARANTINI, L.C.; SATO, F.P. The neurobiological bases of obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome. **J. Pediatr.**, v. 80, supl. 2, p.35-44, 2004.

MIGUEL, E.C.; RAUCH, S.L.; JENIKE, M.A. Obsessive-compulsive disorder. **Psychiatr. Clin. North Am.**, v.20, n.4, p.863-883, 1997.

MIGUEL, E.C.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; PRADO, H.S.; DO VALLE, R.; RAUCH, S.L.; COFFEY, B.J.; et al. Sensory phenomena in patients with obsessive-compulsive disorder and/or Gilles De La Tourette Syndrome. **J. Clin. Psychiatry**, v.61, n.2, p.150-156, 2000.

MIGUEL, E.C.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; SHAVITT, R.G.; HOUNIE, A.G.; MERCADANTE, M.T. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. **Adv. Neurol.**, v.85, p.43-55, 2001.

MIGUEL, E.C.; SHAVITT, R.G.; FERRÃO, Y.A.; BROTTTO, S.A.; DINIZ, J.B. How to treat OCD in patients with Tourette syndrome. **J. Psychosom. Res.**, v.55, n.1, p. 49-57, 2003.

MIGUEL, E.C.; LECKMAN, J.F.; RAUCH, R.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; HOUNIE, A.G.; MERCADANTE, M.T.; et al. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. **Mol. Psychiatry**, v. 10, n.3, p. 258-275, 2005a.

MIGUEL, E.C.; HOUNIE, A.G. O diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo e de seus subtipos. In: MAJ, M.; SARTORIUS, N.; OKASHA, A.; ZOHAR, J. (Eds.); MIAZZI, A.E.F. (trad.) 2.ed. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. Porto-Alegre: Artmed, 2005b. p. 33-35.



MIGUEL, E.C.; ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; SHAVITT, R.G.; HOUNIE, A.G.; LOPES, A.C.; DINIZ, J.B.; et al. Apostila de primeiro atendimento do C-TOC; protocolo de pesquisa do PROTOC. Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, versão 2007.

MIGUEL, E.C.; FERRÃO, Y.A.; ROSÁRIO, M.C.; MATHIS, M.A., TORRES, A.R.; FONTENELLE, L.F.; et al. 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.**, v.30, p. 185-196, 2008.

MINICHIELLO, W.E.; BAER, L.; JENIKE, M.A.; HOLLAND, A. Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. **J. Anxiety Dis.**, v. 4, p. 147-150, 1990.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira.** Diretoria de Pesquisas-Coordenação de População e Indicadores Sociais. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 26, 2009.

MOHAMMADI, M.R.; GHANIZADEH, A.; RAHGOZAR, M.; NOORBALA, A.A.; DAVIDIAN, H.; AFZALI, H.M.; NAGHAVI, H.R.; et al. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. **BMC Psychiatry**, v.14,n.4, p.2, 2004.

MOHAMMADI, M.R.; GHANIZADEH, A.; MOINI, R. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. **Depress. Anxiety**, v.24, p. 602-607, 2007.

MORITZ, S.; RUFER, M.; FRICKE, S.; KAROW, A.; MORFELD, M.; JELINEK, L.; JACOBSEN, D. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. **Compr. Psychiatry**, v.46, p. 453-445, 2005.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.** Boston (MA): Harvard University Press; 1996.

NESTADT, G.; SAMUELS, J.F.; ROMANOSKI, A.J.; FOLSTEIN, M.F.; MCHUGH, P.R. Obsessions and compulsions in the community. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 89, p. 219-224, 1994.

NESTADT, G.; LAN, T.; SAMUELS, J.; RIDDLE, M.; BIENVENU, O.J.; LIANG, K.Y.; et al. Complex segregation analysis provides compelling evidence for a major gene underlying obsessive-compulsive disorder and for heterogeneity by sex. **Am. J. Hum. Gen.**, v. 67, p. 1611-1616, 2000a.

NESTADT, G.; SAMUELS, J.; RIDDLE, M.; BIENVENU, J.; LIANG, K.Y.; LABUDA, M.; WALKUP, J.; GRADOS, M.; HOEHN-SARIC, R. A family study of obsessive-compulsive disorder. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 57, p. 358-363, 2000b.

NEZIROGLU, F.A.; YARYURA-TOBIAS, J.A.; YARYURA, R.A. A demographic study of obsessive-compulsive disorder. **Acta Psychiatr. Psicol. Am. Lat.**, v.40, n.3, p. 217-223, 1994.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. **Clin. Psychol. Rev.**, v.24, p. 981-1010, 2004.

NOSHIRVANI, H.F.; KASVIKIS, Y.; MARKS, I.M.; TSAKIRIS, F.; MONTEIRO, W.O. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. **Brit. J. Psychiatry**, v. 158, p. 260-263, 1991.

OKASHA, A.; SAAD, A.; KHALIL, A.K.; DAWLA, A.S.; YEHIA, N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. **Compr. Psychiatry**, v.35, p. 191-197, 1994.

---

OLINTO, M.T.A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.1, n.2, p. 162-169, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PARKER, G.B.; BROTHIE, H.L. From diathesis to dimorphism, the biology of gender differences in depression. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v. 192, p.210-216, 2004.

PALLANTI, S. Transcultural observation of obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v. 165, n.2, p. 169-170, 2008.

PAULS, D.L.; LECKMAN, J.F.; TOWBIN, K.E. ; ZAHNER, G.E.; COHEN, D.J. A possible genetic relationship exists between Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. **Psychopharmacol. Bull.**, v. 22, n. 3, p. 730-733, 1986.

PAULS, D.L.; ALSOBROOK, J.P.; GOODMAN, W; RASMUSSEN, S.; LECKMAN, JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v.152, p.76-84, 1995.

Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. **JAMA**, v. 292, p. 1969-1976, 2004.

PERUGI, G.; AKISKAL, H.S.; GEMIGNANI, A.; PFANEER, C.; PRESTA, S.; MILANFRANCHI, A.; LENSÍ, P.; RAVAGLI, S.; MAREMMANI, I.; CASSANO, G.B. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.**, v.248, p. 240-244, 1998.

PHILLIPS, K.A.; MENARD, W.; FAY, C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. **Compr. Psychiatry**, v. 47, n. 2, p. 77-87, 2006.

PIGOTT, T.A. Anxiety disorders in women. **Psychiatr. Clin. N. Am.**, v.26, p.621-672, 2003.

PINTO, A.; EISEN, J.L.; MANCEBO, M.C.; GREENBERG, B.D.; STOUT, R.L.; RASMUSSEN, S.A. Taboo thoughts and doubt/checking: a refinement of the factor structure for obsessive-compulsive disorder symptoms. **Psychiatry Res.**, v. 151, n.3, p. 255-258, 2007.

PINTO, A.; MANCEBO, M.C.; EISEN, J.L.; PAGANO, M.E.; RASMUSSEN, S.A. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. **J. Clin. Psychiatry**, v. 67, n. 5, p. 703-711, 2006.

POLLEY, E.C.; FINEBERG, N.; HARRISON, P.J. The met (158) allele of catechol-O-methyltransferase (COMT) is associated with obsessive-compulsive disorder in men: case-control study and meta-analysis. **Mol. Psychiatry**, v. 12, n. 6, p. 556-561, 2007.

POLLIT, J. Natural history of obsessional states: a study of 150 cases. **Brit. Med. J.**, v.1, p. 194-198, 1957.

PRADO, H.S.; ROSÁRIO, M.C.; LEE, J.; HOUNIE, A.G.; SHAVITT, R.G.; MIGUEL, E.C. Sensory Phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature. **CNS Spectr.**, v. 13, n. 5, p. 425-432, 2008.

PUJOL, J.; SORIANO-MAS, C.; ALONSO, P.; CARDONER, N.; MENCHÓN, J.M.; DEUS, J.; VALLEJO, J. Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 61, n. 7, p. 720-730, 2004.

---

QUILTY, L.C.; VAN AMERINGEN, M.; MANCINI, C.; OAKMAN, J.; FARVOLDEN, P. Quality of life and the anxiety disorders. **J. Anxiety Dis.**, v. 17, p. 405-426, 2003.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; TORRES, A.R.; TORRESAN, R.C.; NEGREIROS, A.P.M.; VITORINO, C.N. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. **Depress. Anxiety**, v. 25, p. 1020-1027, 2008.

RAPOPORT, J.L.; ELKINS, R.; LANGER, D.H.; SCEERLY, W.; BUCHSBAUM, M.S.; GLIIN, J.C.; et al. Childhood obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v. 138, p.1545-1554, 1981.

RAPOPORT, J.L.; FISKE, A. The new biology of obsessive-compulsive disorder: implication for evolutionary psychology. **Perspect. Biol. Med.**, v. 41, p. 159-174, 1998.

RASMUSSEN, S.A.; TSUANG, M.T. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry**, v.143, p. 317-322, 1986.

RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L. Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. **Psychiatr. Ann.**, v.19, p. 67-73, 1989.

RASMUSSEN, S.A.; EISEN, J.L. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v. 55, supl 4, p. 5-10, 1994.

RATNASURIYA, R.H.; MARKS, I.M.; FORSHAW, D.M.; HYMAS, N.F.S. Obsessive slowness revisited. **Brit. J. Psychiatry**, v.159, p. 273-274, 1991.

RIEMANN, B.C.; MCNALLY, R.J.; COX, W.M. The comorbidity of obsessive-compulsive disorder and alcoholism. **J. Anxiety Dis.**, v. 6, n. 2, p. 105-110, 1992.

ROBINS, L.N.; HELZER, J.E.; WEISSMAN, M.M.; ORVASCHEL, H.; GRUENBERG, E.; BURKE JD, J.R.; REGIER, D.A. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 14, p. 949-959, 1984.

ROSÁRIO-CAMPOS, M.C. Transtorno obsessivo-compulsivo de início precoce e de início tardio: características clínicas, psicopatológicas e de comorbidade. 1998. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; LECKMAN, J.F.; MERCADANTE, M.T.; SHAVITT, R.G.; PRADO, H.S.; SADA, P.; et al. Adults with early onset obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Psychiatry** v. 158, n. 11, p. 1899-1903, 2001a.

ROSÁRIO-CAMPOS, M.C. Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.23, supl. 2, p. 24-26, 2001b.

ROSÁRIO-CAMPOS, M.C. 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, M.C.; LECKMAN, J.; CURI, M.; QUATRANO, S.; KATSOVITCH, L.; MIGUEL, E.C.; PAULS, D.L. A family study of early obsessive-compulsive disorder. **Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.**, v.136, n.1, p. 92-97, 2005.

ROSÁRIO-CAMPOS, M.C.; MIGUEL, E.C.; QUATRANO, S.; CHACON, P.; FERRAO, Y.; FINDLEY, D.; et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. **Mol. Psychiatry**, v.11, n.5, p.495-504, 2006.

ROSÁRIO, M.C.; PRADO, H.S.; BORCATO, S.; DINIZ, J.B.; SHAVITT, R.G.; HOUNIE, A.G.; et al. Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. **CNS Spectr.**, v.14, n.6, p.315-323, 2009.

ROY, A. Obsessive-compulsive disorder: phenomenology, outcome and a comparison with hysterical neurosis. **Compr. Psychiatry**, v.20, p. 528-531, 1979.

RÜDIN, E. Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. **Arch. Psychiatr. Nervenkr.**, v. 191, p. 14-54, 1953.

RUPPRECHT, R. The neuropsychopharmacological potential of neuroactive steroids. **J. Clin. Psychiatry**, v.31, p.297-314, 1997.

RUSCIO, A.M.; STEIN, D.J.; CHIU, W.T.; KESSLER, R.C. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. **Mol. Psychiatry**, v.15, n.1, p. 53-63, 2010.

SAMUELS, J.; BIENVENU III, O.J.; RIDDLE, M.A.; GRADOS, M.A.; LIANG, K.Y.; HOEHN-SARIC, R.; NESTADT, G. Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from a case-control study. **Behav. Res. Ther.**, v. 40, n.5, p. 517-528, 2002.

SAMUELS, J.; BIENVENU III, O.J.; PINTO, A.; MURPHY, D.L.; PIACENTINI, J.; RAUCH, S.L.; et al. Sex-specific clinical correlates of hoarding in obsessive-compulsive disorder. **Behav. Res. Ther.**, v. 46, n.9, p. 1040-1046, 2008.

SASSON, Y.; ZOHAR, J.; CHOPRA, M.; LUSTIG, M.; IANCU, I; HENDLER, T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. **J. Clin. Psychiatry**, v. 58, supl. 12, p. 7-10, 1997.

SKAPINAKIS, P.; PAPTAEODOROU, T.; MAVREAS, V. Antipsychotic augmentation of serotonergic antidepressants in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of the randomized controlled trials. **Eur. Neuropsychopharmacol.**, v. 17, p. 79-93, 2007.

SKOOG, G.; SKOOG, I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.56, p. 121-127, 1999.

SOBIN, C.; BLUNDELL, M.; WEILLER, F.; GAVIGAN, C.; HAIMAN, C.; KARAYIORGOU, M. Phenotypic characteristics of obsessive-compulsive disorder ascertained in adulthood. **J. Psychiatr. Res.**, v.33, p. 265-273, 1999.

STATA CORP. 2007. \*Stata Statistical Software: Release 10\*. College Station, TX: StataCorp LP.

STARCEVIC, V.; LATAS, M.; KOLAR, D.; VUCINIC-LATAS, D.; BOGOJEVIC, G.; MILOVANOVIC, S. Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in female and male patients with panic disorder with agoraphobia. **Compr. Psychiatry**, v.49, p. 537-543, 2008.

STEIN, D.J.; ALLEN, A.; BOBES, J.; EISEN, J.L.; FIGUERA, M.L.; KORAN, L.M.; HOLLANDER, E. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. **CNS Spectr.** v.5, n.6, supl.4, p. 37-39, 2000.

STEIN, D. J.; ANDERSEN, E. W.; OVERO, K. F. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.29, n.4, p. 303-307, 2007.



STEINER, M.; DUNN, E.; BORN, L. Hormones and mood: from menarche to menopause. **J. Affect. Dis.**, v.74, p.67-83, 2003.

STEKETEE, G.; EISEN, J.; DYCK, I. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry Res.**, v.89, p. 229-238, 1999.

STENGLER-WENZKE, K.; TROSBACH, J.; DIETRICH, S.; ANGERMEYER, M.C. Coping strategies used by relatives of people with obsessive-compulsive disorder. **J. Adv. Nursing**, v.48, p. 35-42, 2004.

SWEDO, S.E.; RAPOPORT, J.L.; LEONARD, H.; LENANE, M.; CHESLOW, D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.46, p. 335-341, 1989.

SWEDO, S.E.; LEONARD, H.L.; MITTLEMAN, B.B.; ALLEN, A.J.; RAPOPORT, J.L.; DOW, S.P.; et al. Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. **Am. J. Psychiatry**, v.154, n.1, p.110-112, 1997.

TABERNER, J., FULLANA, M.; CASERAS, X.; PERTUSA, A.; BADOS, A.; VAN DEN BREE, M.; TORRUBIA, R.; MATAIX-COLS, D. Are obsessive-compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? **Depr. Anxiety**, v. 26, p. 902-908, 2009.

TAQUI, A.M.; SHAIKH, M.; GOWANI, S.A.; SHAHID, F.; KHAN, A.; TAYYEB, S.M.; et al. Body dysmorphic disorder: gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. **BMC Psychiatry**, v.8, p. 20, 2008.

TENGAN, S.K.; MAIA, A.K. Psicoses funcionais na infância e adolescência **J. Pediatr.**, v.80, n.2, p. s3-s10, 2004.

THOMSEN, P.H. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: predictors in childhood for long-term phenomenological course. **Acta Psychiatr. Scand.**, v.92, p. 255-259, 1995.

TORRES, A.R.; SMAIRA, S.I. Características clínicas do distúrbio obsessivo-compulsivo: estudo de 45 casos. **Rev. ABP-APAL**, v.15, n.2, p. 44-50, 1993.

TORRES, A.R.; PRINCE, M.J.; BEBBINGTON, P.; BHUGRA, D.; BRUGHA, T.S.; FARRELL, M.; et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. **Am. J. Psychiatry**, v.163, n.11, p. 1978-1985, 2006.

TORRES, A.R.; PRINCE, M.J.; BEBBINGTON, P.E.; BHUGRA, D.; BRUGHA, T.S.; FARRELL, M.; et al. Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British Psychiatric Morbidity Survey of 2000. **Psychiatric Services**, v. 58, p. 977-982, 2007a.

TORRES, A.R.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; TORRESAN, R.C.; DOMINGUES, M.S.; HERCOS, A.C.; GUIMARÃES, A.B. Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder. **CNS Spectr.**, v.10, p.771-778, 2007b.

TORRES, A.R.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; FERRÃO, Y.A.; FONTENELLE, L.F.; ROSÁRIO, M.C.; MIGUEL, E.C. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. **J. Clin. Psychiatry** 2010 (in press).

TORRESAN, R.C.; SMAIRA, S.I.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; TORRES, A.R. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev. Psiq. Clín.**, v.35, n. 1, p. 13 - 19, 2008.

TORRESAN, R.C.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; DE MATHIS, A.; DINIZ, J.B.; FERRÃO, Y.A.; MIGUEL, E.C.; TORRES, A.R. Sex differences in phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. **Compr. Psychiatry**, v.50, n.1, p. 63-69, 2009.

TOURNIER, M.; MOLIMARD, M.; COUGNARD, A.; ABOUELFATH, A.; FOURRIER, A.; VERDOUX, H. Psychiatric disorders and their comorbidity in subjects with parasuicide by intentional drug overdose: prevalence and gender differences. **Psychiatric Res.**, v. 136, p. 93-100, 2005.

TÜKEL, R.; POLAT, A.; GENÇ, A.; BOZKURT, O.; ATLA, H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. **Compr. Psychiatry**, v.45, n.5, p. 362-366, 2004.

TÜKEL, R.; ERTEKIN, E.; BATMAZ, S.; ALYNAK, F.; SOZEN, A.; ASLANTAS, B.; et al. Influences of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. **Depress. Anxiety**, v.21, n. 3, p. 112-117, 2005.

VAN DEN HEUVEL, O.A.; REMIJNSE, P.L.; MATAIX-COLS, D.; VRENKEN, H.; GROENEWEGEN, H.J.; UYLINGS, H.B.M.; et al. The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. **Brain**, v. 132, p. 853-868, 2009.

VASCONCELOS, M.S.; SAMPAIO, A.S.; HOUNIE, A.G.; AKKERMAN, F.; CURI, M.; LOPES, A.C.; MIGUEL, E.C. Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. **Biol. Psychiatry**, v.61, n.3, p. 301-307, 2007.

WEILLER, E.; BISSERBE, J.C.; BOYER, P.; LEPINE, J.P., LECRUBIER, Y. Social phobia in general health care: an unrecognized, undertreated disabling condition. **Br. J. Psychiatry**, v. 168, p. 169 - 174, 1996.

WEISSMAN, M.M.; BLAND, R.C.; CANINO, G.J.; GREENWALD, S.; HWU, H.G.; LEE, C.K.; et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v.55, (supl), p. 5-10, 1994.

WHEATON, M.; TIMPANO, K.R.; LaSALLE-RICCI, V.H.; MURPHY, D. Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: associations with comorbidity, severity and gender. **J. Anxiety Dis.**, v.22, p.243-252, 2008.

WILLIAMSON, D.A.; WOMBLE L.G.; SMEETS, M.A.M.; NETEMEYER, R.G.; THAW, J.M.; KUTLESIC, V.; GLEAVES, D.H. Latent structure of eating disorder symptoms: a factor analytic and taxometric investigation. **Am. J. Psychiatry**, v. 159, p. 412-418, 2002.

WILSNACK, R. W.; VOGELTANZ, N.D.; WILSNACK, S.C.; HARRIS, T.R. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. **Addiction** v. 95, n.2, p. 251-265, 2000.

YARYURA-TOBIAS, J.A.; GRUNES, M.S.; TODARO, J.; MCKAY, D.; NEZIROGLU, F.A.; STOCKMAN, R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. **J. Anxiety Dis.** v. 14, n. 1, p.19-30, 2000.

YOLDASCAN, E.; OZENLI, Y.; KUTLU, O.; TOPAL, K.; BOZKURT, A.I. Prevalence of obsessive compulsive disorder in Turkish university students and assessment of associated factors. **BMC Psychiatry**, v. 6, n.9, p.40, 2009.

ZOHAR, A.H.; PAULS, D.L.; 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**, v. 154, n. 2, p. 274-276, 1997.

*10. Anexos*



**Mídia eletrônica: Questionários e Instrumentos de Avaliação do Protocolo de Pesquisa e cópia do presente estudo.**



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de  
abril de 1997

Botucatu, 02 de maio de 2.005

OF.98/2005-CEP

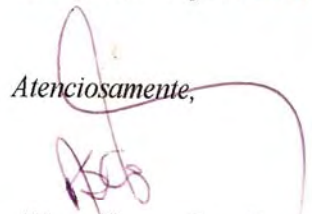
*Ilustríssima Senhora*  
*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Albina Rodrigues Torres Torres*  
*Departamento de Neurologia e Psiquiatria da*  
*Faculdade de Medicina de Botucatu*

*Prezada Prof.<sup>a</sup> Albina,*

*De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o projeto de pesquisa "Diferenças de gênero na apresentação fenomenológica do transtorno obsessivo compulsivo", a ser conduzido por Vossa Senhoria e pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, com a participação das alunas Juliana de Almeida Prado e Anna Paola V. M. Chiarelli, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02 de maio de 2.005*

*Situação do Projeto: **APROVADO***

*Atenciosamente,*

  
*Alberto Santos Capellupi*  
*Secretário do CEP*



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de  
abril de 1997

Botucatu, 21 de julho de 2.006

OF.338/2006-CEP

*Ilustríssima Senhora*  
*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Albina Rodrigues Torres*  
*Departamento de Neurologia e Psiquiatria da*  
*Faculdade de Medicina de Botucatu*

*Prezada Prof.<sup>a</sup> Albina,*

*De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que nesta data (21/07/2006), foi autorizada a inclusão do Dr. Ricardo Cezar Torresan, como participante do projeto de pesquisa "Diferenças de gênero na apresentação fenomenológica do transtorno obsessivo compulsivo", conduzido por Vossa Senhoria com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, e ainda com a participação das alunas Juliana de Almeida Orado e Anna Paola V. M. Chiarelli, aprovado em reunião de 02 de maio de 2.005.*

*Atenciosamente,*

*Alberto Santos Capelluppi*  
*Secretário do CEP*