



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

MARIANA DE SOUZA DOMINGUES CASTRO

**Comorbidade do transtorno bipolar em pacientes com
transtorno obsessivo-compulsivo: prevalência e fatores
associados.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do Título
de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres

**Botucatu
2018**

Mariana de Souza Domingues Castro

Comorbidade do transtorno bipolar em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: prevalência e fatores associados.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Castro, Mariana de Souza Domingues.

Comorbidade do transtorno bipolar em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo : prevalência e fatores associados / Mariana de Souza Domingues Castro. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Albina Rodrigues Torres
Capes: 40104001

1. Comorbidade. 2. Transtorno bipolar. 3. Transtorno obsessivo-compulsivo. 4. Prevalência.

Palavras-chave: Comorbidade; Transtorno bipolar;
Transtorno obsessivo-compulsivo.

EPÍGRAFE

“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, **Luiz Carlos e Mércia**, que são meu alicerce e sempre me incentivaram a estudar.

Ao meu querido esposo, **Eduardo**, pelo apoio, carinho e companheirismo durante esta jornada.

Ao **Ser Supremo** que me levou novamente à Botucatu e permitiu o reencontro com minha querida professora.

Aos **colegas psiquiatras** que desempenham essa bela profissão com dignidade e muito amor.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Albina Rodrigues Torres (Biba) pela amizade, afeto, acolhimento, parceria, atenção e disponibilidade em ensinar e orientar o melhor caminho a seguir. Você sempre foi meu modelo de profissional pelo carinho e ética no cuidado com os pacientes, pelo rigor na pesquisa, pelo entusiasmo no estudo e pela dedicação à Faculdade de Medicina de Botucatu, em especial à Disciplina de Psiquiatria.

À querida amiga de profissão e de pós-graduação Aline Paes Vellozo pelo companheirismo, amizade e pela disponibilidade irrestrita em ajudar e dividir seus conhecimentos.

Aos queridos Vânia Talarico Bruno e José Roberto Lalla Júnior que eu conheci nas aulas da pós-graduação e se tornaram meus amigos-irmãos. Obrigada por toda ajuda, carinho, generosidade, companheirismo e por terem tornado esta jornada, que geralmente é árdua, numa possibilidade de encontro e crescimento pessoal.

Aos colegas da pós-graduação: Willian, Gustavo, Melina, Louise, Renata e Dayanne pelo grupo maravilhoso que formamos. Os momentos que passamos juntos ficarão guardados no meu coração.

Ao Prof. Dr. Adriano Dias pelas ótimas aulas de Epidemiologia e por todo carinho, empenho e atenção dedicados a nossa turma.

Aos pacientes que me instigam a estudar e me ensinam a compreender com mais profundidade os meandros da mente humana.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
2. <u>ARTIGO 1</u>: COMORBIDADE ENTRE O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E O TRANSTORNO BIPOLAR: REVISÃO DA LITERATURA.	
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
1. Introdução.....	13
1.1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	13
1.2. Transtorno Bipolar.....	14
1. Método.....	16
2. Resultados.....	16
3.1. Estudos sobre a comorbidade do transtorno bipolar no transtorno obsessivo-compulsivo	
3.1.1. Epidemiologia.....	16
3.1.2. Características clínicas.....	17
3.1.3. Outras comorbidades.....	18
3.1.4. Tratamentos.....	18
3.2. Estudos sobre a comorbidade do transtorno obsessivo-compulsivo no transtorno bipolar	
3.2.1. Epidemiologia.....	25
3.2.2. Características clínicas.....	25
3.2.3. Outras comorbidades.....	26
3.2.4. Tratamentos.....	27
3. Discussão.....	34
4. Conclusão.....	35
5. Referências.....	36
1. <u>ARTIGO 2</u>: COMORBIDADE DO TRANSTORNO BIPOLAR EM PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS.	
RESUMO.....	43
ABSTRACT.....	44
1. Introdução.....	45
1.1. Objetivos.....	47

1.2. Hipóteses.....	48
1. Método.....	49
2.1. Sujeitos.....	49
2.2. Instrumentos de Avaliação.....	50
2.2.1. Escala de Yale-Brown para sintomas obsessivo-compulsivos (YBOCS).....	50
2.2.2. Escala Dimensional para sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS).....	50
2.2.3. Questionário de História Natural do TOC	50
2.2.4. Entrevista Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I).....	51
2.2.5. Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	51
2.2.6. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	51
2.2.7. Escala de Fenômenos Sensoriais USP-SPS.....	51
2.2.8. Escala de Avaliação de Crenças de Brown (<i>BABS</i>).....	52
2.3. Análise de Dados.....	52
2. Resultados.....	53
3. Discussão.....	54
4. Conclusão.....	57
5. Referências.....	58
1. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
2. ANEXO.....	68
5.1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	69
5.2. Apostila C-TOC	74

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1.

Síntese dos estudos com amostras de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno bipolar comórbido (TOC+TB)..... 20

Tabela 2.

Síntese dos estudos com amostras de pacientes com transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo comórbido (TB+TOC)..... 29

ARTIGO 2

Tabela 1.

Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo com (TOC+TB) e sem transtorno bipolar comórbido (TOC-TB) 64

Tabela 2.

Transtornos psiquiátricos em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo com (TOC+TB) e sem transtorno bipolar comórbido (TOC-TB) 65

Tabela 3.

Variáveis que se mantiveram associadas à comorbidade do transtorno bipolar (TOC+TB) na regressão logística 66

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O termo ‘comorbidade psiquiátrica’ se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais no mesmo indivíduo, sendo mais a regra do que a exceção de acordo com as classificações e critérios diagnósticos vigentes.

Tanto o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) quanto o transtorno bipolar (TB) apresentam curso crônico e podem causar grande sofrimento e impacto negativo em diversos domínios da vida dos portadores. Entretanto, são relativamente escassos na literatura estudos sobre a comorbidade entre o TOC e o TB, particularmente na América Latina. No Brasil, apenas dois estudos investigaram a comorbidade do TOC em amostras de pacientes com TB como a doença-índice.

Como o TB não está entre as comorbidades mais frequentes no TOC, somente grandes amostras clínicas ou populacionais permitem investigar o impacto desta comorbidade específica na apresentação e evolução clínica do TOC. O Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC) possibilitou a construção de um grande banco de dados a partir da realização de uma avaliação clínica extensa e padronizada de uma grande amostra de pacientes com TOC provenientes de sete centros universitários especializados no tratamento desse transtorno, de várias regiões do país.

A comorbidade do TB no TOC implica em maior gravidade clínica e num grande desafio no manejo terapêutico destes pacientes, tanto em relação ao tratamento farmacológico quanto psicoterápico. Assim, conhecer melhor as características deste subgrupo de pacientes podem favorecer, no futuro, um diagnóstico e um acompanhamento mais adequados.

A presente dissertação de mestrado será apresentada na forma de dois artigos, sendo o primeiro um artigo de revisão convencional da literatura sobre o tema da pesquisa (tanto de estudos sobre a comorbidade do TOC em amostras de pacientes com TB, quanto da comorbidade do TB em amostras de pacientes com TOC) e o segundo, um artigo original que estimou a prevalência e investigou os fatores associados à comorbidade do TB na amostra de pacientes adultos do banco de dados do C-TOC.

2. ARTIGO 1

RESUMO

Introdução: O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é o quarto transtorno psiquiátrico mais comum no mundo, caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, e por grande diversidade fenomenológica. Até recentemente classificado como um transtorno de ansiedade, o TOC em geral apresenta curso crônico e flutuante, e diversos transtornos comórbidos, principalmente o transtorno depressivo maior. O transtorno bipolar (TB) é uma doença crônica de curso episódico e altos índices de suicídio. Apresenta também com frequência comorbidades psiquiátricas, incluindo os transtornos de ansiedade e o TOC. Alguns estudos examinaram o impacto do TB no curso clínico e no tratamento do TOC, bem como o efeito do TOC em pacientes primariamente diagnosticados com TB. O objetivo deste estudo foi revisar os artigos da literatura acerca da prevalência desta comorbidade e dos fatores associados, para dar subsídios à prática clínica e identificar eventuais lacunas para pesquisa. **Método:** Foi feita uma revisão convencional da literatura sobre a comorbidade entre TOC e TB nas bases de dados Pubmed, Scopus, Embase, Web of Science e Lilacs, usando as palavras-chave: “*obsessive-compulsive disorder*”, “*bipolar disorder*”, “*comorbidity*”, “*co-morbidity*” e “*anxiety disorders*”. Foram incluídos estudos clínicos e comunitários que abordaram a comorbidade de TB em pacientes com TOC (TOC+TB) e de TOC em pacientes com TB (TB+TOC). **Resultados:** Foram encontrados 19 estudos sobre TOC+TB e 17 estudos sobre TB+TOC. No grupo TOC+TB, a prevalência de TB variou entre 4,0% e 16% dos casos de TOC, enquanto no grupo TB+TOC a prevalência de TOC variou de 7,6% a 39,0% dos casos de TB. Enquanto há dois estudos brasileiros sobre TB+TOC, não foi encontrado nenhum estudo latino-americano que avaliou TOC+TB. Independentemente de qual transtorno seja diagnosticado primariamente, essa comorbidade é complexa e apresenta vários marcadores de maior gravidade clínica e incapacitação, como índices elevados de comportamento suicida, maior frequência de outras comorbidades psiquiátricas, mais internações psiquiátricas, mais episódios depressivos e mistos, mais impulsividade e pior resposta ao tratamento farmacológico. **Conclusão:** A comorbidade destes dois transtornos não é rara e, se não identificada, pode afetar negativamente tais pacientes, pois o tratamento de apenas um deles pode agravar o quadro clínico e a evolução de ambos os transtornos. Portanto, conhecer as características clínicas que se associam a esta comorbidade é de extrema importância na prática clínica, para a identificação e adequado manejo terapêutico desses casos.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno bipolar, comorbidade.

ABSTRACT

Introduction: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is the fourth most common psychiatric disorder in the world, characterized by the presence of obsessions and/or compulsions and by great phenomenological diversity. Until recently classified as an anxiety disorder, it usually presents a chronic fluctuating course, and several comorbid disorders, mainly major depressive disorder. Bipolar disorder (BD) is a chronic disease with episodic course and high rates of suicide, which also frequently presents psychiatric comorbidities, including anxiety disorders and OCD. Some studies have examined the impact of BD on the clinical course and treatment of OCD, as well as the impact of OCD comorbidity on patients primarily diagnosed with BD. The objective of this study was to review the literature on the prevalence of this comorbidity and associated factors, to guide clinical practice and to identify possible gaps for research. **Method:** A conventional literature review on the comorbidity between OCD and BD was conducted in the Pubmed, Scopus, Embase, Web of Science and Lilacs databases, using the keywords: "obsessive-compulsive disorder", "bipolar disorder", "comorbidity", "comorbidity" and "anxiety disorders". Clinical and community-based studies that addressed the comorbidity of BD in patients with OCD (OCD+BD) and of OCD in patients with BD (BD+OCD) were included. **Results:** Nineteen studies on OCD+BD and 17 studies on BD+OCD were found. In the OCD+BD group the prevalence of BD ranged from 4.0% to 16% of OCD cases, whereas in the BD+OCD group the prevalence of OCD ranged from 7.6% to 39.0% of BD cases. While there are two Brazilian studies on BD+OCD, no Latin American study was found that evaluated OCD+BD patients. Regardless of which disorder is diagnosed primarily, this comorbidity is complex and presents several markers of greater clinical severity and incapacitation, such as high rates of suicidal behavior, higher frequency of other psychiatric comorbidities, more psychiatric hospitalizations, more depressive and mixed episodes, more impulsivity, and worse response to pharmacological treatment. **Conclusion:** The comorbidity of these two disorders is not uncommon and, if not identified, can negatively impact these patients, since the treatment of only one of them can aggravate the clinical picture and the course of both. Therefore, knowing the clinical characteristics that are associated with this comorbidity is extremely important in clinical practice, for the identification and appropriate therapeutic management of these cases.

Key-words: obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder, comorbidity

1. INTRODUÇÃO

1.1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes e persistentes que são vivenciados como indesejados e intrusivos, causando acentuada ansiedade ou sofrimento. Já as compulsões são comportamentos repetitivos observáveis (por ex. lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por ex. rezar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras rígidas (DSM-5, APA 2013).

O TOC apresenta, em geral, curso crônico e flutuante, e grande diversidade fenomenológica (Shavitt et al., 2014). Em função disso, diversos estudos de análise fatorial dos sintomas têm apontado para a existência de quatro ou cinco dimensões sintomatológicas principais no TOC que englobam obsessões e compulsões de conteúdo relacionado: dimensão agressiva, dimensão sexual-religiosa (estas duas por vezes agrupadas em uma única dimensão de pensamentos ‘proibidos’ ou pensamentos ‘tabu’), dimensão de simetria e ordenação (que engloba também rituais de repetição e contagem), dimensão de contaminação e limpeza, e dimensão de acumulação (Denys et al., 2004; Bloch et al., 2008; Leckman et al., 2009).

O TOC era classificado pela Associação Psiquiátrica Americana até o DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Texto Revisado, APA 2000) como um transtorno de ansiedade, porém foi retirado desta categoria no DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., APA 2013) e agrupado numa nova categoria denominada “Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados” em conjunto com transtorno dismórfico corporal, transtorno de acumulação, tricotilomania e transtorno de escoriação (*skin-picking*). Não há consenso entre os pesquisadores em relação a esta nova classificação, já que a ansiedade exerce um papel de extrema importância no TOC. Na *International Classification of Diseases 11st edition (ICD-11)*, publicada recentemente pela Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization – WHO*, 2018), o TOC também é classificado separadamente dos transtornos ansiosos.

Atualmente, o TOC é considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum no mundo, com uma prevalência ao longo da vida de aproximadamente 2% na população geral (Torres e Lima, 2005; Fontenelle et al., 2007; Ruscio et al., 2010), apresentando características clínicas semelhantes nos diversos países estudados. Esse transtorno causa um impacto negativo considerável na qualidade de vida de seus portadores, afetando

principalmente os relacionamentos familiares, sociais e o desempenho ocupacional; tal impacto se reflete em mais desemprego, menor renda e menor índice de união conjugal estável (Niederauer et al., 2007; Macy et al., 2013; Coluccia et al., 2016).

A maioria dos portadores de TOC apresenta uma ou mais comorbidades psiquiátricas. Em 1970, o epidemiologista Alvan Feinstein definiu comorbidade como "qualquer entidade clínica adicional que tivesse existido ou que pudesse ocorrer durante o curso clínico de um paciente que tivesse a doença índice em estudo". O termo comorbidade aplicado à psiquiatria se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e/ou com outras condições médicas gerais (Júnior e Cordás, 2002; Tonna et al., 2016).

Estudos populacionais (Torres et al., 2006; Ruscio et al., 2010) e clínicos (Fireman et al., 2001; Tükel et al., 2002; LaSalle et al., 2004; Quarantini et al., 2011; de Mathis et al., 2013; Torres et al., 2013) descrevem prevalência entre 60% e 90% de pelo menos um outro transtorno psiquiátrico, sendo o mais comum o transtorno depressivo maior (entre 32% e 67% dos casos), seguido pelos transtornos de ansiedade (fobia social, fobia simples, agorafobia, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada), transtornos de controle de impulsos e transtornos por uso de substância. Apesar de não estar entre as comorbidades mais comuns, o transtorno bipolar (TB) pode impactar negativamente a evolução clínica do TOC, como será discutido a seguir.

1.2. Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar (TB), também denominado transtorno afetivo bipolar, é dividido em tipos I e II pelo DSM-5 (APA, 2013). Os critérios para TB tipo I representam a compreensão moderna da psicose maníaco-depressiva descrita por Emil Kraepelin no final do século XIX. Diferem da descrição clássica pela não obrigatoriedade da presença de psicose e de episódios depressivos ao longo da vida. O episódio maníaco é caracterizado como um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento persistente da atividade ou da energia, com duração de pelo menos uma semana e presente na maior parte do dia quase todos os dias (APA, 2013). Já o TB tipo II caracteriza-se por um curso clínico de episódios de humor recorrentes, consistindo em um ou mais episódios depressivos maiores, com duração de pelo menos duas semanas, e pelo menos um episódio hipomaníaco, caracterizado por sintomas menos intensos do que os observados num episódio de mania com duração mínima de quatro dias consecutivos. Os episódios depressivos ou as oscilações hipomaníacas devem causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no

funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2013).

Grandes levantamentos epidemiológicos apontaram para uma prevalência do TB tipo I e do TB tipo II ao longo da vida de 1% (Merikangas, 2007), mas estudos clínicos e populacionais que consideraram o conceito de espectro bipolar evidenciaram prevalência de 3 a 10,9% (Angst et al., 2003). Tal conceito inclui, além das formas clássicas do TB, as formas mais leves (hipomanias mais brandas e curtas), sintomas subclínicos, características temperamentais e história familiar de transtorno afetivo.

O TB é uma doença crônica, neuroprogressiva, considerada a quarta principal causa de anos de vida ajustados por incapacidade no mundo. Vários fatores de risco cardiovascular são mais prevalentes em portadores de TB, devido a padrões comportamentais e genéticos, como: dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes, tabagismo, síndrome metabólica e sedentarismo. Nos EUA, os indivíduos com TB têm um risco cinco vezes maior de apresentar doença cardiovascular e manifestam 14 anos mais cedo que os adultos sem transtornos de humor (Wageck et al., 2018). É um transtorno episódico com altos índices de suicídio, que provoca impacto significativo na vida dos portadores e familiares, e elevados gastos financeiros com saúde, incluindo internações psiquiátricas (Merikangas et al., 2007; Vazquez et al., 2014).

Mais da metade dos pacientes com TB apresenta alguma comorbidade psiquiátrica (Tonna, 2015). McElroy et al. (2001) estudaram 288 portadores de TB e observaram que 65% deles apresentaram pelo menos uma comorbidade psiquiátrica ao longo da vida, sendo os transtornos de ansiedade (transtorno de pânico com agorafobia, fobia social, fobia simples) e os transtornos por uso de substâncias os mais frequentes, ambos com 42% de prevalência. Neste estudo, o TOC foi incluído como um transtorno de ansiedade e teve uma prevalência de 9%. Não houve diferença na frequência das comorbidades entre os pacientes com TB tipos I e II, porém a coexistência de outro transtorno psiquiátrico se associou ao início mais precoce dos sintomas afetivos, a episódios mais graves e pior curso da doença.

Há poucos estudos controlados que examinaram o impacto da comorbidade do TB no curso e tratamento do TOC, bem como o efeito do TOC em pacientes primariamente diagnosticados com TB. O manejo destes pacientes que apresentam os dois transtornos (TB e TOC) é um grande desafio farmacológico e clínico, pois o uso exclusivo de antidepressivos serotoninérgicos, usados regularmente no tratamento do TOC, pode levar a um maior número de episódios de hipomania, mania e episódios mistos (Cederlöf et al., 2014; Kazhungil e Mohandas, 2016). Portanto, o objetivo deste estudo foi revisar os artigos da literatura acerca

da prevalência desta comorbidade e dos fatores associados para delimitar o conhecimento atual acerca desta comorbidade, para dar subsídios à prática clínica e identificar eventuais lacunas para pesquisa.

2. MÉTODO

Foi realizada uma revisão extensa da literatura sobre a comorbidade entre TOC e TB, de 1995 a 2018, nas bases de dados Pubmed, Scopus, Embase, Web of Science e Lilacs. O levantamento dos estudos foi feito usando as palavras-chave: “*obsessive-compulsive disorder*”, “*bipolar disorder*”, “*comorbidity*”, “*co-morbidity*” e “*anxiety disorders*”. Foram incluídos estudos de base populacional e estudos clínicos que abordavam aspectos epidemiológicos, etiológicos, características clínicas, comorbidades e tratamento de pacientes portadores da comorbidade TOC e TB. Inicialmente foram revisados os artigos que estudaram a co-ocorrência de TB em amostras de pacientes com TOC (TOC+TB) e, posteriormente, os artigos sobre a coexistência de TOC em amostras de pacientes portadores de TB tipos I e II (TB+TOC).

3. RESULTADOS

3.1. Estudos sobre a comorbidade do transtorno bipolar no transtorno obsessivo-compulsivo.

3.1.1. Epidemiologia

Estudos de base populacional e estudos com amostras clínicas de pacientes adultos demonstraram que a prevalência ao longo da vida do transtorno bipolar (TB) no TOC está entre 4 e 16% (Perugi et al., 1997; Fireman et al., 2001; Hantouche et al., 2003; LaSalle et al., 2004; Timpano et al., 2011; Darby et al., 2011; Cederlöf et al., 2014; Saraf et al., 2017). Em crianças e adolescentes a prevalência do TB em portadores de TOC está entre 15 e 36% (Masi et al., 2007; Joshi et al., 2010). Não foram encontradas diferenças sociodemográficas significativas nos pacientes com TOC com e sem TB nos estudos revisados.

Um estudo longitudinal conduzido na Suécia de 1969 a 2009 com 19.814 indivíduos com TOC demonstrou que portadores deste diagnóstico primário têm um risco aumentado de desenvolver qualquer outro transtorno psiquiátrico, sendo que o risco para desenvolver o TB é 12 vezes mais elevado do que em pessoas sem TOC. Foram também estudados os parentes

destes indivíduos e verificou-se que o risco se mantém alto nos parentes de primeiro, segundo e terceiro graus, porém numa magnitude gradativamente menor (Cederlöf et al., 2015).

3.1.2. Características clínicas

Em vários estudos, com adultos, observou-se que pacientes com TOC+TB apresentam mais frequentemente curso episódico da doença, ou seja, remissão total dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) por pelo menos seis meses (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Tükel et al., 2005; Zutshi et al., 2007; Mahasuar et al., 2011; Ozdemiroglu et al., 2015; Saraf et al., 2017), diferentemente da evolução mais comum do TOC, que é crônica flutuante, ou seja, contínua sem períodos de remissão total (Mahasuar et al., 2011).

Nesses pacientes, os SOC foram descritos como mais graves (Timpano et al., 2011; Mahasuar et al., 2011), com início mais insidioso (Perugi et al., 1997), com maior frequência das dimensões sexual-religiosa, agressiva e de acumulação (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Maina et al., 2007; Shabani e Alizadeh, 2008), e demais compulsões diversas ou ‘miscelânea’ (Shabani e Alizadeh, 2008; Mahasuar et al., 2011). Nos estudos com crianças e adolescentes, os portadores de TOC e TB comórbido apresentaram início mais precoce do TOC, mais sintomas de acumulação, e obsessões e compulsões diversas (Masi et al., 2004, 2007, 2018; Joshi et al., 2010).

Os pacientes TOC+TB apresentaram maior número de episódios depressivos ao longo da vida (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Mahasuar et al., 2011; Saraf et al., 2017) e maior incapacitação, indicada por maior taxa de desemprego (Zutshi et al., 2007; Timpano et al., 2011). Além disso, esse subgrupo apresentou maior número de hospitalizações psiquiátricas e de tentativas de suicídio ao longo da vida (Hantouche et al., 2003; Zutshi et al., 2007; Timpano et al., 2011; Mahasuar et al., 2011; Ozdemiroglu et al., 2015; Saraf et al., 2017), mais impulsividade (Hantouche et al., 2003; Ozdemiroglu et al., 2015), e mais comorbidades psiquiátricas em geral (Hantouche et al., 2003; Timpano et al., 2011; Mahasuar et al., 2011). Tais características clínicas indicam impacto negativo relevante do TB na evolução clínica do TOC. Esses pacientes também apresentaram mais história familiar de transtornos psiquiátricos em geral, incluindo transtornos de humor (Hantouche et al., 2003; Zutshi et al., 2007). As crianças e os adolescentes com TOC e TB comórbido apresentaram um quadro clínico mais grave, de forma semelhante aos adultos, caracterizado por prejuízo significativo da funcionalidade, mais internações e comorbidades psiquiátricas, mais uso de

antipsicóticos de segunda geração e pior resposta ao tratamento (Masi et al., 2004, 2007, 2018; Joshi et al., 2010).

3.1.3. Outras comorbidades

Algumas comorbidades específicas como os transtornos por uso de álcool e drogas (Perugi et al., 1997, 2002; Angst et al., 2005; Maina et al., 2007, Timpano et al., 2011, Fineberg et al., 2013), transtorno de pânico com agorafobia (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Timpano et al., 2011), fobia social, transtorno de ansiedade generalizada (Zutshi et al., 2007) e transtornos de controle de impulso (Hantouche et al., 2003) foram mais comuns em pacientes com TOC que apresentavam TB comórbido. Outras comorbidades como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos alimentares e transtornos de personalidade narcisista e antissocial também se mostraram mais frequentes nesse subgrupo, se comparado àqueles indivíduos com TOC sem TB comórbido (Hantouche et al., 2003; Maina et al., 2007; Timpano et al., 2011). Já nas crianças e nos adolescentes, as comorbidades que estiveram mais presentes foram TDAH, transtorno de oposição desafiante, transtorno de conduta e transtornos de ansiedade, principalmente fobia social.

3.1.4. Tratamentos

Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) constituem a primeira linha de tratamento para o TOC, porém os pacientes TOC+TB apresentam resposta menos favorável a estes antidepressivos e elevados índices de “virada” de humor (hipomanias e episódios mistos), inclusive com comportamento agressivo (Perugi et al., 2002; Hantouche et al., 2003).

A combinação de múltiplos estabilizadores de humor (carbonato de lítio mais anticonvulsivantes) foi necessária em 42% dos pacientes TOC+TB e a combinação de estabilizadores de humor com antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina e risperidona) em 10,5% dos casos (Perugi et al., 2002).

Amerio (2014) sugere na revisão sobre o tratamento de pacientes com TOC+TB que alguns pacientes podem se beneficiar mais com a psicoterapia associada aos estabilizadores de humor do que com o uso de ISRS, os quais deveriam ser reservados aos pacientes com TOC refratário.

De acordo com Keck et al. (2006) os antipsicóticos atípicos como risperidona, olanzapina e quetiapina foram eficazes no tratamento adjuvante do TOC refratário aos ISRS, comórbido ao TB.

Num estudo recente, realizado com 429 crianças e adolescentes na Itália, foram comparados pacientes com TOC “puro”, com TB “puro” e pacientes com ambos os diagnósticos (TOC e TB). No grupo comórbido foi necessário o uso mais frequente de antipsicóticos de segunda geração devido à menor resposta ao tratamento de primeira escolha que era o uso de estabilizadores de humor (valproato de sódio e/ou carbonato de lítio), demonstrando a necessidade de uma estratégia mais agressiva de tratamento nestes casos (Masi et al., 2018).

A Tabela 1 resume os principais estudos com amostras de pacientes com TOC e TB comórbido. Alguns deles avaliaram a prevalência ou incidência do TB e compararam o grupo comórbido com o grupo sem a comorbidade e descreveram as variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares que se associaram positivamente ao desfecho. Outros estudos não tiveram como objetivo encontrar a prevalência ou incidência, mas apenas comparar os grupos com e sem a comorbidade, portanto nestes estudos a coluna da prevalência ou incidência estará em branco.

TABELA 1. Síntese dos estudos com amostras de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno bipolar comórbido (TOC+TB).

ORIGEM (autor, ano, país)	ESTUDO (desenho, n, sexo, idade)	Crítérios diagnósticos e instrumentos de avaliação	PREVALÊNCIA OU INCIDÊNCIA	VARIÁVEIS ASSOCIADAS À COMORBIDADE TOC+TB
ESTUDOS CLÍNICOS				
Perugi et al., 1997, Itália	Transversal - N= 345 pacientes com TOC - SM: 155 (45%), SF: 190 (55%) - Idade: ≥ 18 anos	DSM-III-R, <i>OCD</i> <i>Questionnaire</i>	TB: 15,7% TB I: 2,1% TB II: 13,6%	- Maior número de episódios depressivos ao longo da vida; - Início gradual e curso episódico do TOC; - Mais comorbidade com transtorno de pânico com agorafobia e abuso de várias substâncias; - Obsessões sexuais e religiosas mais prevalentes; - Menos sintomas compulsivos.
Fireman et al., 2001, EUA	Transversal - N= 1078 pacientes com TOC - SM: 434 (40%), SF: 644 (60%) - Idade: > 6 anos	DSM-IV, Y-BOCS	TB: 6%	ESTUDO APENAS DE PREVALÊNCIA.
Hantouche et al., 2003, França	Transversal - N= 628 (574 pacientes divididos em 2 grupos: 302 pacientes com TOC + temperamento ciclotímico e 272 apenas TOC)	DSM-IV, <i>Angst's checklist of hypomania, cyclothymic temperament questionnaire</i>	TB: 11% TB I: 3% TB II: 8%	- Os pacientes com “TOC ciclotímico” tiveram altas taxas de tentativas de suicídio e internações psiquiátricas; - Mais sintomas de alerta (dificuldades escolares, problemas de conduta, agitação, queixas somáticas, irritabilidade, distúrbios do sono, pensamentos bizarros, alucinações, ilusões, crises de pânico e fobias) antes dos 15 anos de idade; - Curso episódico; - Mais sintomas das dimensões de agressão, sexual-religiosa e acumulação; - Mais comorbidade com transtorno de pânico, fobias, transtorno de controle de impulsos e transtornos alimentares; - Mais história familiar de doença psiquiátrica em geral e tentativas de suicídio; - Maior prevalência de depressão.

LaSalle et al., 2004, EUA	Transversal - N= 334 pacientes com TOC - SM: 42%; SF: 58% - Idade: ≥ 18 anos	SCID I, DSM-III-R, DSM IV-TR, Y-BOCS	TB: 12% TB I: 8% TB II: 4%	ESTUDO APENAS DE PREVALÊNCIA DAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NO TOC.
Masi et al., 2004, Itália	Longitudinal (média de seguimento: 17 meses) - N= 102 pacientes, sendo TB: 36,3%, TOC: 34,3%, TOC+TB: 29,4% - SM: 65 (64%), SF: 37 (36%) - Idade: entre 7 e 18 anos	DSM-IV, DICA-R, Y-BOCS, CGI		- Nos pacientes TOC+TB, o TOC teve início mais precoce; - O grupo TOC+TB: mais comorbidade com transtorno de conduta e mais TDAH do que o grupo apenas com TOC; - Pacientes apenas com TOC: mais comorbidade com TAG; - O escore de severidade global foi mais alto nos pacientes TOC+TB do que no subgrupo apenas TOC durante todo o seguimento; - Pacientes TOC+TB: mais obsessões diversas.
Tükel et al., 2006, Turquia	Transversal - N= 117 (49 pacientes apenas TOC, 26 TOC e TB, 42 TOC com transtorno depressivo maior - Idade: ≥ 18 anos	SCID-CV, DSM-IV, Y-BOCS, SDS HDRS, HARS, BDI, STAI		Devido ao pequeno número de pacientes com TOC+TB, esses pacientes foram agrupados aos pacientes com TB+TOC formando o grupo TOC e TB, esses apresentaram: - Mais sintomas da dimensão de simetria; - Curso episódico do TOC; - Mais comorbidade com fobia social.
Zutshi et al., 2007, Índia	Transversal - N= 106 (28 TOC+TAB; 78 apenas TOC) - SM: 66 (62%), SF: 40 (38%) - Idade: ≥ 18 anos	SCID-CV, DSM-IV, Y-BOCS		- Menor escolaridade, maiores taxas de desemprego; - Curso episódico do TOC; - O início do TOC precedeu o do TB em 54% dos indivíduos, nos outros o TOC começou durante o curso do TB; - Mais hospitalizações; - Mais história familiar de transtornos de humor; - Menor número de obsessões e compulsões; - Mais comorbidade com fobia social e TAG.
Masi et al., 2007, Itália	Naturalístico retrospectivo - N= 120 pacientes com TOC - SM: 84 (70%), SF: 36 (30%) - Idade: entre 7 e 18 anos	DSM-IV, DICA-R, K-SADS-PL, Y-BOCS, CGI, C-GAS	TB: 35,8%, destes: TB I: 32,5% TB II: 46,5% TB não especificado: 20,9%	- Início mais precoce do TOC; - Maior impacto na severidade e funcionalidade; - Obsessões e compulsões de acumulação mais frequentes; - Mais hospitalizações psiquiátricas; - Mais comorbidade com TDAH e TOD; - Resposta mais pobre aos tratamentos.

Maina et al., 2007, Itália	Transversal - N= 204 pacientes com TOC - SM: 102 (50%), SF: 102 (50%) - Idade: ≥ 18 anos	SCID I e II, DSM IV, Y-BOCS	TB: 10,3% TB I: 2% TB II: 8,3%	- Mais prevalente no sexo masculino; - Mais obsessões sexuais e de acumulação, mais compulsões de repetição; - Mais comorbidade com transtorno por uso de substâncias e transtornos de personalidade narcisista e antissocial; Observação: O início do TOC precedeu o primeiro episódio de humor em 8 pacientes (38,1%), foi concomitante em 11 pacientes (52,4%) e seguiu o primeiro episódio de humor em 2 pacientes (9,5%).
Shabani et al., 2008, Irã	Transversal - N= 78 (39 TOC+TB, 39 apenas TOC) - SM: 15 (19%), SF: 63 (81%) - Idade: ≥ 18 anos	SCID-I, DSM-IV, Y-BOCS		- Mais solteiros; - Mais compulsões diversas (miscelânea); - Obsessões de agressão e sexuais- religiosas mais prevalentes; - Dimensão de contaminação-limpeza menos prevalente.
Joshi et al., 2010, EUA	Transversal - N= 82 com TB e 125 com TOC divididos em 4 grupos: TB sem TOC: 65; TOC sem TB: 106; TB+TOC: 17; TOC+TB: 19 - Idade: entre 6 a 17 anos	DSM-III-R, K-SADS-E, CY-BOCS, GAFS	TB no TOC: 15%	- Subgrupo TOC+TB : mais SOC de acumulação; - Subgrupos TB, TB+TOC, TOC+TB : mais comorbidade com TOD, transtorno depressivo maior e transtornos psicóticos; Índices menores de funcionalidade atual e ao longo da vida; Mais hospitalizações psiquiátricas; - Subgrupos TOC+TB e TB+TOC : comorbidade com múltiplos transtornos de ansiedade (igual ou maior que 3); - TB+TOC : mais comorbidade com TAG do que nos pacientes apenas TB; - TOC+TB : mais comorbidade com fobia social do que nos pacientes apenas TOC.
Timpano et al., 2011, EUA	Transversal - N= 605 - SM: 242 (40%), SF: 363 (60%) - Idade: ≥ 18 anos	SCID-P, DSM-IV, Y-BOCS, GAFS	TB: 13% TB I: 8,4% TB II: 4,6%	- Menor renda e mais desemprego; - Maior número de obsessões e compulsões – e maior gravidade dos SOC (maior pontuação na Y-BOCS); - Maior número de hospitalizações psiquiátricas; - Maior número de transtornos comórbidos em geral; - Mais comorbidade com transtorno de pânico, agorafobia, TEPT, transtornos alimentares, transtornos por uso de álcool e outras substâncias.

Mahasuar et al., 2011, Índia	Transversal - N= 91 (34 TOC+TB, 57 apenas TOC) - SF: 25 (28%), SM: 66 (72%) - Idade: ≥ 18 anos	SCID-I e II, DSM-IV, Y-BOCS, CGI-S, HDRS, SSI, FIGS, GAFS		- Curso episódico do TOC; - Pior crítica em relação aos SOC; - Mais episódios de depressão; - Mais lentidão patológica, comportamentos de busca de segurança e compulsões diversas; - compulsões mais graves; - Mais suicidalidade; - Mais hospitalizações psiquiátricas.
Darby et al., 2011, Inglaterra	Caso-controle - N: 58 pacientes com TOC	CID-10	TB: 16%, destes: TB I: 11% TB II: 67% TB não especificado:22%	-Maior número de consultas ambulatoriais; -Mais internações psiquiátricas; -Mais suporte psicológico foi necessário.
Ozdemiroglu et al., 2015, Turquia	Transversal - N= 93 (32 pacientes TOC+TB, 61 apenas TOC) - SM: 39 (42%), SF: 54 (58%) - Idade: ≥18 anos	SCID I, DSM-IV, Y-BOCS		- Curso episódico do TOC; - Mais tentativas de suicídio; - Mais ciclagem rápida; - Mais impulsividade; - Mais hospitalizações psiquiátricas.
Saraf et al., 2017, Índia	Transversal - N= 171 - SM: 114 (67%), SF: 57 (33%) - Idade: ≥16 anos	DSM-IV, Y-BOCS, MINI bipolar, CGI-S, GAF	TB: 4%	- Curso episódico do TOC; - Mais episódios de depressão; - Piora dos SOC durante as fases de depressão; - Mais tentativas de suicídio.
Masi et al., 2018, Itália	Longitudinal (média de seguimento: 6 meses) - N: 429 (172 apenas TB, 169 apenas TOC, 88 TB+TOC/TOC+TB) - SM: 277 (66,7%), SF: 152 (33,3%) - Idade: entre 7 e 18 anos	SCID I, DSM-IV, DSM-VI-TR, DSM-5, Y-BOCS, K-SADS-PL, CGI, C-GAS		- O grupo comórbido apresentou mais pacientes com TB tipo II, mais sintomas de acumulação, foram tratados com mais frequência com psicoterapia e antipsicóticos de segunda geração, e tiveram pior resposta ao tratamento; - O TDAH e o transtorno de conduta foram mais prevalentes nos pacientes com apenas TB e depois nos pacientes comórbidos respectivamente (38,4% x 25%; 20,9% x 18,2%).

ESTUDOS POPULACIONAIS				
Fineberg et al., 2013, Suíça	Coorte Longitudinal (30 anos de seguimento) - N= 591 (30 indivíduos com TOC, 74 com SOC) - SM: 292 (49,4%), SF: 299 (50,6%) - Idade: > 18 anos	DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, SCL-90-R	TB: 40% nos indivíduos com TOC, 21,6% nos indivíduos com SOC. (incidência)	Os autores compararam o impacto de cada transtorno psiquiátrico (Eixo I) comórbido nos indivíduos com TOC e com SOC e encontraram: - Indivíduos com TOC/SOC e TB foram mais deixados pelos parceiros, apresentaram mais transtornos por uso de substância ao longo da vida e mais comportamento suicida.
Cederlöf et al., 2014, Suécia	Coorte Longitudinal (40 anos de seguimento) - N= 19.700 - SM: 43%, SF: 57%	CID-10	TB: 4,82% (incidência)	ESTUDO NÃO AVALIOU FATORES DE RISCO.

TOC: transtorno obsessivo-compulsivo; OCD: *obsessive-compulsive disorder*; SOC: sintomas obsessivo-compulsivos; TB: transtorno bipolar; TEPT: transtorno de estresse pós-traumático; TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; TOD: transtorno de oposição desafiante; DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; SCID: *Structured Clinical Interview for DSM*; SCID-P: *Structured Clinical Interview for DSM – Patient Version*; STAI: *State Trait Anxiety Inventory*; SDS: *Sheehan Disability Scale*; Y-BOCS: *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*; CY-BOCS: *Children’s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*; DICA-R: *Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised*; K-SADS-E: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version*; K-SADS-PL: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version*; C-GAS: *Children’s Global Assessment Scale*; BDI: *Beck Inventory Scale*; CID: Classificação Internacional de Doenças; CGI: *Clinical Global Impression-Severity*; GAFS: *Global Assessment of Functioning Scale*; HDRS: *Hamilton Depression Rating Scale*; HARS: *Hamilton Anxiety Rating Scale*; SSI: *Scale for Suicidal Ideation*; FIGS: *Family Interview for Genetics Study*; MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview*; SM: sexo masculino; SF: sexo feminino; EH: estabilizador(es) de humor.

3.2. Estudos sobre a comorbidade do transtorno obsessivo-compulsivo no transtorno bipolar

3.2.1. Epidemiologia

O TOC é uma das comorbidades psiquiátricas mais frequentes no TB (Merikangas et al., 2007; Amerio et al., 2014). O estudo de Chen e Dilsaver (1995) analisou os dados do *Epidemiological Catchment Area Study* (ECA) e encontrou que a prevalência do TOC em pacientes com TB ao longo da vida é de 21% e que portadores de TB têm 1,7 vezes mais chance de ter TOC do que os pacientes com transtorno depressivo maior. Estes números superam muito a prevalência do TOC na população geral (aproximadamente 2%) e em pacientes com esquizofrenia - 12 a 13% (Jeon, 2018). Num estudo de replicação do *National Comorbidity Survey* (NCS-R) os autores evidenciaram que o TOC ao longo da vida teve uma associação mais forte com o TB (OR= 9,0) do que com o transtorno depressivo maior (OR=3,4) (Angst et al., 2005). Em contrapartida, Krüger et al. (1995) encontraram a mesma prevalência do TOC em portadores de TB e de depressão unipolar, ambos com 35%.

A prevalência do TOC foi de 13,8% num estudo realizado na Austrália com pacientes com TB de hospitais públicos e clínicas privadas (Kim et al. 2014). Na revisão sistemática conduzida por Amerio et al. (2015) a prevalência média de TOC nos portadores de TB foi de 17%. Em outra revisão sistemática (Yapici et al.,2018), a prevalência do TOC em pacientes com TB foi de 9,7% ao longo da vida, sendo 8% no tipo I e 10% no tipo II. No estudo de Joshi et al. (2010) com 82 crianças e adolescentes portadores de TB, a prevalência de TOC foi de 21%.

3.2.2. Características clínicas

Pacientes com TB+TOC apresentaram, nos diversos estudos, mais desemprego (Shashidhara et al., 2015), escores mais baixos na Escala de Avaliação Global do Funcionamento (Kazhungil et al., 2017), mais tentativas de suicídio (Chen e Dilsaver, 1995; Magalhães et al., 2010; Issler et al., 2010; Kazhungil et al., 2017), maior número de hospitalizações psiquiátricas (Issler et al., 2010; Kim et al., 2014; Kazhungil et al., 2017), sintomas ansiosos e depressivos mais graves (Magalhães et al., 2010), mais história familiar de TOC (Koyuncu et al., 2014; Shashidhara et al., 2015; Kazhungil et al., 2017) mais comorbidades psiquiátricas em geral (Issler et al., 2010; Shashidhara et al., 2015; Jeon et al., 2018), mais sintomas residuais, mais episódios depressivos (Issler et al., 2010; Kazhungil et

al., 2017; Jeon et al., 2018), mais sintomas maníacos emergentes do tratamento (Issler et al., 2010; Jeon et al., 2018) e mais ciclagem rápida (Magalhães et al., 2010).

No estudo de Kim et al. (2014) os pacientes com TB+TOC apresentaram baixos índices de remissão dos sintomas depressivos e maníacos ao longo de dois anos. A ocorrência simultânea destes transtornos também se associou a um maior número de hospitalizações psiquiátricas.

3.2.3. Outras comorbidades

Estudos clínicos e comunitários têm demonstrado altas prevalências de transtornos de ansiedade entre portadores de TB (Altindag et al., 2006; Zutshi et al., 2006). No estudo de Kim et al. (2014) observou-se que 42% dos pacientes apresentavam pelo menos um dos cinco transtornos elencados na pesquisa (transtorno de pânico com e sem agorafobia, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e TOC). Numa revisão sistemática recente, Yapici et al. (2018) encontraram a prevalência de 40,5% de transtornos de ansiedade em portadores de TB ao longo da vida, sendo o transtorno de pânico o mais prevalente (18,1%), seguido pelo transtorno de ansiedade social (13,5%) e depois pelo transtorno de ansiedade generalizada (13,3%).

A coexistência de pelo menos um transtorno ansioso causa impacto negativo na evolução do transtorno de humor, com aumento da gravidade, mais incapacidade, mais comportamentos suicidas, mais hospitalizações psiquiátricas, mais sintomas psicóticos, mais episódios depressivos e mistos, menos tempo de eutimia, mais “viradas” com uso de antidepressivo, pior resposta aos estabilizadores de humor (Otto et al., 2006; Zutshi et al., 2006; Altindag et al., 2006; Simon et al., 2007; Vasquez et al., 2014) e índices elevados de impulsividade (Taylor et al., 2008). Vale ressaltar que esses estudos foram anteriores ao DSM-5, portanto o TOC estava inserido na categoria dos transtornos de ansiedade.

Pacientes com TB+TOC apresentaram mais transtorno de pânico (Chen e Dilsaver, 1995; Issler et al., 2010; Jeon et al., 2018), fobia social e fobia específica (Issler et al., 2010; Shashidhara et al., 2015), dependência de álcool (Magalhães et al., 2010), transtornos de controle de impulsos - *skin picking*, cleptomania, onicofagia, tricotilomania (Issler et al., 2010), transtornos alimentares (Issler et al., 2010; Jeon et al., 2018) e transtorno de tiques (Issler et al., 2010).

Em crianças e adolescentes portadores de TB e TOC comórbido foi observada maior prevalência de comorbidade com transtornos de ansiedade, principalmente o transtorno de ansiedade generalizada (Joshi et al., 2010).

3.2.4. Tratamentos

Há uma escassez de pesquisas controladas com placebo e estudos duplo-cegos em pacientes com TB comórbido com transtornos ansiosos e TOC. Porém, é consenso entre os autores que a prioridade no manejo desses pacientes é a introdução de estabilizador de humor ou de antipsicótico atípico e depois o tratamento dos sintomas obsessivo-compulsivos (Raja e Azzoni, 2004; Kazhungil e Mohandas, 2016).

Os antidepressivos devem ser evitados em pacientes portadores de TB, principalmente na ausência de um estabilizador de humor, pois podem desencadear viradas maníacas, ciclagem rápida e episódios mistos agravando o prognóstico do transtorno de humor (Cederlöf et al., 2014; Kazhungil e Mohandas, 2016). Pacientes com TB+TOC podem apresentar ausência de resposta ou piora dos SOC com o uso de antidepressivos serotoninérgicos, como observado na série de casos descrita por Raja e Azzoni (2004). Essas autoras também relataram quatro casos tratados com sucesso com a associação de valproato de sódio e risperidona em doses baixas.

Em pacientes com TB primário associado ao TOC geralmente são utilizados mais anticonvulsivantes como estabilizadores de humor (principalmente valproato de sódio) em detrimento do carbonato de lítio (Magalhães et al., 2010; Kim et al., 2014). Pacientes com TB+TOC que ficaram com humor estável, mas permaneceram com sintomas obsessivo-compulsivos após o uso de estabilizadores de humor foram tratados com Aripiprazol e obtiveram remissão dos SOC (Uguz, 2010; Lai et al., 2016).

Vázquez et al. (2014), em uma revisão sobre os aspectos clínicos e terapêuticos da co-ocorrência de transtornos ansiosos e TB, apontaram ineficácia da risperidona para o tratamento do transtorno de pânico e TOC associados ao TB.

Os transtornos ansiosos comórbidos ao TB podem ser eficientemente tratados com intervenções psicológicas, principalmente com terapia cognitivo-comportamental (Vázquez et al., 2014; Nabavi et al., 2015) e terapia baseada em atenção plena - *mindfulness* (Nabavi et al., 2015).

A Tabela 2 resume os principais estudos com amostras de pacientes com TB e TOC comórbido. Alguns deles avaliaram a prevalência ou incidência do TOC e compararam o grupo comórbido com o grupo sem a comorbidade e descreveram as variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares que se associaram positivamente ao desfecho. Outros estudos não tiveram como objetivo encontrar a prevalência ou incidência, mas apenas

comparar os grupos com e sem a comorbidade, portanto nestes estudos a coluna da prevalência ou incidência estará em branco.

TABELA 2: Síntese dos estudos com amostras de pacientes com transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo comórbido (TB+TOC).

ORIGEM (autor, ano, país)	ESTUDO (desenho, n, sexo, idade)	Crítérios diagnósticos e instrumentos de avaliação	PREVALÊNCIA OU INCIDÊNCIA	VARIÁVEIS ASSOCIADAS À COMORBIDADE TB+TOC
Krüger et al., 1995, Canadá	Transversal - N=149 pacientes internados; 44 pacientes com TB e 105 com depressão unipolar - SM: 60 (40%), SF: 89 (60%) - Idade: ≥ 18 anos	DSM-III, DIS	TOC nos pacientes com TB: 34%; TOC nos pacientes com depressão: 43%	- NÃO FORAM COMPARADOS OS PACIENTES APENAS TB COM OS PACIENTES TB+TOC.
Tamam et al., 2002, Turquia	Transversal - N: 70 pacientes TB I (em remissão) - SM: 29 (42%), SF: 41 (58%) - Idade ≥ 18 anos	DSM-IV, SCID, HDRS, STAI, SCL-90-R	TOC: 39%	- NENHUMA VARIÁVEL SE ASSOCIOU A ESTE DESFECHO.
Masi et al., 2004, Itália	Longitudinal - N: 102 pacientes seguidos por um período médio de 17 meses, destes: TB: 36,3%, TOC: 34,3% TOC+TB: 29,4% - SM: 65 (64%), SF: 37 (36%) - Idade: entre 7 e 18 anos	DSM-IV, DICA-R, Y-BOCS, CGI		- TB II foi mais frequente no grupo TB+TOC; - Grupo com apenas TB: mais transtorno de conduta e mais TDAH.
Otto et al., 2006, EUA	Longitudinal Prospectivo - N= 1.000 pacientes (STEP-BD): 71% TB tipo I, 24% tipo II, 4% outros - SM: 41%, SF: 59% - Idade ≥ 15 anos	ADE, MINI, DSM-IV, CMF, CGI, GAF, YMRS, Q-LES-Q, MADRS	TOC: 6,8% (Incidência)	- ESTUDO NÃO AVALIOU FATORES DE RISCO.

Altindag et al., 2006, Turquia	Transversal - N= 70 pacientes com TB I em remissão. - SM: 40 (57,1%) , SF: 30 (42,9%) - Idade: \geq 18 anos	DSM -IV, SCID-CV, HAM-D, YMRS	TOC: 12,8%	Foram comparados dois grupos: TB com transtorno de ansiedade (TB+TA) comórbido (incluindo TOC) e TB sem transtorno de ansiedade. - O grupo TB+TA apresentou mais sintomas psicóticos, mais hospitalizações psiquiátricas e mais ideação e tentativas de suicídio.
Zutshi et al., 2006, Índia	Caso-controle -N= 80 pacientes com TB I, II e não especificado (em remissão) e 50 controles - SM: 71%, SF: 29%, - Idade dos pacientes: entre 18 e 45 anos	DSM -IV, SCID-I, HAM-D, YMRS, Y-BOCS, HARS, LSAS, PDSS	TOC: 35% (ao longo da vida), 25% (atual) no grupo com TB I ou II	Foram comparados os pacientes com TB+TA (transtorno de ansiedade que incluiu os portadores de TOC) e os pacientes com TB sem transtorno de ansiedade: - Pacientes TB+TA: mais jovens, com início mais precoce do TB, mais hospitalizações psiquiátricas, mais fracasso acadêmico, mais episódios de depressão, mais episódios mistos, mais sintomas psicóticos, maior duração dos episódios, menos tempo de eutimia, mais “virada” com uso de antidepressivos, pobre resposta aos EH. - O início do TOC precedeu o início do TB em 54% dos pacientes.
Tükel et al., 2006, Turquia	Transversal - N= 117 (49 pacientes apenas TOC, 26 TOC e TB, 42 TOC com transtorno depressivo maior) - Idade: \geq 18 anos	SCID-CV, DSM-IV, Y-BOCS, SDS, HDRS, HARS, BDI, STAI		Devido ao pequeno número de pacientes com TOC+TB, esses pacientes foram agrupados aos pacientes com TB+TOC, formando o grupo TOC e TB; esses apresentaram: - Mais sintomas da dimensão de simetria; - Mais curso episódico do TOC; - Mais comorbidade com fobia social.
Magalhães et al., 2010, Brasil	Transversal - N= 259 - Idade: \geq 18 anos	SCID, HARS, YMRS, HDRS	TOC: 12,4%	- Mais frequente no sexo feminino; - Longos períodos de doença não tratada; - Mais tentativas de suicídio; mais ciclagem rápida; - Escores de sintomas depressivos e ansiosos mais elevados; - Menos sintomas de mania; - Mais dependência de álcool; - Uso mais frequente de anticonvulsivantes e antidepressivos, menos uso de lítio.
Issler et al., 2010, Brasil	Transversal - N= 30 pacientes do sexo	SCID-P, Y-BOCS,		- Mais sintomas residuais, mais episódios depressivos prévios e mais sintomas maníacos emergentes do tratamento;

	feminino com TB (25 tipo I e 5 tipo II) divididas em 2 grupos: TB+TOC (15), TB sem TOC (15) - Idade: ≥ 18 anos	YGTSS		<ul style="list-style-type: none"> - Mais hospitalizações psiquiátricas; - Mais tentativas de suicídio; - Mais comorbidades do eixo I em geral; - Mais comorbidade com transtorno de pânico, fobia social, fobia específica, TCI (<i>skin-picking</i>, cleptomania, onicofagia, tricotilomania), transtornos alimentares e transtorno de tiques.
Koyuncu et al., 2010, Turquia	Transversal - N= 214 pacientes com TB: 185 tipo I, 13 tipo II e 16 não especificado. - Foram comparados 35 pacientes TOC+TB com 35 pacientes apenas TB (não foram usados todos os pacientes da amostra); - Idade ≥ 15 anos	DSM-IV, SCID-I, Y-BOCS	TOC: 16,4%	<ul style="list-style-type: none"> - Mais história familiar de TOC no grupo TOC+TB.
Joshi et al., 2010, EUA	Transversal - N= 82 com TB e 125 com TOC divididos em 4 grupos: TB sem TOC: 65; TOC sem TB: 106; TB+TOC: 17; TOC+TB: 19 - Idade: entre 6 a 17 anos	DSM-III-R, K-SADS-E, CY-BOCS, GAFS	TOC no TB: 21%	<ul style="list-style-type: none"> - Subgrupo TOC+TB: mais SOC de acumulação; - Subgrupos TB, TB+TOC, TOC+TB: mais comorbidade com TOD, transtorno depressivo maior e transtornos psicóticos; Índices menores de funcionalidade atual e ao longo da vida; mais hospitalizações psiquiátricas. - Subgrupos TOC+TB e TB+TOC: comorbidade com múltiplos transtornos de ansiedade (igual ou maior que 3); - TB+TOC: mais comorbidade com TAG do que nos pacientes apenas TB; - TOC+TB: mais comorbidade com fobia social do que nos pacientes apenas TOC.
Kim et al., 2014, Austrália	Longitudinal Prospectivo (seguimento de 24 meses) - N=174 pacientes com TB	MINI interview, YMRS, HAMD-21	TOC: 13,8%	<ul style="list-style-type: none"> - Início mais precoce do TB; - Baixas taxas de remissão (dos sintomas maníacos e depressivos) no primeiro e segundo anos de acompanhamento; - Os scores da YMRS foram significativamente mais altos nos pacientes TB+TOC; - Mais hospitalizações; - Menos resposta ao tratamento com lítio e olanzapina.

Shashidhara et al., 2015, Índia	Transversal - N= 396 pacientes com TB I - Idade: \geq 18 anos	DSM-IV-TR, MINI-bipolar, SCID-II, FIGS, CGI, YMRS, GAF, HAMD, Y-BOCS	TOC: 7,6%	- Mais desemprego; - Curso contínuo do TOC; - Piora dos SOC na fase maníaca; - Menos sintomas psicóticos; - Mais história familiar de TOC; - Mais comorbidade com fobia social e transtorno de personalidade ansioso evitativo;
Kazhungil et al., 2017, Índia	Transversal - N= 90 pacientes com TB I (em remissão) - SM: 29 (32%), SF: 61 (68%) - Idade: entre 18 e 60 anos	DSM-IV SCID-I, GAF, YMRS, HDRS, FIGS, Y-BOCS	TOC: 22,2% SOC: 13,3% SOC/TOC: 35,5% (32 pacientes)	O grupo SOC/TOC+TB apresentou: - Escores significativamente mais baixos na Escala de Avaliação Global do Funcionamento; - Mais tentativas de suicídio; - Mais hospitalizações psiquiátricas; - Mais episódios maníacos e depressivos;
Jeon et al., 2018, Coreia	Transversal N= 314 pacientes com TB: 203 tipo I, 107 tipo II e 4 não especificado) - SM: 110 (35%), SF: 204 (65%) - Idade \geq 18 anos	DSM-IV, SCID, Y-BOCS, DIGS	TOC: 15,9%	- A idade média dos pacientes e a idade de início do TB foi mais precoce; - Mais solteiros; - A frequência de antidepressivos induzindo hipomania e mania foi três vezes mais alta no grupo TB+TOC; - Mais comorbidade com transtorno de pânico e transtorno alimentar; - SOC mais relatados nos episódios depressivos (65,4%).
Masi et al., 2018, Itália	Longitudinal (média de seguimento: 6 meses) - N: 429 (172 apenas TB, 169 apenas TOC, 88 TB+TOC/TOC+TB) - SM: 277 (66,7%), SF: 152 (33,3%) - Idade: entre 7 e 18 anos	SCID I, DSM-IV, DSM-VI-TR, DSM-5, Y-BOCS, K-SADS-PL, CGI, C-GAS		- O grupo comórbido apresentou mais pacientes com TB tipo II, mais sintomas de acumulação, foram tratados com mais frequência com psicoterapia e antipsicóticos de segunda geração, e tiveram pior resposta ao tratamento. - O TDAH e o transtorno de conduta foram mais prevalentes nos pacientes com apenas TB e depois nos pacientes comórbidos respectivamente (38,4% x 25%; 20,9% x 18,2%)
Estudo populacional				
Chen et Dilsaver, 1995, EUA	Transversal , usando dados do ECA: - N = 167 indivíduos com TB;	DSM-III	TOC em pacientes com TB: 21%	- Portadores de TB+TOC: mais pensamentos de morte, desejo de morrer e tentativas de suicídio; - Pacientes com TB tem 1,7 vezes mais chance de ter TOC do

	796 com depressão unipolar.			que os pacientes com depressão unipolar; - A prevalência da comorbidade do transtorno de pânico em pacientes com TB+TOC e em pacientes com TB sem TOC foi de 37,1% e 16,7%, respectivamente.
--	-----------------------------	--	--	---

TOC: transtorno obsessivo-compulsivo; OCD: *obsessive-compulsive disorder*; SOC: sintomas obsessivo-compulsivos; TB: transtorno bipolar; TCI: transtorno de controle de impulsos; TOD: transtorno de oposição desafiante; DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; SCID: Structured Clinical Interview for DSM; SCID-P: Structured Clinical Interview for DSM – Patient Version; STAI: *State and Trait Anxiety Inventory*; SCL-90-R: *Symptom Check List*; DICA-R: *Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised*; K-SADS-E: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version*; LSAS: *Liebowitz Social Phobia Anxiety Scale*; PDSS: *Panic Disorder Severity rating Scale*; DIS: *Diagnostic Interview Schedule*; ADE: *Affective Disorder Evaluation*; Y-BOCS: *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*; CMF: *Clinical Monitoring Form*; Q-LES-Q: *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*; MADRS: *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*; BSI: *Beck Scale for Suicide Ideation*; SBQ: *Suicide Behaviors Questionnaire*; HDRS: *Hamilton Depression Rating Scale*; HARS: *Hamilton Anxiety Rating Scale*; YMRS: *Young Mania Rating Scale*; MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview*; YGTSS: *Yale Global Tic Severity Scale*; CGI: *Clinical Global Impression-Severity*; GAF: *Global Assessment of Functioning*; STEP-BD: *Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder*; YMRS: *Young Mania Rating Scale*; FIGS: *Family Interview for Genetic Studies*; DIGS: *Diagnostic Interview for Genetic Studies*; ECA: *Epidemiologic Catchment Area*; SM: sexo masculino; SF: sexo feminino; EH: estabilizador(es) de humor; TAG: transtorno de ansiedade generalizada; TDAH: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

4. DISCUSSÃO

Embora a coexistência do TB com o TOC seja clinicamente relevante e consideravelmente prevalente, especialmente em amostras de pacientes com TB, esse tema ainda é pouco estudado em nosso país. Durante esta revisão foram encontrados 19 artigos (17 clínicos e dois de base populacional) sobre TB comórbido em amostras de pacientes com TOC, e 17 artigos (16 clínicos e um de base populacional) sobre TOC comórbido em amostras de pacientes com TB. Vale ressaltar que os estudos de Masi et al. (2004, 2018), Tükel et al. (2006) e Joshi et al. (2010) apresentam dados de amostra de portadores de TB e de TOC, portanto foram inseridos em ambas as tabelas.

No primeiro grupo (TOC+TB), a prevalência de TB variou entre 4% e 16% dos casos de TOC em amostras clínicas, sendo mais elevada (35,8%), num estudo realizado com uma amostra de 120 crianças e adolescentes (Masi et al., 2007). No segundo grupo (TB+TOC), a prevalência de TOC variou de 7,6% a 39% dos casos clínicos de TB, tendo sido superior (35% e 39%) em dois estudos (Zutshi et al., 2006; Tamam et Ozpoyraz, 2002), respectivamente. No único estudo de base populacional encontrado (Chen e Disalver, 1995) a prevalência de TOC foi de 21% dos casos de TB. Enquanto há dois estudos brasileiros de TB+TOC (Magalhães et al., 2010; Issler et al, 2010), não encontramos nenhum estudo latino-americano que avaliou TOC+TB.

Independentemente de qual transtorno seja diagnosticado primariamente, essa comorbidade é complexa e apresenta vários marcadores de maior gravidade clínica e incapacitação, como índices elevados de comportamento suicida, mais internações psiquiátricas, mais episódios depressivos e mistos, mais impulsividade, pior resposta ao tratamento farmacológico e maior frequência de outras comorbidades psiquiátricas, como transtornos de ansiedade e alimentares, por uso de substâncias e de controle de impulsos. Os achados são semelhantes nos estudos com adultos e crianças ou adolescentes.

A ausência de identificação da co-ocorrência de TOC e TB pode acarretar grandes prejuízos aos seus portadores, pois o tratamento de apenas um deles pode piorar o quadro clínico e a sua evolução, aumentando a morbimortalidade desses

indivíduos. No entanto, se não for investigado ativamente pelos profissionais de saúde mental, o TOC pode permanecer não diagnosticado em portadores de TB e vice-versa, especialmente se o TB for do tipo II. Sendo assim, conhecer as características clínicas que se associam a esta comorbidade é de extrema importância para a identificação e adequado manejo terapêutico desses casos.

O tratamento medicamentoso destes pacientes é um grande desafio na prática clínica e deve visar inicialmente a estabilização do transtorno bipolar com o uso de carbonato de lítio, valproato de sódio e/ou antipsicóticos atípicos. A abordagem mais segura dos sintomas obsessivo-compulsivos é a psicoterapia cognitivo-comportamental, devendo-se reservar os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina para os casos de não resposta, sempre em doses baixas e com bastante cautela.

Portanto, torna-se imperativo o diagnóstico da comorbidade TOC+TB para que a conduta terapêutica seja adequada e os pacientes tenham um prognóstico menos sombrio.

5. CONCLUSÃO

Os pacientes com TOC frequentemente apresentam pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, porém o TB não é a mais prevalente neste grupo. Os portadores de TB também têm como regra apresentarem outros transtornos psiquiátricos associados, sendo o TOC um dos mais prevalentes.

Independentemente de qual seja o transtorno índice a comorbidade do TOC com o TB implica numa apresentação clínica mais grave (indicada por diversas características fenomenológicas), numa pior resposta ao tratamento e num manejo terapêutico mais complexo e desafiador.

Quando pacientes com TOC procuram tratamento é importante que se investigue ativamente a presença de alterações de humor mais sutis (hipomanias mais curtas, disforia prévia com uso de antidepressivos) e história familiar de transtorno afetivo e/ou de comportamentos suicidas, pois a não identificação do TB clássico ou do espectro bipolar pode implicar em condutas terapêuticas que pioram prognóstico do transtorno de humor. Da mesma forma, em pacientes que

procuram tratamento para TB é fundamental a investigação ativa de sintomas do TOC, que não são raros nesse grupo e são frequentemente secretos, podendo não ser diagnosticados e tratados, seja com psicoterapia ou psicofármacos adequados.

São escassos na literatura estudos latino-americanos com portadores de TB+TOC (apenas dois estudos brasileiros publicados), e inexistem estudos com pacientes com TOC+TB. Portanto, pesquisas sobre este importante tema são ainda muito necessárias em nosso meio.

6. REFERÊNCIAS

Altindag A, Yanik M, Nebioglu M. The Comorbidity of Anxiety Disorders in Bipolar I Patients: Prevalence and Clinical Correlates. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2006; 43(1): 10–15.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-IV.* 4th ed., APA; 1994.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed., Texto Revisado, APA; 2000.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-5.* 5th ed., APA; 2013.

Amerio A, Odone A, Liapis CC, Ghaemi SN. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2014; 129: 343-358.

Amerio A, Odone A, Marchesi C, Ghaemi SN. Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *J Affect Disord.* 2014; 166: 258-263.

Amerio A, Stubbs B, Odone A, Tonna M, Marchesi C, Ghaemi SN. The prevalence and predictors of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015; 186: 99-109.

Angst J, Gamma A, Endrass J, Hantouche E, Goodwin R, Aidacic V, Eich D, Rössler W. Obsessive-compulsive syndromes and disorders. Significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005; 255: 65-71.

Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-Analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008; 165(12):1532-42.

Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol.* 2001; 110(4): 585-599.

Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, Boman M, Rück C, Landén M, Mataix-Cols D. Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, and Bipolarity: A Longitudinal Cohort and Multigenerational Family Study. *Schizophr Bull.* 2015; 41(5):1076-1083.

Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res.* 1995; 59: 57-64.

Colluccia A, Fagiolini A, Ferretti F, Pozza A, Costoloni G, Bolognesi S, Goracci A. Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatr.* 2016; 22:41-52.

Darby L, Agius M, Zaman R. Co-morbidity of bipolar affective disorder and obsessive-compulsive disorder in a Bedford community psychiatry team. *Psychiatr Danub.* 2011; 23(1):130-3.

De Mathis MA, Diniz JB, Hounie AG, Shavitt RG, Fossaluza V, Ferrão Y et al. Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013; 23(7), 594-601.

Denys D, de Geus F, van Megen HJGM, Westenberg HGM. Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2004; 128:273-280.

Diniz JB, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Curi M, Hounie AG, Brotto SA, Miguel EC. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65(1):22-27.

Ferrão YA, Shavitt RG, Prado HS, Fontenelle LF, Malavazzi DM, Mathis MA, Hounie AG, Miguel EC, Rosário MC. Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: An exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Res.* 2012;197: 253-258.

Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum C, Gale T, Rössler W, Angst J. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2013; 17: 188–196.

Fireman B, Koran LM, Leventhal JL, Jacobson A. The Prevalence of Clinically Recognized Obsessive-Compulsive Disorder in a Large Health Maintenance Organization. *Am J Psychiatry.* 2001; 158:1904–1910.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry.* 2006; 30:327-337.

Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lancrenon S, Akiskal HS. Cyclothymic OCD: a distinct form? *J Affect Disord.* 2003; 75:1-10.

-
- Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland CT, Wong CM, Broatch J, Himelein CA. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*. 1998; 5(1):48-58.
- Issler CK, Monkul ES, Amaral JAMS, Tamada RS, Shavitt RG, Miguel EC, Lafer B. Bipolar disorder and comorbid obsessive-compulsive disorder is associated with higher rates of anxiety and impulse control disorders. *Acta Neuropsychiat*. 2010; 22: 81-86.
- Jeon S, Baek JH, Yang SY, Choi Y, Ahn SW, Ha K. Exploration of comorbid obsessive-compulsive disorder in patients with bipolar disorder: the clinic-based prevalence rate, symptoms nature and clinical correlates. *J Affec Disord*. 2018; 225: 227-233.
- Joshi G, Wozniak J, Petty C, Vivas F, Yorks D, Biederman J, Geller D. Clinical characteristics of comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2010; 12: 185–195.
- Júnior AS e Cordás TA. Depressão e ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*. 2002; 59(4), 221-8.
- Kazhungil F e Mohandas E. Management of obsessive-compulsive disorder comorbid with bipolar disorder. *Indian J Psychiatry*. 2016; 58 (3): 259 – 269.
- Kazhungil F, Cholakottil A, Kattukulathil S, Kottelassal A, Vazhakalayil R. Clinical and familial profile of bipolar disorder with and without obsessive-compulsive disorder: an Indian study. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017; 39(4):270-275.
- Keck PE Jr, Strawn JR, McElroy SL. Pharmacologic treatment considerations in co-occurring bipolar and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 (1):8-15.
- Kim SW, Berk L, Kulkarni J, Dodd S, de Castella A, Fitzgerald PB, Amminger GP, Berk M. Impact of comorbid anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder on 24-month clinical outcomes of bipolar I disorder. *J Affec Disord*. 2014; 166: 243-248.
- Koyuncu A, Tükel R, Ozyildirim I, Meteris H, Yazici O. Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. [Compr Psychiatry](#). 2010; 51: 293-297.
- Krüger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affec Disord*. 1995; 34: 117-120.
- Lai J, Lu Q, Zhang P, Xu T, Xu Y, Hu S. Aripiprazole augmentation in managing comorbid obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder: a case with suicidal attempts. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 13:87-90.
- LaSalle VH, Cromer KR, Nelson KN, Kazuba D, Justement L, Murphy DL. Diagnostic Interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2004; 19:163-173.

- Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11(1):21-33.
- Maina G, Albert U, Pessina E, Bogetto F. Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disord*. 2007; 9: 722–729.
- McElroy SL, Altshuler L, Suppes T, Keck PE, Frye MA, Nolen WA et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158:420–426.
- Macy AS, Theo JN, Kaufmann SCV, Ghazzaoui RB, Pawlowski PA, Fakhry HI, Cassmassi BJ, Ishak WW. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums*. 2013; 18:21-33.
- Magalhães PVS, Kapczinski NS, Kapczinski F. Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. [Compr Psychiatry](#). 2010; 51: 353-356.
- Mahasuar R, Reddy YCJ, Math SB. Obsessive-compulsive disorder with and without bipolar disorder. *Psych Clin Neurosci*. 2011; 65:423-433.
- Masi G, Perugi G, Tonic C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Akiskal HS. Obsessive-compulsive bipolar comorbidity: focus on children and adolescents. *J Affect Disord*. 2004; 78: 175–183.
- Masi G, Perugi G, Millepiedi S, Toni C, Mucci M, Pfanner C, Berloffia S, Pari C, Akiskal HS. Bipolar co-morbidity in pediatric obsessive-compulsive disorder: clinical and treatment implications. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007; 17(4):475-486.
- Masi G, Berloffia S, Mucci M, Pfanner C, D'Acunto G, Lenzi F, Liboni F, Manfredi A, Milone A. A naturalistic exploratory study of obsessive-compulsive bipolar comorbidity in youth. *J Affect Disord*. 2018; 231:21-26.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64:543–552.
- Nabavi B, Mitchell A, Nutt D. A Lifetime prevalence of comorbidity between bipolar affective disorder and anxiety disorders: A meta-analysis of 52 interview-based studies of psychiatric population. *EbioMedicine*. 2015; 2: 1405-1419.
- Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(3):271-278.
- Otto MW, Simon NM, Wisniewski SR, Miklowitz DJ, Kogan JN, Reilly-Harrington NA, Frank E et al. Prospective 12-month course of bipolar disorder in out-patients with and without comorbid anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2006; 189: 20-25.
- Ozdemiroglu F, Sevincok L, Sen G, Mersin S, Kocabas O, Karakus K, Vahapoglu F. Comorbid obsessive-compulsive disorder with bipolar disorder: A distinct form? *Psychiatry Res*. 2015; 230: 800-805.

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

Perugi G, Akiskal HS, Ramacciotti S. Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar connection? *J Psychiatr Res.* 1999; 33(1):53-61.

Perugi G, Toni C, Frare F, Travierso MC, Hantouche E, Akiskal HS. Obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: a systematic exploration of clinical features and treatment outcome. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63(12):1129-34.

[Quarantini LC](#), [Torres AR](#), [Sampaio AS](#), [Fossaluza V](#), [Mathis MA](#), [Rosário MC](#), [Fontenelle LF](#) et al. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry.* 2011; 52:386–393.

Raja M, Azzoni A. Clinical management of obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: a case series. *Bipolar Disord.* 2004;6(3):264-70.

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

Saraf G, Paul I, Viswanath B, Narayanaswamy JC, Math SB, Reddy YJ. Bipolar disorder comorbidity in patients with a primary diagnosis of OCD. *Int J Psychiatr Clin Pract.* 2017; 21(1),70-74.

Shabani A, Alizadeh A. The specific pattern of obsessive-compulsive symptoms in patients with bipolar disorder. *J Res Med Sci.* 2008; 13(2):48-54.

Shashidhara M, Sushma BR, Viswanath B, Math SB, Reddy YCJ. Comorbid obsessive-compulsive disorder in patients with bipolar-I disorder. *J Affect Disord.* 2015; 174: 367-371.

Shavitt RG, de Mathis MA, Oki F, Ferrao YA, Fontenelle LF, Torres AR et al. Phenomenology of OCD: lessons from a large multicenter study and implications for ICD-11. *J Psychiatr Res.* 2014; 57, 141-48.

Sica C, Bottesi G, Orsucci A, Pieraccioli C, Sighinolfi C, Ghisi M. “Not just right experiences” are specific to obsessive-compulsive disorder. Further evidence from Italian clinical samples. *J Anxiety Disord.* 2015; 31:73-83.

Sibrava NJ, Boisseau CL, Eisen JL, Mancebo MC, Rasmussen SA. An empirical investigation of incompleteness in a large clinical sample of obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord.* 2016; 42:45-51.

Simon NM, Zalta AK, Otto MW, Ostacher MJ, Fischmann D, Chow CW et al. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res.* 2007; 41: 255-264.

Stata Corporation. *Stata Statistical Software. Release 12.0.* College Station, TX: Stata Corporation, 2011.

Tamam L, Ozpoyraz N. Comorbidity of Anxiety Disorder among Patients with Bipolar I Disorder in Remission. *Psychopathology.* 2002; 35:203–209.

Taylor CT, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pollack MH, Nierenberg AA, Simon NM. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord.* 2008; 22: 868-876.

Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety.* 2012; 29(3): 226-233.

Tonna M, Amerio A, Odone A, Ossola P, Marchesi C, Ghaemi SN. Are obsessive-compulsive symptoms expression of vulnerability to bipolar disorder? *Acta Psychiatr Scand.* 2015; 411-2.

Tonna M, Amerio A, Odone A, Stubbs B, Ghaemi SN. Comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: Which came first? *Aust N Z J Psychiatry.* 2016;50(7):695-8.

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

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

Torres AR, Shavitt RG, Torresan RC, Ferrão YA, Miguel EC, Fontenelle LF. Clinical features of pure obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2013; 54:1042–1052.

[Torres AR](#), [Fontenelle LF](#), [Shavitt RG](#), [Ferrão YA](#), [do Rosário MC](#), [Storch EA](#), [Miguel EC](#). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord.* 2016; 190:508-516.

Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2002; 43:204-209.

Tükel R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A, Yazici O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256(4):240-5.

Uguz F. Successful treatment of comorbid obsessive-compulsive disorder with aripiprazole in three patients with bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010; 32(5):556-8.

Vázquez GH, Baldessarini RJ, Tondo L. Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview. *Depress Anxiety.* 2014; 31:196-206.

Wageck AR, Torres FS, Gama CS, Martins DS, Scotton E, Reckziegel R, Costanzi M, Rosa RG, Kapczinski F, Kunz M. Cardiovascular risk and bipolar disorder: factors associated with a positive coronary calcium score in patients with bipolar disorder type 1. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018; 40(2):163-8.

World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases (ICD-11). 11st ed., WHO; 2018.

Yapici Eser H, Kacar AS, Kilciksiz CM, Yalçınay-Inan M, Ongur D. Prevalence and Associated Features of Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder: A Meta-Analysis and Meta-Regression Study. *Front Psychiatry*. 2018; 9(229):1-15.

Zutshi A, Reddy YCJ, Thennarasu K, Chandrashekhar CR. Comorbidity of anxiety disorders in patients with remitted bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006; 256:428–436.

Zutshi A, Kamath P, Reddy YCJ. Bipolar and nonbipolar obsessive-compulsive disorder: a clinical exploration. *Compr Psychiatry*. 2007; 48:245-251.

3. ARTIGO 2

RESUMO

Introdução: Os portadores de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) apresentam com frequência transtornos comórbidos, principalmente transtornos ansiosos e afetivos, que podem influenciar a evolução clínica do TOC, além da busca e resposta ao tratamento. Algumas pesquisas investigaram a ocorrência do transtorno bipolar (TB) em pacientes com TOC e as características clínicas deste subgrupo de pacientes, porém não há estudos sobre este tema na América Latina. O objetivo foi estimar a prevalência do TB em uma amostra clínica brasileira de pacientes com TOC e investigar possíveis fatores sociodemográficos e clínicos associados a esta comorbidade. **Método:** Estudo transversal com 955 pacientes adultos com TOC de sete centros universitários do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC). Foram usados vários instrumentos estruturados, incluindo a escala de Yale-Brown de sintomas obsessivo-compulsivos (Y-BOCS), a escala dimensional de sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS), os inventários de depressão e ansiedade de Beck e a Entrevista Clínica Estruturada para transtornos do eixo I do DSM-IV (SCID-I) para avaliar as comorbidades psiquiátricas. Após a análise descritiva foram feitas análises bivariadas entre possíveis fatores associados à comorbidade com TB através do teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher (variáveis categóricas) e o teste t de Student ou Mann-Whitney (variáveis quantitativas). Tais análises foram seguidas de regressão logística para controle de confundidores. **Resultados:** A prevalência de TB ao longo da vida foi de 7,75% (N=74). Na regressão logística as variáveis que se mantiveram associadas à comorbidade com TB foram: transtorno de pânico com agorafobia, transtornos de controle de impulso e tentativas de suicídio. **Conclusão:** O subgrupo de pacientes com TOC e TB comórbido apresenta algumas características clínicas indicativas de maior gravidade, incluindo risco de suicídio, e requer um manejo terapêutico cuidadoso para o controle e a estabilização de ambos os transtornos.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno bipolar, comorbidade.

ABSTRACT

Introduction: *Obsessive-compulsive disorder (OCD) patients often present comorbid disorders, mainly anxiety and affective disorders, which may influence the clinical course of OCD, as well as help-seeking behaviours and response to treatment. Some studies investigated the occurrence of bipolar disorder (BD) in patients with OCD and the clinical characteristics of this subgroup of patients, but there are no studies on this topic in Latin America. The objective was to estimate the prevalence of BD in a Brazilian clinical sample of OCD patients and to investigate possible sociodemographic and clinical factors associated with this comorbidity.* **Method:** *This is a cross-sectional study with 955 adult OCD patients from seven university centres of the Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (C-TOC). Several structured instruments were used, including the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS), the Beck Depression and Anxiety inventories, and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) to assess psychiatric comorbidities. After the descriptive analysis, bivariate analyses were performed between possible factors associated with BD comorbidity using the chi-square test or Fisher's exact test (categorical variables) and the Student's t-test or Mann-Whitney test (quantitative variables). These analyses were followed by logistic regression to control for confounders.* **Results:** *The lifetime prevalence of BD was 7.75% (N = 74). In the logistic regression, the variables that remained associated with BD comorbidity were: panic disorder with agoraphobia, impulse control disorders and suicide attempts.* **Conclusion:** *The subgroup of patients with OCD and comorbid BD has some clinical features indicative of greater severity, including suicide risk, and requires a careful therapeutic approach for the control and stabilization of both disorders.*

Key words: *obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder, comorbidity.*

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes e persistentes que são vivenciados como indesejados e intrusivos, causando acentuada ansiedade ou sofrimento (por ex. angústia, medo, culpa, vergonha, nojo). Já as compulsões são comportamentos repetitivos observáveis (por ex. lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por ex. rezar ou contar em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras rígidas. (APA, 2013). Apesar de mais frequente, nem sempre obsessões e compulsões estão associadas, havendo pacientes que apresentam apenas obsessões (comportamentos de esquiva passiva, mas nenhum ritual compulsivo estruturado) e pacientes que apresentam apenas compulsões, sem que haja uma preocupação ou temor específico relacionados ao ritual. No último caso, os rituais (por ex. de colecionamento, simetria ou ordenação) são executados para aliviar um mal-estar descrito como ansiedade, sensação de premência, imperfeição, incompletude ou de que algo não está certo (“*not just right*”) como deveria estar (Ferrão et al., 2012; Sica et al., 2015; Sibrava et al., 2016). Tais sensações incômodas são denominadas de “fenômenos sensoriais”. As obsessões e compulsões consomem tempo (mais que uma hora por dia) ou causam sofrimento relevante ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2013).

O TOC é considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum no mundo, com uma prevalência ao longo da vida de aproximadamente 2% na população geral (Torres e Lima, 2005; Fontenelle et al., 2007; Ruscio et al., 2010) e grande diversidade fenomenológica (Shavitt et al., 2014). Este transtorno geralmente causa impacto negativo importante na qualidade de vida de seus portadores, afetando principalmente os relacionamentos familiares, sociais e o desempenho ocupacional (Niederauer et al., 2007; Macy et al., 2013; Coluccia et al., 2016).

Pacientes com TOC apresentam com frequência outras comorbidades

psiquiátricas. Em 1970, o epidemiologista Alvan Feinstein definiu comorbidade como "qualquer entidade clínica adicional que tivesse existido ou que pudesse ocorrer durante o curso clínico de um paciente que tivesse a doença índice em estudo". O termo comorbidade aplicado à psiquiatria se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e/ou com outras condições médicas gerais (Júnior e Cordás, 2002; Tonna et al., 2016).

Estudos populacionais (Torres et al., 2006; Ruscio et al., 2010) e clínicos (Fireman et al., 2001; Tükel et al., 2002; LaSalle et al., 2004; de Mathis et al., 2013; Torres et al., 2013) demonstraram uma prevalência entre 60% a 90% de ocorrência de um outro transtorno psiquiátrico associado ao TOC, sendo o mais comum o transtorno depressivo maior, que varia de 32 a 67,5% dos casos, seguido pelos transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, fobia simples, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico e agorafobia), pelos transtornos de controle de impulsos e pelos transtornos por uso de substâncias.

O transtorno bipolar (TB) é uma doença episódica, crônica, que cursa frequentemente com algum outro transtorno psiquiátrico comórbido e apresenta altos índices de suicídio (10 a 15%). Causa grave impacto na vida dos portadores e familiares, como também elevados gastos financeiros com saúde, incluindo internações psiquiátricas (Merikangas et al., 2007; Vazquez et al., 2014).

Alguns estudos demonstraram que a prevalência do TB no TOC está entre 4 a 16% dos casos (Perugi et al., 1997; Fireman et al., 2001; Hantouche et al., 2003; LaSalle et al., 2004; Maina et al., 2007; Timpano et al., 2011; Darby et al., 2011; Cederlöf et al., 2014; Saraf et al., 2017). Os pacientes TOC+TB têm maior gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), início mais insidioso destes, maior incapacitação, mais episódios depressivos e maior número de hospitalizações psiquiátricas ao longo da vida, mais impulsividade, maior risco de suicídio e mais comorbidades psiquiátricas em geral, indicando um impacto negativo relevante do TB na evolução clínica do TOC (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Angst et al., 2005; Tükel et al., 2006; Darby et al., 2011; Timpano et al., 2011; Fineberg et al., 2013; Amerio et al., 2015; Ozdemiroglu et al., 2015; Saraf et al., 2017).

Algumas comorbidades específicas, como os transtornos por uso de substâncias psicoativas (Perugi et al., 1997, 2002; Maina et al., 2007; Timpano et al., 2011; Fineberg et al., 2013), agorafobia, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade social seriam também mais comuns em pacientes que apresentam TB comórbido (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Angst et al., 2005; Timpano et al., 2011). Além disso, no grupo TOC+TB tem sido relatada mais associação com a dimensão sexual-religiosa (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Maina et al., 2007; Shabani e Alizadeh, 2008)

O manejo farmacológico destes pacientes com TB comórbido é um grande desafio, pois o uso de antidepressivos serotoninérgicos, usados regularmente no tratamento do TOC, pode levar a um maior número de episódios de hipomania, mania e episódios mistos, piorando dessa forma a evolução do TB (Perugi et al., 2002; Hantouche et al., 2003; Cederlöf et al., 2014; Kazhungil e Mohandas, 2016). Apesar da relevância do tema, não encontramos na literatura nenhum estudo sobre a comorbidade do TB em pacientes portadores de TOC na América Latina, mas apenas dois estudos brasileiros sobre a comorbidade com TOC no TB (Issler et al., 2010; Magalhães et al., 2010).

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo geral

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência na vida e investigar possíveis fatores sociodemográficos e clínicos associados à comorbidade do TB no TOC numa amostra de pacientes adultos do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo - C-TOC (Miguel et al., 2008), que foi criado em 2003 e composto por pesquisadores de sete centros universitários do país, especializados em TOC, um dos quais foi coordenado pela orientadora da presente dissertação (FMB-UNESP).

1.1.2. Objetivos específicos

I. Estimar a prevalência na vida de transtorno bipolar (TB) na casuística;

II. Comparar portadores de TOC com e sem comorbidade com TB em relação a:

- Variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, religião, grau de escolaridade, etnia;

- Variáveis clínicas: idade e tipo de início dos sintomas, gravidade e dimensões específicas dos sintomas obsessivo-compulsivos, curso clínico do TOC, gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos, suicidalidade, história familiar, comorbidades psiquiátricas e tratamentos realizados.

1.2. Hipóteses

Com base na literatura existente, hipotetizamos que a prevalência de TB esteja entre 4 e 16% da amostra e que o grupo de pacientes com TB comórbido tenha início mais insidioso dos SOC (Perugi et al., 1997, 2002); curso episódico do TOC (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Zutshi et al., 2007; Mahasuar et al., 2011; Ozdemiroglu et al., 2015; Saraf et al., 2017); SOC mais graves (Hantouche et al., 2003; Timpano et al., 2011); pior crítica em relação aos SOC (Mahasuar et al., 2011); maior prevalência de sintomas da dimensão sexual-religiosa (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Maina et al., 2007; Shabani e Alizadeh, 2008); mais suicidalidade (Hantouche et al., 2003; Angst et al., 2005; Mahasuar et al., 2011; Fineberg et al., 2013; Ozdemiroglu et al., 2015, Saraf et al., 2017); maior número de hospitalizações psiquiátricas (Hantouche et al., 2003; Timpano et al., 2011; Darby et al., 2011; Mahasuar et al., 2011; Ozdemiroglu et al., 2015); mais antecedentes familiares de transtorno de humor (Zutshi et al., 2007); mais comorbidade com transtornos relacionados ao uso de álcool (Perugi et al., 1997; Angst et al., 2005; Timpano et al., 2011) e de outras substâncias (Perugi et al., 1997; Perugi et al., 2002; Maina et al., 2007; Fineberg et al., 2013); mais comorbidade com transtorno de pânico e agorafobia (Perugi et al., 1997, 2002; Timpano et al., 2011), transtorno de estresse pós-traumático (Timpano et al., 2011), transtorno de ansiedade social (Perugi et al., 1999; Zutshi et al.,

2007; Timpano et al., 2011), transtornos alimentares (Timpano et al., 2011) e transtorno de ansiedade generalizada (Zutshi et al., 2007).

1. MÉTODO

Estudo transversal com 955 pacientes adultos procedentes dos sete centros universitários que constituem o Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo – C-TOC (Miguel et al., 2008), comparando-se indivíduos adultos com e sem transtorno bipolar (TB) comórbido ao longo da vida em relação a diversas variáveis sociodemográficas e clínicas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP em 05/06/2017 (parecer nº 2.103.421).

2.1. Sujeitos

Pacientes com TOC como principal diagnóstico psiquiátrico (N = 955) diagnosticados segundo critérios do DSM-IV (APA, 1994) e com confirmação diagnóstica pela Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I: First et al., 1995). Foram critérios de exclusão: retardo mental, graves transtornos invasivos do desenvolvimento, esquizofrenia, ou qualquer outro transtorno que interferisse na capacidade do indivíduo de participar fornecendo as informações necessárias (N = 8). Os pacientes menores de 18 anos (N = 46) não foram incluídos na pesquisa. A participação dos pacientes implicou consentimento livre e informado, tendo havido 38 recusas. Uma descrição detalhada da implementação e métodos do C-TOC, incluindo aspectos de treinamento dos avaliadores e confiabilidade entre avaliadores, pode ser encontrada em Miguel et al. (2008).

2.2. Instrumentos de Avaliação

Foram utilizados dados do protocolo de pesquisa do C-TOC (Miguel et al., 2008), que inclui informações sociodemográficas e clínicas abrangentes dos pacientes e que foram coletadas de 2003 a 2009, de modo padronizado, por sete centros de pesquisa especializados em TOC de diversas regiões do país. O tempo de aplicação e preenchimento para cada paciente variou de três a nove horas, tendo sido conduzido por profissionais de saúde mental adequadamente treinados.

2.2.1. Escala de Yale-Brown para sintomas obsessivo-compulsivos (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Y-BOCS*) (Goodman et al., 1989 a,b). Avalia a gravidade dos sintomas obsessivos-compulsivos (SOC), tendo 10 itens com escore máximo total de 40, sendo 20 para obsessões e 20 para compulsões. Tanto as obsessões quanto as compulsões são avaliadas de forma semelhante, incluindo aspectos de frequência, interferência no funcionamento, desconforto subjetivo, resistência e controle sobre os sintomas.

2.2.2. Escala dimensional para avaliação da presença e gravidade de sintomas obsessivo-compulsivos (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - DY-BOCS*) (Rosário-Campos et al., 2006). Composta de um questionário descritivo e de gravidade (tempo, incômodo e interferência) de diferentes grupos de SOC, de acordo com as seguintes dimensões: a) obsessões de agressão, violência, desastres naturais e compulsões relacionadas; b) obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas; c) obsessões e compulsões de simetria, ordenação, contagem e repetição; d) obsessões de contaminação e compulsões de limpeza; e) obsessões e compulsões de colecionismo ou acumulação; f) obsessões e compulsões diversas. Para cada dimensão é dada uma pontuação que varia de 0 a 15, e, no final, uma pontuação total global de 0 a 30.

2.2.3. Questionário sobre história natural de TOC (Leckman et al., 2002). Instrumento detalhado, desenvolvido na Universidade de Yale, sobre o início e evolução dos SOC, com perguntas abertas e fechadas. É dividido em três partes: a primeira investiga o início das compulsões e das obsessões, com perguntas específicas sobre a vida do indivíduo quando os sintomas começaram; a segunda se refere ao curso dos sintomas, com uma lista de eventos e situações que

podem melhorar ou agravar os sintomas; e a terceira investiga a pior fase dos sintomas e faz perguntas específicas a respeito desta época.

2.2.4. Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV – (SCID-I - *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - patient edition*) (First et al., 1995). É uma entrevista semi-estruturada abrangente aplicada em indivíduos com 16 anos ou mais, sempre por profissionais da área de saúde mental devidamente treinados. São investigados os principais transtornos atuais (último mês) e/ou passados do eixo I do DSM-IV (APA, 1994), incluindo módulos adicionais para diagnóstico de transtornos de tiques e síndrome de Tourette, assim como diversos transtornos do controle de impulsos.

2.2.5. Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) (Beck et al., 1961). Tem 21 itens, incluindo sintomas e atitudes relacionados a transtornos depressivos, cuja intensidade varia de 0 a 3 (pontuação máxima: 63). Este instrumento foi utilizado para avaliar a gravidade dos sintomas depressivos na última semana, como variável quantitativa, mas não para o diagnóstico de transtornos depressivos.

2.2.6. Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory*) (Beck et al., 1988). Composto também de 21 itens que descrevem sintomas ansiosos subjetivos ou somáticos, pontuados entre 0 e 3 (pontuação máxima: 63). Este instrumento foi utilizado para avaliar a gravidade dos sintomas ansiosos na última semana, como variável quantitativa, mas não para o diagnóstico de transtornos de ansiedade.

2.2.7. Escala de Fenômenos Sensoriais USP-SPS (Rosário-Campos et al., 2005). É uma escala semiestruturada que avalia a presença e gravidade dos fenômenos sensoriais (FS), que são experiências subjetivas de sensações físicas ou mentais associadas com comportamentos repetitivos. É composta por duas partes: a primeira investiga a ocorrência dos FS no presente e no passado, divididos em sensações físicas e mentais, incluindo idade de início, e a segunda parte avalia a frequência, o incômodo e a interferência causados por cada FS. O escore total varia de 0 a 15 pontos, maiores escores indicando maior gravidade dos FS.

2.2.8. Escala de Avaliação de Crenças de Brown (*Brown Assessment of Beliefs Scale - BABS*). (Eisen et al., 1998). É uma escala que avalia diferentes aspectos da crítica em relação aos SOC, tais como: convicção em relação às crenças, percepção da visão dos outros sobre elas, explicação das diferentes visões, rigidez das crenças, tentativas de refutá-las, capacidade do indivíduo de reconhecer uma causa psiquiátrica/psicológica para a crença e a presença de ideias de referência. Cada um dos seis itens da escala deve ser pontuado de 0 a 4 (pontuação máxima: 24), com escores mais elevados indicando pior crítica ou insight.

2.3. Análise de Dados

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa STATA 12.0 (*Stata Corporation*, 2011). Inicialmente foi feita a análise descritiva, com estimativas de prevalência do desfecho (comorbidade com TB ao longo da vida) e estimativas de frequências (absolutas e relativas) ou médias (e desvios-padrão) das variáveis explanatórias. A seguir, foram realizadas análises bivariadas de associação de diferentes variáveis explanatórias com o desfecho através do teste de qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher (variáveis categóricas). Foram também calculadas as razões de chances brutas (*odds ratios* – OR) e respectivos intervalos de confiança, como medidas de tamanho de efeito (*effect size*). Para o estudo das associações com variáveis explanatórias quantitativas foram utilizados os testes t de Student ou Mann-Whitney, de acordo com a normalidade ou não das distribuições, avaliada através do *Skewness Kurtosis Test for Normality*. Como medida do tamanho de efeito das associações com variáveis quantitativas, utilizou-se o D de Cohen, em que valores menores que 0,3 em geral indicam efeito pequeno, de 0,3 a 0,5 moderado, e acima de 0,5, grande. Tais análises foram seguidas de regressão logística (RL) para controlar possíveis variáveis confundidoras. Primeiramente foram incluídas no modelo de RL as variáveis clínicas que se associaram ao desfecho na análise bivariada ($p < 0,05$) e que não apresentavam colinearidade, avaliada pelo *Variation Inflation Factor* (VIF < 10). Depois foi realizado um segundo modelo de RL com as comorbidades

psiquiátricas associadas ao desfecho na análise bivariada ($p < 0,05$). Por fim, as variáveis que se mantiveram significativas nesses dois modelos foram incluídas num terceiro modelo de RL, sendo também excluídas uma a uma, a partir do maior valor de p (RL tipo *backward*), até que permaneceram somente aquelas com significância estatística (p valor $< 0,05$).

2. RESULTADOS

A prevalência do transtorno bipolar (TB) ao longo da vida nos 955 pacientes adultos com TOC foi de 7,75% (74 pacientes), destes 42% com TB tipo I (31 pacientes), 53% com TB tipo II (39 pacientes) e 5% TB não especificado (4 pacientes).

Na análise bivariada (Tabela 1) não houve diferença significativa nas variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, situação ocupacional, renda, etnia e situação de moradia), exceto escolaridade, em que os indivíduos com TOC+TB apresentaram maior média de anos de estudo. Quanto às variáveis clínicas, os pacientes com TB comórbido apresentaram, na análise bivariada, maior frequência de crítica prejudicada em relação aos SOC, mais fenômenos sensoriais, maior gravidade dos sintomas ansiosos e depressivos, e receberam psicoterapia com mais frequência. Além disso, tiveram maior frequência de ideação, planejamento e tentativas de suicídio, mais história familiar de sintomas afetivos e de tentativas de suicídio. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à ocorrência das dimensões sintomatológicas, gravidade e início dos SOC, e ao curso clínico do TOC. Em relação às medicações utilizadas, os pacientes do grupo TB comórbido fizeram mais uso de oxcarbazepina, valproato de sódio, topiramato, carbonato de lítio, clozapina e olanzapina (resultados não apresentados em tabelas).

Quanto a outras comorbidades, na análise bivariada (Tabela 2) o grupo TOC+TB apresentou mais frequentemente transtornos ansiosos em geral (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico com agorafobia), transtorno por uso de álcool, transtornos alimentares (anorexia nervosa e transtorno de compulsão alimentar), transtorno dismórfico corporal, transtornos do

controle de impulsos em geral (transtorno explosivo intermitente, jogo patológico, comprar ‘compulsivo’, sexo ‘compulsivo’ e *skin-picking*) e TDAH.

Nos dois modelos iniciais de regressão logística (RL) as variáveis que permaneceram associadas ao desfecho foram sintomas ansiosos, tentativas de suicídio, transtorno de pânico com agorafobia, transtornos alimentares e transtornos de controle de impulsos em geral. Na regressão logística final (Tabela 3) as variáveis que se mantiveram independentemente associadas à comorbidade com TB foram tentativas de suicídio (OR: 2,17), transtorno de pânico com agorafobia (OR: 2,34) e o grupo dos transtornos de controle de impulsos (OR: 2,03).

3. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo latino-americano a investigar a comorbidade do TB em pacientes com TOC, realizado com uma grande amostra clínica multicêntrica de serviços especializados no tratamento do TOC em várias regiões do Brasil. Utilizaram-se diversos instrumentos estruturados, que foram aplicados face a face aos pacientes por profissionais de saúde mental (psicólogos ou psiquiatras) treinados, incluindo a entrevista considerada padrão-ouro para diagnósticos psiquiátricos do eixo I (SCID-I).

A prevalência de TB ao longo da vida na amostra estudada foi de 7,75% (74 pacientes). Este número é inferior à prevalência encontrada na maioria dos estudos clínicos da literatura (Perugi et al., 1997; Hantouche et al., 2003; LaSalle et al., 2004; Maina et al., 2007; Timpano et al., 2011), porém é semelhante à prevalência de 6% do estudo de Fireman (2001), cuja amostra foi de 1078 pacientes com TOC. A prevalência relativamente baixa talvez em parte possa ser explicada pelo fato dos pacientes serem de serviços terciários universitários, em que possivelmente portadores de TB, particularmente do tipo I, são atendidos em outros programas especializados em transtornos afetivos.

As variáveis que se mantiveram associadas à comorbidade com TB na regressão logística (comorbidade com transtorno de pânico/agorafobia e com

transtornos de controle de impulsos em geral, e tentativas de suicídio) já foram descritas em alguns estudos prévios.

Maior ocorrência de transtorno de pânico e agorafobia em pacientes com TOC+TB foi relatada por Perugi et al. (1997; 2002), Hantouche et al. (2003) e Timpano et al. (2011). Interessantemente, maior frequência de transtorno de pânico foi observada também em alguns estudos com amostras de pacientes com TB e TOC comórbido, comparados àqueles sem TOC (Chen e Disalver, 1995; Issler et al., 2010; Jeon et al., 2018). Destaque-se que ataques de pânico são considerados marcadores de gravidade de outros transtornos psiquiátricos (APA, 2013) e estudos indicam que pacientes com TOC e TB comórbido apresentam maior gravidade dos SOC e mais incapacitação, maior número de episódios depressivos e hospitalizações psiquiátricas, mais impulsividade e suicidalidade (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Fineberg et al., 2013, Angst et al., 2005; Tükel et al., 2006; Timpano et al., 2011; Amerio et al., 2015; Ozdemiroglu et al., 2015; Saraf et al., 2017), indicando maior comprometimento clínico.

Quanto à maior co-ocorrência de transtornos de controle de impulsos (TCI) no grupo de pacientes com TOC e TB comórbido, achado semelhante foi descrito por Hantouche et al. (2003), enquanto Ozdemiroglu et al. (2015) descreveram mais “impulsividade” em geral. Da mesma forma, TCI foram mais frequentes entre as mulheres portadoras de TB e TOC, quando comparadas àquelas sem TOC comórbido, numa pequena amostra clínica brasileira (Issler et al., 2010).

Pesquisas anteriores descreveram maior número de comorbidades relacionadas à ansiedade patológica (transtorno de pânico com agorafobia, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada, TEPT) e à impulsividade nesse grupo, como transtornos por uso de substâncias psicoativas e transtornos alimentares (Perugi et al., 1997, 2002; Hantouche et al., 2003; Angst et al., 2005; Maina et al., 2007; Zutshi et al., 2007; Timpano et al., 2011; Fineberg et al., 2013). Em estudos com amostras de pacientes com TB e TOC comórbido (TB+TOC) também foram encontradas mais comorbidades psiquiátricas, inclusive transtorno de pânico e TCI (Chen e Dilsaver, 1995; Magalhães et al., 2010; Issler et al., 2010; Shashidhara et al., 2015; Jeon et al., 2018). Vale destacar os achados

do estudo brasileiro de Issler et al. (2010), nos quais 60% dos pacientes do grupo TB+TOC apresentaram pelo menos um TCI. Taylor et al. (2008) demonstraram que pacientes com TB e transtornos de ansiedade comórbidos apresentam elevados níveis de impulsividade mensurados pela *Barratt Impulsiveness Scale*.

Como o transtorno de pânico pode aumentar o risco de comportamentos suicidas (Schmidt et al., 2001; Huang et al., 2010; Nepon et al., 2010), é plausível que esta comorbidade adicional aumente ainda mais o sofrimento e o impacto negativo na vida familiar, social e ocupacional destes pacientes, aumentando também o risco de tentativas de suicídio.

Maior ocorrência de tentativas de suicídio nos pacientes com TOC+TB foi descrita em diversos estudos (Hantouche et al., 2003; Mahasuar et al., 2011; Fineberg et al., 2013; Ozdemiroglu et al., 2015; Saraf et al., 2017). No estudo de Torres et al. (2009) com uma subamostra do C-TOC (582 pacientes) foi encontrada prevalência de 11% de tentativas de suicídio, que se associaram com TCI. Assim, pacientes com TOC e manifestações psicopatológicas impulsivas teriam maior risco de tentarem suicídio e, eventualmente, de se suicidarem. Fernández de la Cruz et al. (2016) realizaram um estudo populacional na Suécia e identificaram que pacientes com TOC apresentaram cinco vezes mais chance de tentar suicídio que a população geral, sendo que todas as comorbidades psiquiátricas aumentaram o risco, especialmente os transtornos por uso de substâncias e os transtornos afetivos. No estudo longitudinal conduzido por Bolton et al. (2008) em Baltimore, os transtornos de ansiedade, incluindo o TOC, foram identificados como fatores de risco independentes para tentativas de suicídio. De acordo com Hantouche et al. (2003) a comorbidade do TOC com subtipos menos graves de bipolaridade (*“soft bipolarity”*) está associada a altos níveis de impulsividade, ataques de raiva e comportamento suicida. Estudos comunitários (Chen e Disalver, 1995) e clínicos (Altindag et al., 2006; Issler et al., 2010; Magalhães et al., 2010; Kazhungil et al., 2017) que investigaram pacientes com TB e TOC comórbido (TB+TOC) também reportaram maior suicidalidade, se comparados àqueles sem TOC. Apesar do desenho do estudo não permitir conclusões sobre causalidade, é possível que a associação mais específica com

transtorno de pânico/agorafobia e TCI aumente o risco de tentativas de suicídio em pacientes com TOC e TB comórbido.

Os resultados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações metodológicas. A amostra foi composta por pacientes recebendo tratamento ambulatorial em serviços especializados, que podem apresentar quadros clínicos mais graves (incluindo mais comorbidades em geral) se comparados a outras amostras clínicas ou de base comunitária. Portanto, a generalização destes resultados deve ser feita com cautela. Mesmo assim, os resultados obtidos são relevantes para um grande grupo de pacientes que apresenta TOC moderado ou grave. O desenho transversal não permite inferências causais, indicando apenas associação entre as variáveis estudadas. Algumas informações coletadas são retrospectivas, abrindo a possibilidade de viés de memória. Mesmo com uma grande amostra, o poder de análise pode ter sido prejudicado pela prevalência relativamente baixa do desfecho de interesse e de algumas variáveis explanatórias.

4. CONCLUSÃO

Apesar da prevalência de TB ao longo da vida não ter sido muito elevada nesta amostra clínica de pacientes com TOC (7,75%), algumas características clínicas relevantes foram significativamente mais frequentes neste subgrupo de pacientes. Portadores de TOC e TB apresentaram mais frequentemente comorbidade com transtorno de pânico com agorafobia, transtornos de controle de impulsos em geral e tentativas de suicídio, indicando maior gravidade clínica.

Tais características sugerem que o acompanhamento clínico destes pacientes deve ser cuidadoso, por implicar em desafios terapêuticos e riscos importantes. Assim, é importante avaliar comportamentos impulsivos (inclusive tentativas prévias de suicídio) em pacientes com TOC+TB e, diante de um paciente com TOC e transtorno de pânico/agorafobia ou algum TCI é necessário investigar e tratar adequadamente sintomas de bipolaridade que podem não ter sido diagnosticados, e monitorar atentamente o risco de suicídio.

5. REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-IV. 4th ed., APA; 1994.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Texto Revisado, APA; 2000.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-5. 5th ed., APA; 2013.

Amerio A, Odone A, Liapis CC, Ghaemi SN. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; 129: 343-358.

Amerio A, Stubbs B, Odone A, Tonna M, Marchesi C, Ghaemi SN. The prevalence and predictors of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015; 186: 99-109.

Angst J, Gamma A, Endrass J, Hantouche E, Goodwin R, Aidacic V, Eich D, Rössler W. Obsessive-compulsive syndromes and disorders. Significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 255: 65-71.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 55: 893-897.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 53-63.

Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety*. 2008; 25(6): 477-481.

Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2001; 110(4): 585-599.

Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, Boman M, Rück C, Landén M, Mataix-Cols D. Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, and Bipolarity: A Longitudinal Cohort and Multigenerational Family Study. *Schizophr Bull*. 2015; 41(5): 1076-1083.

Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res*. 1995; 59: 57-64.

Colluccia A, Fagiolini A, Ferretti F, Pozza A, Costoloni G, Bolognesi S, Goracci A. Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatr*. 2016; 22: 41-52.

De Mathis MA, Diniz JB, Hounie AG, Shavitt RG, Fossaluza V, Ferrão Y et al. Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013; 23(7), 594-601.

Denys D, de Geus F, van Megen HJGM, Westenberg HGM. Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2004; 128: 273-280.

Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry.* 1998; 155: 102-108.

Fernández de la Cruz L, Rydell M, Runeson B, D'Onofrio BM, Brander G, Rück C, Lichtenstein P, Larsson H, Mataix-Cols D. Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Mol Psychiatry.* 2017; 22(11): 1626-1632.

Ferrão YA, Shavitt RG, Prado HS, Fontenelle LF, Malavazzi DM, Mathis MA, Hounie AG, Miguel EC, Rosário MC. Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: An exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Res.* 2012; 197: 253-258.

Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum C, Gale T, Rössler W, Angst J. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2013; 17: 188–196.

Fireman B, Koran LM, Leventhal JL, Jacobson A. The Prevalence of Clinically Recognized Obsessive-Compulsive Disorder in a Large Health Maintenance Organization. *Am J Psychiatry.* 2001; 158: 1904–1910.

First MB; Spitzer RL; Gibbon M; Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (Version 2.0). Biometric Research Department, New York NY, New York State Psychiatric Institute, 1995.

Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacology Biol Psychiatry.* 2006; 30: 327-337.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989a; 41:1006-1011.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: validity. *Arch Gen Psychiatry.* 1989b; 41: 1012-1016.

Hantouche EG, Kochman F, Demonfaucon C, Barrot I, Millet B, Lancrenon S, Akiskal HS. Bipolar obsessive-compulsive disorder: confirmation of results of the “ABC-OCD” survey in 2 populations of patient members versus non-members of an association. *Encephale.* 2002; 28(1): 21-28.

Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lancrenon S, Akiskal HS. Cyclothymic OCD: a distinct form? *J Affect Disord.* 2003; 75: 1-10.

- Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland CT, Wong CM, Broatch J, Himelein CA. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*. 1998; 5(1): 48-58.
- Huang MF, Yen CF, Lung FW. Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*. 2010; 51: 243-249.
- Issler CK, Monkul ES, Amaral JAMS, Tamada RS, Shavitt RG, Miguel EC, Lafer B. Bipolar disorder and comorbid obsessive-compulsive disorder is associated with higher rates of anxiety and impulse control disorders. *Acta Neuropsychiat*. 2010; 22: 81-86.
- Jeon S, Baek JH, Yang SY, Choi Y, Ahn SW, Ha K. Exploration of comorbid obsessive-compulsive disorder in patients with bipolar disorder: the clinic-based prevalence rate, symptoms nature and clinical correlates. *J Affec Disord*. 2018; 225: 227-233.
- Júnior AS e Cordás TA. Depressão e ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*. 2002; 59(4), 221-8.
- Kazhungil F e Mohandas E. Management of obsessive-compulsive disorder comorbid with bipolar disorder. *Indian J Psychiatry*. 2016; 58 (3): 259–269.
- LaSalle VH, Cromer KR, Nelson KN, Kazuba D, Justement L, Murphy DL. Diagnostic Interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2004; 19: 163-173.
- Leckman JF. Questionário sobre História Natural do Transtorno Obsessivo-Compulsivo - Yale, versão traduzida para o português 06/2002.
- Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11(1): 21-33.
- Leckman JF; Riddle MA; Hardin MT. The Yale Global tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 1989; 8: 566-573.
- Macy AS, Theo JN, Kaufmann SCV, Ghazzaoui RB, Pawlowski PA, Fakhry HI, Cassmassi BJ, Ishak WW. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums*. 2013; 18: 21-33.
- Magalhães PVS, Kapczinski NS, Kapczinski F. Correlates and impact of obsessive-compulsive comorbidity in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2010; 51: 353-356.
- Mahasuar R, Reddy YCJ, Math SB. Obsessive-compulsive disorder with and without bipolar disorder. *Psych Clin Neurosci*. 2011; 65: 423-433.
- Maina G, Albert U, Pessina E, Bogetto F. Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disord*. 2007; 9: 722–729.

Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 543–552.

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

Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sarren J. The relationship between anxiety disorder and suicide attempts: Findings from National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Depress Anxiety*. 2010; 27: 791-798.

Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(3): 271-278.

Ozdemiroglu F, Sevincok L, Sen G, Mersin S, Kocabas O, Karakus K, Vahapoglu F. Comorbid obsessive-compulsive disorder with bipolar disorder: A distinct form? *Psychiatry Res*. 2015; 230: 800-805.

Perugi G, Toni C, Frare F, Traverso MC, Hantouche E, Akiskal HS. Obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: a systematic exploration of clinical features and treatment outcome. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(12): 1129-1134.

Perugi G, Akiskal HS, Ramacciotti S. Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: is there a bipolar connection? *J Psychiatr Res*. 1999; 33(1): 53-61.

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

Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, Fossaluza V, Mathis MA, Rosário MC, Fontenelle LF, Ferrão YA, Cordioli AV, Petribu K, Hounie AG, Miguel EC, Shavitt RG, Koenen KC. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry*. 2011; 52: 386–393.

Raja M, Azzoni A. Clinical management of obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: a case series. *Bipolar Disord*. 2004;6(3): 264-270.

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

Rosario-Campos MC, Prado HS, Shavitt RG, Hounie AG, Chacon PJ, Mathis ME, Mathis MA, Leckman JF, Miguel EC. Escala para Avaliação de Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS). FMUSP, 10ª versão, 2005.

-
- Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15: 53-63.
- Saraf G, Paul I, Viswanath B, Narayanaswamy JC, Math SB, Reddy YJ. Bipolar disorder comorbidity in patients with a primary diagnosis of OCD. *Int J Psychiatr Clin Pract*. 2017; 21(1): 70-74.
- Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behav Res Ther*. 2001; 29: 635-649.
- Shabani A, Alizadeh A. The specific pattern of obsessive-compulsive symptoms in patients with bipolar disorder. *J Res Med Sci*. 2008; 13(2): 48-54.
- Shashidhara M, Sushma BR, Viswanath B, Math SB, Reddy YCJ. Comorbid obsessive-compulsive disorder in patients with bipolar-I disorder. *J Affect Disord*. 2015; 174: 367-371.
- Shavitt RG, de Mathis MA, Oki F, Ferrao YA, Fontenelle LF, Torres AR et al. Phenomenology of OCD: lessons from a large multicenter study and implications for ICD-11. *J Psychiatr Res*. 2014; 57, 141-48.
- Sica C, Bottesi G, Orsucci A, Pieraccioli C, Sighinolfi C, Ghisi M. “Not just right experiences” are specific to obsessive-compulsive disorder. Further evidence from Italian clinical samples. *J Anxiety Disord*. 2015; 31: 73-83.
- Sibrava NJ, Boisseau CL, Eisen JL, Mancebo MC, Rasmussen SA. An empirical investigation of incompleteness in a large clinical sample of obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2016; 42: 45-51.
- Stata Corporation. *Stata Statistical Software*. Release 12.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2011.
- Taylor CT, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pol-lack MH, Nierenberg AA, Simon NM. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord*. 2008; 22: 868-876.
- Timpano KR, Rubenstein LM, Murphy DL. Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depress Anxiety*. 2012;29(3): 226-233.
- Tonna M, Amerio A, Odone A, Stubbs B, Ghaemi SN. Comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: Which came first? *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(7):695-8.
- Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, Miguel EC. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord*. 2016; 190: 508-516.
- Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27: 237-242.

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

Torres AR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrão YA, Fontenelle LF, do Rosário MC, Miguel EC. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(1): 17-26.

Torres AR, Shavitt RG, Torresan RC, Ferrão YA, Miguel EC, Fontenelle LF. Clinical features of pure obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2013; 54:1042–1052.

Tükel R, Meteris H, Koyuncu A, Tecer A, Yazici O. The clinical impact of mood disorder comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006; 256(4): 240-245.

Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002; 43: 204-209.

Vázquez GH, Baldessarini RJ, Tondo L. Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview. *Depression and Anxiety*. 2014; 31:196-206.

Zutshi A, Kamath P, Reddy J. Bipolar and nonbipolar obsessive-compulsive disorder: a clinical exploration. *Compr Psychiatry*. 2007; 48: 245-251.

Weissman M, Bland R, Canino G, Greenwald S, Hwu H, Lee C, Newman S, Oakley-Browne M. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55: 5-10.

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo com (TOC+TB) e sem transtorno bipolar comórbido (TOC-TB).

	Total n=955	TOC+TB n=74 (7,75%)	TOC-TB n=881 (92,25%)	p	OR (IC 95%)
Idade (anos) – média (DP)	35,8 (12,5)	34,9 (10,7)	35,9 (12,6)	0,80*	0,084**
Sexo (masculino) – N (%)	400 (41,9)	32 (43,2)	368 (41,8)	0,81	0,94 (0,58 – 1,52)
Estado civil (casado) – N (%)	376 (39,4)	37 (50,0)	339 (38,5)	0,051	1,59 (0,99 – 2,57)
Situação ocupacional (desempregado) – N (%)	153 (16,0)	14 (18,9)	139 (15,8)	0,48	1,24 (0,67 – 2,29)
Classe social alta (A ou B) – N (%)	530 (55,5)	46 (62,2)	484 (54,9)	0,23	0,74 (0,45 – 1,20)
Etnia (caucasiano) – N (%)	792 (82,9)	62 (83,8)	730 (82,9)	0,83	1,06 (0,56 – 2,03)
Escolaridade					
Anos de estudo – média (DP)	14,8 (4,9)	16,1 (5,0)	14,6 (4,9)	0,02*	0,30**
Curso superior (completo ou não) – N (%)	507 (53,1)	42 (56,8)	465 (52,8)	0,52	1,17 (0,72 – 1,89)
Já repetiu algum ano – N (%)	399 (41,8)	35 (47,3)	364 (41,4)	0,32	1,27 (0,79 – 2,04)
Início insidioso dos sintomas	740 (77,5)	56 (75,7)	684 (77,6)	0,69	0,89 (0,51 – 1,56)
Idade de início dos SOC (anos) – média (DP)	12,7 (7,4)	12,2 (7,3)	12,8 (7,4)	0,39*	0,08**
Idade quando os SOC começaram incomodar (anos) – média (DP)	22,2 (10,6)	21,7 (10)	22,3 (10,7)	0,78*	0,05**
Idade de início do tratamento do TOC (anos) – média (DP)	30,2 (12,7)	29,9 (11,9)	30,2 (12,7)	0,99*	0,02**
Curso episódico do TOC – N (%)	123 (12,9)	11 (14,9)	112 (12,7)	0,60	0,83 (0,42 – 1,63)
Dimensões de SOC (na vida) – N (%)					
Agressão	645 (67,5)	52 (70,3)	593 (67,3)	0,60	1,14 (0,68 – 1,92)
Sexual/Religiosa	548 (57,4)	50 (67,6)	498 (56,5)	0,06	1,60 (0,96 – 2,65)
Contaminação/Limpeza	699 (73,2)	57 (77,0)	642 (72,9)	0,44	1,24 (0,71 – 2,18)
Simetria/Ordenação	826 (86,6)	68 (91,9)	758 (86,1)	0,16	1,82 (0,77 – 4,30)
Acumulação	508 (53,2)	43 (58,1)	465 (52,8)	0,38	1,24 (0,76 – 2,00)
Miscelânea (diversas)	833 (87,2)	65 (87,8)	768 (87,2)	0,87	1,06 (0,51 – 2,19)
Fenômenos sensoriais – N (%)	582 (65,0)	51 (77,3)	531 (64,0)	0,03	1,90 (1,05 – 3,45)
Y-BOCS – escore total – média (DP)	25,6 (7,5)	26,6 (7,1)	25,5 (7,5)	0,23*	0,15**
Y-BOCS – escore obsessões – média (DP)	12,7 (3,9)	13,3 (4,1)	12,7 (3,9)	0,14*	0,15**
Y-BOCS – escore compulsões – média (DP)	12,9 (4,1)	13,3 (3,7)	12,8 (4,1)	0,39*	0,13**
Sintomas depressivos – média BDI (DP)	16,7 (11,2)	20,1 (11,2)	16,4 (11,1)	0,009*	0,33**
Sintomas ansiosos – média BAI (DP)	16,3 (11,3)	20,8 (12,1)	15,9 (11,2)	<0,001*	0,42**
BABS – escore total – média (DP)	6,8 (5,5)	7,9 (5,7)	6,7 (5,5)	0,09*	0,20**
Crítica pobre/prejudicada – N (%)	115 (12,0)	15 (20,3)	100 (11,3)	0,02	1,98 (1,08 – 3,63)
Psicoterapia – N (%)	614 (64,3)	56 (75,7)	558 (63,3)	0,03	1,80 (1,03 – 3,12)
Internação psiquiátrica – N (%)	66 (6,9)	9 (12,2)	57 (6,5)	0,06	2,00 (0,94 – 4,23)
Eletroconvulsoterapia – N (%)	13 (1,4)	2 (2,7)	11 (1,2)	0,30	2,19 (0,47 – 10,11)
“Suicidalidade” (na vida) – N (%)					
Já pensou em se suicidar	333 (36,4)	36 (52,9)	297 (35,1)	0,003	2,08 (1,26 – 3,43)
Já chegou a planejar a forma de fazê-lo	188 (20,5)	27 (39,7)	161 (19,0)	<0,001	2,80 (1,66 – 4,72)
Já tentou suicídio	97 (10,6)	15 (22,1)	82 (9,7)	0,001	2,64 (1,41 – 4,91)
História familiar de suicídio – N (%)					
Alguém na família já se suicidou	149 (16,3)	15 (22,1)	134 (15,8)	0,18	1,50 (0,82 – 2,74)
Alguém na família já tentou se suicidar	173 (18,9)	24 (35,3)	149 (17,6)	<0,001	2,55 (1,49 – 4,34)
História psiquiátrica familiar – N (%)					
Sintomas obsessivo-compulsivos	481 (50,4)	45 (60,8)	436 (49,5)	0,06	1,58 (0,97 – 2,56)
Sintomas de depressão	628 (67,0)	59 (79,7)	569 (65,9)	0,02	2,03 (1,13 – 3,65)
Sintomas de euforia/agitação	167 (17,9)	31 (42,5)	136 (15,8)	<0,001	3,94 (2,37 – 6,54)

*Teste de Mann-Whitney (não paramétrico), ** D de Cohen, SOC: Sintomas Obsessivos-Compulsivos; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, BDI: Beck Depression Inventory, BAI: Beck Anxiety Inventory, BABS: Brown Assessment of Beliefs Scale

Tabela 2: Transtornos psiquiátricos em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo com (TOC+TB) e sem transtorno bipolar comórbido (TOC-TB).

Transtornos psiquiátricos comórbidos (na vida)	Total n = 955 N (%)	TOC+TB n =74 (7,75%) N (%)	TOC-TB n = 881 (92,25%) N (%)	p	OR (95% IC)
Distímia	116 (12,1)	4 (5,4)	112 (12,7)	0,06*	0,39 (0,14 – 1,09)
Transtornos de ansiedade (em geral)	674 (70,6)	62 (83,8)	612 (69,5)	0,009	2,27 (1,20 – 4,29)
Transtorno de ansiedade generalizada	326 (34,1)	36 (48,6)	290 (32,9)	0,006	1,93 (1,19 – 3,11)
Transtorno de pânico com agorafobia	198 (20,7)	28 (37,8)	170 (19,3)	<0,001	2,54 (1,53 – 4,20)
Transtorno de pânico sem agorafobia	59 (6,2)	7 (9,5)	52 (5,9)	0,22	1,66 (0,72 – 3,81)
Agorafobia	48 (5,0)	7 (9,5)	41 (4,6)	0,07	2,14 (0,92 – 4,96)
Fobia específica	302 (31,6)	30 (40,5)	272 (30,9)	0,09	1,52 (0,93 – 2,48)
Fobia social	337 (35,3)	31 (41,9)	306 (34,7)	0,22	1,35 (0,83 – 2,19)
Transtorno de estresse pós-traumático	186 (19,5)	16 (21,6)	170 (19,3)	0,63	1,15 (0,64 – 2,05)
Transtorno por uso de álcool	77 (8,1)	11 (14,9)	66 (7,5)	0,02	2,15 (1,08 – 4,29)
Transtorno por uso de outras drogas	34 (3,6)	5 (6,8)	29 (3,3)	0,12	2,12 (0,79 – 5,68)
Transtornos alimentares (em geral)	113 (11,8)	18 (24,3)	95 (10,8)	0,001	2,65 (1,49 – 4,73)
Anorexia nervosa	25 (2,6)	5 (6,8)	20 (2,3)	0,04*	3,11 (1,13 – 8,59)
Bulimia	27 (2,8)	4 (5,4)	23 (2,6)	0,15*	2,13 (0,71 – 6,34)
Transtorno da compulsão alimentar	79 (8,3)	12 (16,2)	67 (7,6)	0,01	2,35 (1,20 – 4,59)
Transtorno dismórfico corporal	111 (11,6)	17 (23,0)	94 (10,7)	0,002	2,49 (1,39 – 4,48)
Hipocondria	33 (3,5)	4 (5,5)	29 (3,3)	0,31*	1,67 (0,57 – 4,91)
Transtorno de controle de impulsos (em geral)	352 (36,9)	42 (56,8)	310 (35,2)	<0,001	2,41 (1,49 – 3,92)
Cleptomania	27 (2,8)	4 (5,4)	23 (2,6)	0,15*	2,13 (0,71 – 6,34)
Piromania	4 (0,4)	0	4 (0,5)	1*	-
Transtorno explosivo intermitente	73 (7,6)	12 (16,2)	61 (6,9)	0,004	2,60 (1,32 – 5,10)
Jogo patológico	6 (0,6)	3 (4,0)	3 (0,3)	0,008*	12,37 (2,41 – 63,25)
Tricotilomania	60 (6,3)	8 (10,8)	52 (5,9)	0,095	1,93 (0,87 – 4,24)
Comprar compulsivo	107 (11,2)	20 (27,0)	87 (9,9)	<0,001	3,38 (1,92 – 5,94)
Sexo compulsivo	36 (3,8)	8 (10,8)	28 (3,2)	0,001	3,69 (1,61 – 8,46)
Internet	28 (2,9)	3 (4,0)	25 (2,8)	0,47*	1,45 (0,42 – 4,91)
<i>Skin-picking</i>	159 (16,6)	21 (28,4)	138 (15,7)	0,005	2,13 (1,24 – 3,65)
TDAH	131 (13,7)	17 (23,0)	114 (12,9)	0,02	2,00 (1,12 – 3,57)
Tiques	264 (27,6)	22 (29,7)	242 (27,5)	0,68	1,11 (0,66 – 1,87)
Síndrome de Tourette	77 (8,1)	9 (12,2)	68 (7,7)	0,18	1,65 (0,78 – 3,47)

*Teste exato de Fisher

Tabela 3. Variáveis que se mantiveram associadas à comorbidade do transtorno bipolar (TOC+TB) na regressão logística.

VARIÁVEIS	OR (95% IC)	<i>p</i>	OR ajustado (95% IC)	<i>p</i>
TRANSTORNO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA	2,54 (1,53 - 4,20)	< 0,001	2,34 (1,37 - 3,97)	0,002
TRANSTORNOS DE CONTROLE DE IMPULSOS	2,41 (1,49 - 3,92)	< 0,001	2,03 (1,21 - 3,40)	0,007
TENTATIVAS DE SUICÍDIO	2,64 (1,41- 4,91)	0,001	2,17 (1,14 - 4,11)	0,017

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de comorbidade no TOC não é uma exceção, pois cerca de 90% dos portadores apresentam outro transtorno psiquiátrico, principalmente o transtorno depressivo e os transtornos de ansiedade. A co-ocorrência de outros transtornos geralmente dificulta o diagnóstico, aumenta a gravidade do quadro clínico e piora o prognóstico.

O transtorno bipolar não é a comorbidade mais frequente em amostras de pacientes com TOC, porém em estudos com portadores de TB a presença de TOC comórbido é mais prevalente. Os indivíduos com ambos os transtornos apresentam resposta pior ao tratamento e maior severidade clínica com mais tentativas de suicídio e mais comorbidades psiquiátricas, como o transtorno de pânico com agorafobia e os transtornos de controle de impulsos.

É fundamental que o diagnóstico precoce desta comorbidade seja feito para que cada paciente receba o acompanhamento terapêutico mais adequado e, conseqüentemente, tenha um prognóstico mais favorável.

5. ANEXOS

5.1. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNESP - FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comorbidade do Transtorno Bipolar em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo: prevalência e fatores associados.

Pesquisador: MARIANA DE SOUZA DOMINGUES CASTRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68323217.8.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.103.421

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de apresentado ao departamento de Saúde Coletiva da FMB UNESP Botucatu visando a obtenção do título de mestre.

Afirma a pesquisadora que enquanto a comorbidade com o transtorno depressivo, que é a mais comum no TOC vem sendo bastante estudada, poucos estudos, até o momento, investigaram o subgrupo de pacientes que apresentam comorbidade com o transtorno bipolar (TB).

Assim, salientou-se que a comorbidade com TB no TOC implica num grande desafio no manejo destes pacientes, tanto em relação ao tratamento farmacológico quanto psicoterápico. Assim, conhecer melhor as características deste subgrupo de pacientes com TOC pode favorecer, no futuro, o acompanhamento terapêutico mais adequado destes pacientes.

Objetivo da Pesquisa:

Tem por objetivo primário estimar a prevalência e investigar possíveis fatores sócio-demográficos e clínicos associados à comorbidade do Transtorno Bipolar numa amostra de pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtorno Obsessivo-Compulsivo - C-TOC.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Já o objetivo secundário é estimar a prevalência atual e na vida de Transtorno Bipolar comórbido na casuística;

- Comparar portadores de TOC com e sem comorbidade com TB na vida em relação a diversas variáveis sócio-demográficas e clínicas, incluindo idade de início, tipo de início e gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), curso clínico e gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos associados;
- Estudar as possíveis associações entre comorbidade com TB e dimensões específicas de SOC;
- Estudar as possíveis associações entre comorbidade com TB e outras comorbidades psiquiátricas no TOC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto não há demonstração de riscos, vez que serão coletadas informações de banco de dados específico criado entre 2003 e 2009.

Quanto a eventual risco de confidencialidade, há de se dizer que é ínfimo, pois os dados já encontram-se disponíveis para pesquisa pública, além do que foi garantida a confidencialidade.

Quanto aos benefícios o projeto deve contribuir para um melhor conhecimento, sobre o tema, além de aprimorar a compreensão das características clínicas de um subgrupo de pacientes portadores de TOC e transtorno bipolar comórbido. Tais conhecimentos podem contribuir, futuramente, para um acompanhamento terapêutico mais adequado e melhor evolução clínica (prognóstico) de pacientes com tais transtornos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

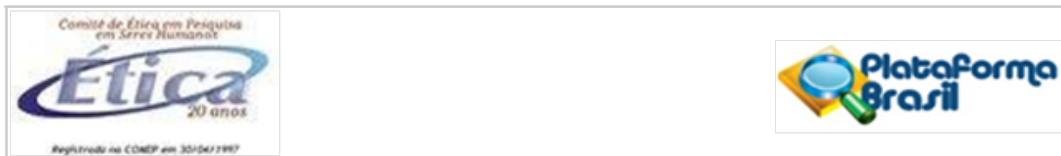
A metodologia se mostra adequada.

Elenca a pesquisadora que será um estudo transversal com amostra clínica de 955 participantes do banco de dados do C-TOC (Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo), comparando-se indivíduos adultos com e sem transtorno bipolar (TB) comórbido em relação a variáveis que podem se associar a tal desfecho. Trata-se de análise secundária de dados já coletados.

Serão utilizados dados do protocolo de pesquisa do C-TOC, que inclui informações sociodemográficas e clínicas abrangentes dos pacientes e que foi coletado de modo padronizado pelos sete centros de pesquisa dos anos 2003 a 2009.

Além disso serão aplicadas escalas e ao final análise estatística dos dados coletados.

Traçou-se por critérios de inclusão participantes "adultos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo como principal diagnóstico psiquiátrico, procedentes dos sete centros de pesquisa do CTOC,



diagnosticados segundo critérios do DSM-IV (APA, 1994) e com confirmação diagnóstica pela Entrevista Clínica Estruturada SCID-I (First et al., 1995).” E ainda por critérios de exclusão “menores de 18 anos, presença de retardo mental, graves transtornos invasivos do desenvolvimento, esquizofrenia, ou qualquer outro transtorno que interferisse na capacidade do indivíduo participar fornecendo as informações necessárias”.

O projeto terá início em 05/07/2017 e término em 09/03/2018, estimando-se para tanto custo de R\$ 500,00 através de financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No que tange aos termos e autorizações, tem-se que foram devidamente apresentados nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam a autorização e cumprimento do diretor da Faculdade de Medicina de Botucatu; Declaração de Anuência do Escritório de Apoio à pesquisa relativo ao Fluxo Institucional de Projetos de Pesquisa da FMB-UNESP.

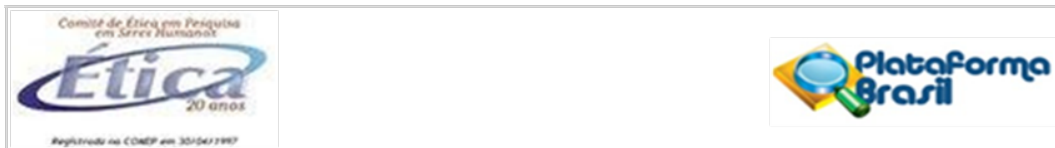
Foi solicitada pela pesquisadora, a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como apresentada justificativa plausível no seguinte sentido: “Análise secundária de dados coletados entre 2003 e 2009”.

Desta feita, considera-se que por ser um estudo observacional e retrospectivo, que utilizará apenas informações de bancos de dados de sistema de informação institucional, e fontes de dados e informações clínicas já colhidas a tempo considerável, não será permitida a identificação individual dos participantes. Neste sentido e pelo já exposto há de se dizer que não há a necessidade de TCLE nos termos da Resolução 466/12 do CNS, mesmo porque não apresenta qualquer tipo de intervenção direta, mas sim análise de dados.

Ademais, ressalte-se a impossibilidade temporal e física para eventual obtenção de ciência e autorização do uso dos dados dos pacientes/participantes que foram, o que por si só obstaria o progresso científico e confrontaria os princípios norteadores da Resolução 466/12, quais sejam beneficência e relevância social da pesquisa.

Recomendações:

Recomenda-se a entrega dos resultados para a instituição onde será realizada a pesquisa, e aos órgãos governamentais que houver conveniência.



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante dos termos supra relatados, o recomenda-se aprovação sem necessidade de envio do estudo à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 05/06/2017, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado o Relatório Final de Atividades, o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 05/06/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

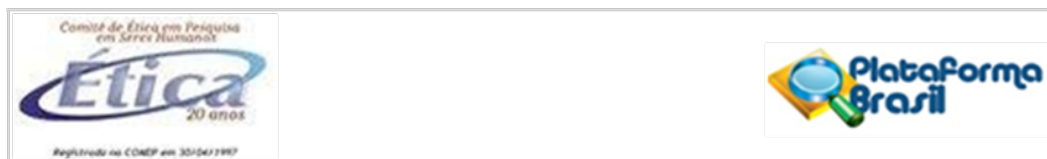
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_879654.pdf	15/05/2017 10:38:04		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	15/05/2017 10:37:31	MARIANA DE SOUZA DOMINGUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/05/2017 10:36:57	MARIANA DE SOUZA DOMINGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Mariana_PROJETO_DE_PESQUISA_revisto.pdf	09/05/2017 10:47:42	MARIANA DE SOUZA DOMINGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



BOTUCATU, 06 de Junho de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

5.2. APOSTILA C-TOC

APOSTILA DE 1º ATENDIMENTO

Versão 2007



PACIENTE: _____

RG PROJETO Nº _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____
site* mês/ano-nasc mês/ano-entrev no família ordem* iniciais*

PROJETO: _____

CENTRO DE PESQUISA Nº: _____

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO: _____

DATA DO 1º ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____

Para citação:

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

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

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

No. do Centro de Pesquisa	Nome	Vinculação Institucional	Coordenação	Cidade, Estado
1	PROTOC	HC-FMUSP	Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho	São Paulo, SP
2	PRODOC	UNIFESP	Dra. Christina González	São Paulo, SP
3	ATAOC	UNESP	Dra. Albina Torres	Botucatu, SP
4	IPUB/UFRJ	UFRJ	Dr. Leonardo Fontenelle	Rio de Janeiro, RJ
5	SERTOOC	UFBA	Dra. Maria Conceição do Rosário-Campos	Salvador, BA
6	C-TOC/PE	UPE	Dra. Kátia Petribú	Pernambuco, RE
7	PROTAN	UFRGS	Dr. Aristides Cordioli	Porto Alegre, RS
8	ATEOC	FFFCMPA	Dr. Ygor Ferrão	Porto Alegre, RS

Endereço para correspondência:

Dr. Eurípedes Constantino Miguel Filho, Coordenador Geral.
 Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (CTOC)
 Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP – IPq/HCFMUSP
 Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, CEP 05403-010 - São Paulo - SP - Brasil.
 Tel.: (011) 3069 6972 - Fax: (011) 3069 7895- E-MAIL: ctocbrasil@terra.com.br

Para uso dos Profissionais – Legenda

***Site:**

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

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

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

Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Dados de identificação do paciente ou responsável legal

- 1) Nome do paciente: _____
Documento de identidade nº: _____ Sexo: F M Data Nasc: ___/___/___
Endereço: _____ nº: _____ Apto: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
Tel.: DDD (____) _____ E-mail: _____
- 2) Responsável legal: _____
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador): _____
Documento de identidade nº: _____ Sexo: F M Data Nasc: ___/___/___
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
Tel.: DDD (____) _____ E-mail: _____
-

Proposta da Pesquisa

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

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

Procedimentos

Caso eu aceite participar deste estudo, terei que responder a uma série de entrevistas semi-estruturadas e escalas de avaliação que podem durar de 4 a 6 horas para seu total preenchimento. Quando necessário poderá ser colhido material sanguíneo ou de outra espécie, desde que não estejam envolvidos riscos para a minha saúde. O material poderá ser congelado para eventuais análises em projetos futuros. Caso a utilização desse material seja enquadrada em algum projeto que necessite de aprovação específica, estou ciente de que poderei ser novamente contatado para dar meu novo consentimento.

Riscos e Inconveniências

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

Benefícios

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

Alternativas para participação

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

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

Uso de material

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

Sigilo e privacidade

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

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

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

Demais informações

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

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

Data: ____ de _____ de 20 ____ .

Paciente

Pesquisador que obteve o consentimento

QUESTIONÁRIO MÉDICO E SOBRE FATORES DE RISCO

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

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Sexo: M F

Estado Civil: _____ Adotado? Sim Não

Números de Filhos: _____ Não Tem Filhos

Naturalidade (Cidade e Estado onde nasceu): _____

Procedência (Cidade e Estado onde mora): _____

Com quem mora? Pais ou um dos pais Outros parentes
 Pais (ou um dos pais) e irmãos Amigos
 Cônjuge Outros
 Cônjuge e filho(s) Sozinho

Religião: Católico Espírita
 Protestante Testemunha de Jeová
 Evangélico/Crente Sem religião
 Outra, qual: _____ Judeu

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

Ocupação Atual: Trabalhando Desempregado
 Aposentado por tempo de serviço Do lar
 Aposentado por invalidez Afastado (licença médica)
 Estudante Outro, qual: _____
 Nunca trabalhou

Etnia: Branca Negra Amarela Parda/mulata Outros: _____

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

Seus pais são parentes? Sim Não

Você é gêmeo? Sim Não

Quem encaminhou você para esta pesquisa?

HISTÓRICO ESCOLAR

Qual o seu grau de escolaridade?

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

Você já repetiu algum ano? Sim Não

Se sim, qual (quais) o(s) ano(s)? _____

E por quais razões? _____

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

HISTÓRICO PROFISSIONAL:

Qual sua profissão? _____

Você está trabalhando? Sim Não

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

HISTÓRICO MÉDICO

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

Houve alguma complicação durante a gestação do paciente?

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

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

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

- Sim Não Não sei

Se Sim, especifique o trimestre:

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

Tipo de teste: _____

Razão: _____

Durante a gestação, a mãe do paciente...

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

- Sim Não Não sei

Se sim, quantos? _____

Quando? 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

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

- Sim Não Não sei

Se sim, quantas? _____

Quando? 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

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

- Sim Não Não sei

Se sim, quantas? _____

Quando? 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

⇒ Usou algum tipo de droga ou medicamento?

- Sim Não Não sei

Se sim, quanto tempo? _____

Que tipo? Especifique: _____

Quando? 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

HISTÓRIA MÉDICA GERAL

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

(Por favor, não deixe nada em branco)

Sim	Não	Não sei	Idade:	Encefalite
Sim	Não	Não sei	Idade:	Meningite
Sim	Não	Não sei	Idade:	Poliomielite
Sim	Não	Não sei	Idade:	Infecção freqüente da garganta
Sim	Não	Não sei	Idade:	Coma
Sim	Não	Não sei	Idade:	Convulsão/ataques
Sim	Não	Não sei	Idade:	Tremores
Sim	Não	Não sei	Idade:	Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)
Sim	Não	Não sei	Idade:	Enxaqueca
Sim	Não	Não sei	Idade:	Asma
Sim	Não	Não sei	Idade:	Diabetes
Sim	Não	Não sei	Idade:	Episódio de amnésia
Sim	Não	Não sei	Idade:	Hipotireoidismo
Sim	Não	Não sei	Idade:	Hipertireoidismo
Sim	Não	Não sei	Idade:	Febre Reumática
Sim	Não	Não sei	Idade:	Derrame cerebral

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

Sim Não

Se não, quem fez o diagnóstico? _____

Você já fez ou teve algum aborto? Sim Não Não se aplica

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

Qual (Quais)? _____

QUESTIONÁRIO DE FEBRE REUMÁTICA
--

Você tem (ou teve) **FEBRE REUMÁTICA**? Sim Não
 Quantos anos você tinha quando teve seu primeiro episódio de Febre Reumática? _____

Você teve mais algum episódio de Febre Reumática? Sim Não
 Se Sim, quantos anos você tinha? _____

Quem fez o diagnóstico de Febre Reumática? _____

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

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

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

- Cultura orofaríngea para estreptococo β hemolítico do grupo A ()
Resultado: Positivo Negativo
- Anticorpo DNase B. *Resultado:* maior valor _____
- ASLO. *Resultado:* maior valor _____

Você tem alguma seqüela cardíaca da FR? (Sopro Cardíaco) _____
 Qual? _____

MAIS ALGUÉM DA FAMÍLIA RECEBEU DIAGNÓSTICO DE FEBRE REUMÁTICA?

Sim Não

Se sim, quem? (grau de parentesco) _____

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

Descreva: _____

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

Descreva: _____

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico?

Sim

Não

Reveja cuidadosamente e complete o seguinte quadro:

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

Para tratamentos anteriores:

(1) **Sem resposta** (sem alteração)

(2) **Resposta parcial**, mas não satisfatória (ligeiramente melhor)

(3) **Resposta satisfatória** (melhor ou muito melhor)

Para o entrevistador:

Uso adequado = pelo menos durante 12 semanas, doses máximas convencionais ou doses máximas toleradas (descrever os efeitos colaterais mais limitantes).

Medicação	Já tomou?		Idade em que tomou? (em anos)	Duração do tratamento (em meses)	Tomando agora?		Dose atual	Dose máxima	Uso adequado? (legenda acima)	Resposta ao Tratamento (legenda acima)	
	SIM	NÃO			SIM	NÃO					
ANTIDEPRESSIVOS – IRS E ISRS											
Fluoxetina (Prozac, Verotina, Fluxene, Daforin, Eufor, Nortec, Deprax, Psiquial)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Fluvoxamina (Luvox)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera, Roxetin)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Sertralina (Zoloft, Tolrest, Serenata, Sercerin, Assert, Novativ, Seronip)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Citalopram (Cipramil, Procimax, Denyl, Alcytam)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Escitalopram (Lexapro)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Clomipramina (Anafranil, Clo)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
ANTIDEPRESSIVOS – OUTROS											
Imipramina (Tofranil)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Mirtazapina (Remeron)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Venlafaxina (Efexor, Venlift)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Minalciprano (Ixel)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
OUTROS	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS											
Alprazolam (Frontal, Apraz, Altrox, Tranquinal)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Clonazepam (Rivotril, Clonotril)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Diazepam (Diempax, Valium)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
OUTROS	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
ANTI-CONVULSIVANTES											
Carbamazepina (Tegretol, Tegretard)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)
Oxcarbamazepina (Trileptal)	S	N			S	N			S	N	(1) (2) (3)

Valproato (Depakene, Valpakene Depakote)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Topiramato (Topamax)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
OUTROS	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
ANTI-HIPERTENSIVOS													
Clonidina (Atensina)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
OUTROS	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
NEUROLÉPTI COS - TÍPICOS													
Clorpromazina (Amplictil, Longactil)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Haloperidol (Haldol)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Pimozida (Orap)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
OUTROS	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
NEUROLÉPTI COS - ATÍPICOS													
Clozapina (Leponex)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Olanzapina (Zyprexa)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Ziprasidona (Geodon)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Aripiprazol (Abilify)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Risperidona (Risperdal, Zargus, Risperidon, Re spidon)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Sulpirida (Equilid; Sulpan, Dogmatil)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
LÍTIO (Carbolitium)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
ESTIMULANTES													
Metilfenidato (Ritalina; Concerta; RitalinaLA)	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)
Outros ?	S	N			S	N			S	N	(1)	(2)	(3)

▪ Você já realizou Psicoterapia? Sim Não

Se sim:

Qual tipo/técnica? _____

Por quanto tempo? _____. Quantas horas por semana? _____

Com quem? _____

Você completou o tratamento proposto? Sim Não Está em tratamento

Se não, por quais motivos? _____

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

Se sim, Quantas vezes? _____

Onde? _____

Quanto tempo durou cada internação?

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. _____ semana | 2. _____ semanas |
| 3. _____ semanas | 4. _____ semanas |
| 5. _____ semanas | 6. _____ semanas |

	Sim	Não
▪ Você já fez Eletroconvulsoterapia?		
Se sim, Onde? _____		
Quantas vezes? _____		Quantas sessões? _____
* Alguma vez você já achou que não valia a pena viver?	(1) sim	(2) não
Se sim, quando foi isso?		

* Alguma vez você já desejou estar morto(a)?	(1) sim	(2) não
Se sim, quando foi isso?		

* Alguma vez você já pensou se suicidar?	(1) sim	(2) não
Se sim, quando foi isso?		

* Você já chegou a planejar a forma de fazê-lo?	(1) sim	(2) não
Se sim, quando foi isso?		

* Você já chegou a tentar suicídio?	(1) sim	(2) não
* Se sim: quantas vezes? _____		
Quando foi isso, de que forma e porque motivo?		

* Você chegou a precisar de tratamento na ocasião?	(1) sim	(2) não
* Você foi internado por tentar suicídio? (1) não		
(2) sim, em pronto-socorro ou hospital geral		
(3) sim, em hospital-dia de psiquiatria		
(4) sim, em hospital psiquiátrico		
* Se sim, por quanto tempo? _____ (dias)		
* E atualmente, você chega a pensar em se suicidar?	(1) sim	(2) não
Se sim, como é esse pensamento?		

* Alguém na sua família já se suicidou?	(1) sim	(2) não
Se sim, quem, como e quando?		

* Alguém na sua família já tentou se suicidar?	(1) sim	(2) não

CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

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

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

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

Itens de conforto familiar - critério ABIPEME

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

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

Os limites de classificação ficaram assim definidos:

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

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

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

1. Questionário Auto-Aplicável sobre Sintomas Obsessivo-Compulsivos de acordo com dimensões;
2. Avaliação Clínica da Gravidade dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos de acordo com dimensões;
 - Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
 - Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões relacionadas
 - Obsessões e Compulsões de Simetria, Ordem, Contagem e Arranjo
 - Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza
 - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo
 - Obsessões e Compulsões Diversas
3. Avaliação Clínica da Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Janeiro 2006

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

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

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

Caro Paciente e/ou Familiar,

Por favor, leia esta introdução.

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

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

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

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

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

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

Obrigado!

Parte I: Lista de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

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

Pedimos para que você complete todo o questionário.

Quando estiver completando o questionário, considere as seguintes definições:

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

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

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

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

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

A. Lista de sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade De Início	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				1. Tenho obsessões de que eu posso me ferir. Por exemplo, medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro ou medo de andar perto de janelas de vidro.
				2. Tenho obsessões de que eu vou ser ferido. Por exemplo, medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos venham a me ferir.
				3. Verifico se não me feri ou se não fui ferido. Por exemplo, procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para reassegurar-me de que não feri a mim mesmo.

				4. Tenho obsessões de que posso ferir outras pessoas. Por exemplo, medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para a frente de um carro ou de um trem.
				5. Tenho obsessões de que vou ferir outras pessoas sem querer. Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações errados.
				6. Tenho obsessões de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				7. Verifico se não feri outros ou se outros não foram feridos. Por exemplo, verificar se não feriu alguém sem saber. Você pode perguntar aos outros para reassegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem.
				8. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				9. Tenho obsessões de que posso dizer obscenidades ou insultos. Por exemplo, medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas.
				10. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
				11. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc.
				12. Verifico se algo terrível acontecerá ou aconteceu. Por exemplo, procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem.
				13. Verifico ou tomo outras medidas (diferentes de verificações) de modo a prevenir ferir-me, ferir outros, ou evitar outras conseqüências terríveis. Por exemplo, ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar manusear facas, tesouras, vidro.
				14. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter tido um “mau” pensamento sobre agressão/ferimentos, com o objetivo de prevenir terríveis conseqüências. Por favor, marque este item somente se a repetição for realizada em resposta aos pensamentos relacionados à violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.

				15. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar em um “bom” pensamento para anular um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentais que você tem que relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos para aliviar obsessões sobre violência, comportamentos agressivos ou desastres naturais.
--	--	--	--	---

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

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

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

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

Se “Sim”, quais destes sintomas incomodaram-lhe durante a última semana? _____
(Escreva o número do item)

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

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

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 1 a 15).

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

Dimensão II - Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				16. Tenho pensamentos, imagens ou impulsos impróprios ou proibidos. Por exemplo, pensamentos sexuais involuntários sobre estranhos, familiares ou amigos.
				17. Tenho obsessões sexuais cujo conteúdo envolve crianças ou incesto. Por exemplo, pensamentos indesejáveis sobre molestar crianças sexualmente, inclusive os próprios filhos.
				18. Tenho obsessões sobre homossexualidade. Por exemplo, medo de ser homossexual ou medo de, subitamente, transformar-se em "gay", quando não existem razões para estes pensamentos.
				19. Tenho obsessões sobre conduta sexual agressiva em relação aos outros. Por exemplo, imagens indesejáveis de comportamento sexual violento com adultos estranhos, amigos ou familiares.

				20. Verifico para me certificar de que não fiz nada de errado de natureza sexual. Por exemplo, checando meus órgãos genitais, a cama ou roupas para ver se há alguma evidência de ter feito algo errado. Pergunto para me reassegurar de que nada ruim de natureza sexual aconteceu.
				21. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sexuais. Por exemplo, não vou a uma seção de revistas em uma livraria por causa de algumas fotos ou títulos.
				22. Tenho obsessões com sacrilégios ou blasfêmias. Por exemplo, medo de ter pensamentos blasfemos, dizer sacrilégios, ser punido por estas coisas.

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões Sexuais e Religiosas e Compulsões Relacionadas
				23. Tenho obsessões com o que é o certo/errado e a moralidade. Por exemplo, preocupações sobre estar sempre fazendo coisas de uma maneira moralmente correta ou preocupações sobre ter dito uma mentira ou ter trapaceado alguém.
				24. Tenho medo/preocupação de dizer certas coisas. Por exemplo, medo de dizer algo terrível ou impróprio que possa ser considerado desrespeitoso para alguém vivo ou morto. Algumas pessoas têm medo excessivo de dar conselhos errados.
				25. Verifico para me certificar que não fiz nada errado de natureza religiosa. Por exemplo, verifico a Bíblia ou outros objetos. Pergunto ao padre, rabino, pastor ou outras pessoas para me reassegurar de que nada aconteceu.
				26. Tenho compulsões que envolvem obrigações religiosas ou objetos religiosos. Por exemplo, limpeza ou checagem excessiva de objetos religiosos. Rezar durante várias horas ou procurar por reasseguramentos em líderes religiosos com mais frequência do que a necessária.
				27. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre religião ou moral. Por exemplo, não ir a igreja ou não assistir certos programas de TV porque podem provocar pensamentos de estar sendo possuído pelo diabo ou por alguma influência do diabo.
				28. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir conseqüências terríveis. Por exemplo, necessidade de realizar a mesma ação repetidas vezes depois de ter um "mau", pensamento obsessivo sexual ou religioso com o objetivo de prevenir conseqüências terríveis. Por favor, não marque este sintoma a menos que a repetição seja em resposta a estes pensamentos sexuais, religiosos ou de moralidade.
				29. Preciso dizer, perguntar ou confessar coisas. Por exemplo, perguntar para outras pessoas sobre possíveis coisas erradas que tenha feito, confessar algo errado que não tenha acontecido ou contar às pessoas seus pensamentos íntimos para sentir-se melhor.

				<p>30. Tenho rituais mentais (diferentes de verificação). Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”, como pensar um “bom” pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas mentalmente que tenha que relembrar em uma certa ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais forem especificamente relacionados ou feitos com o objetivo de aliviar obsessões sexuais ou religiosas.</p>
--	--	--	--	---

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

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

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

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

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

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

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

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 16 a 30).

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

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

A. Lista de Sintomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 31a 42).

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

Dimensão IV - Obsessões de Contaminação e Compulsões de Limpeza

A. Lista de Sintomas

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

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

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Preocupações com Contaminação e Compulsões de Limpeza
				54. Tomo medidas para prevenir ou evitar/remover o contato com substâncias que podem causar contaminação. Evito fazer certas coisas ou ir a certos lugares por causa das preocupações com contaminação. Por exemplo, pedir para membros da família que removam inseticidas, lixo, latas de gasolina, carne crua, tintas, verniz, medicamentos do armário de remédios, ou limpem a sujeira dos animais domésticos se você não pode evitar estas coisas. Pedir para os familiares abrirem portas, ou usar luvas ou lenços de papel ou toalhas de mão para evitar o contato direto com certas coisas. Não utilizar banheiros públicos, não usar toalhas de hotéis ou não apertar as mãos de outras pessoas (cumprimento).

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

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

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

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

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

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

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

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 43 a 54).

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

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

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

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

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

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

Dimensão V - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Coleccionismo
				55. Tenho obsessões sobre a necessidade de colecionar e guardar coisas para o futuro. Por exemplo, medo de jogar coisas fora (papéis, documentos, recibos, etc.) pela possibilidade de precisar delas no futuro.
				56. Tenho obsessões sobre jogar coisas fora. Por exemplo, manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrolável de colecionar as coisas.
				57. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.
				58. Tenho dificuldade em decidir quando guardar ou não algo. Por exemplo, pego objetos sem nenhuma razão em especial e guardo-os porque não consigo decidir se devo ou não jogá-los fora.
				59. Tenho compulsões de guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, ter quartos cheios de jornais velhos, anotações, latas, toalhas de papel, embalagens e garrafas vazias. Não conseguir jogar estas coisas fora por medo de que possa precisar delas algum dia. Você também pode pegar objetos da rua ou de lixeiras.
				60. Tenho rituais mentais referentes a guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça” como pensar um bom pensamento após um “mau” pensamento ou necessidade de manter listas que tem de ser lembradas em uma determinada ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com obsessões de coleccionismo.
				61. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de coleccionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.

B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Coleccionismo

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

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

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

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

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

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

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 55 a 61).

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

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

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

Dimensão VI – Obsessões e Compulsões Diversas

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Obsessões e Compulsões Diversas
				62. Tenho preocupações com doença ou enfermidade. Por exemplo, medo de ter doenças como câncer, cardiopatias, AIDS, apesar dos médicos terem descartado a possibilidade. Separar essas preocupações das preocupações associadas ao medo de contaminação.
				63. Tenho rituais de verificação relacionados com obsessões sobre doenças. Por exemplo, procurar reassegurar-se com amigos ou médicos de que não tem uma séria doença como cardiopatias ou um tumor no cérebro ou alguma outra forma de câncer. Checar repetidamente partes do corpo ou tomar o pulso compulsivamente, assim como sua pressão sanguínea ou temperatura.

				64. Tenho rituais mentais além de verificação. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz “em sua cabeça”. Por favor, marque este item somente se estes rituais mentais estiverem especificamente relacionados às obsessões sobre doenças.
				65. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir a ocorrência de obsessões e compulsões sobre doenças. Por exemplo, não passar dirigindo por um hospital porque isto provoca pensamentos sobre doenças.
				66. Tenho necessidade de saber ou recordar certas coisas. Por exemplo, precisar lembrar coisas insignificantes como números de placas de carros, adesivos, “slogans” de camisetas.
				67. Tenho medos supersticiosos. Por exemplo, medo de passar por um cemitério, por um carro funerário, por um gato preto, passar debaixo de uma escada, quebrar um espelho ou medo de profecias associadas com a morte.
				68. Tenho comportamentos supersticiosos. Por exemplo, não pegar um ônibus ou trem se seu número for um número de azar como o treze. Ser relutante em sair de casa no dia treze do mês. Você pode jogar fora roupas que usou quando passou por uma casa funerária ou por um cemitério.
				69. Tenho números de sorte e de azar. Por exemplo, preocupações com certos números como o treze, ter que realizar atividades um determinado número mágico de vezes, ou ter que iniciar uma atividade somente em uma hora de sorte do dia. Outro exemplo é evitar números que poderiam trazer azar.
				70. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre cores com significado especial. Por exemplo, preto pode ser associado com morte, vermelho pode ser associado com sangue ou ferimentos. Você pode evitar o uso de objetos desta cor.

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

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

B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

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

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

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

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

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

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

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

**Gravidade Global dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos –
Sintomas Híbridos (envolve mais de uma dimensão)
(quem preenche essa parte é o entrevistador)**

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

_____ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas* _____

_____ *Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas* _____

_____ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo* _____

_____ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza* _____

_____ *Colecionismo* _____

_____ *Obsessões e compulsões diversas* _____

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

ATENÇÃO: NÃO REPETIR NÚMEROS

_____ *Obsessões de agressão e compulsão relacionadas*

_____ *Obsessões sexuais e religiosas*

_____ *Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo*

_____ *Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza*

_____ *Colecionismo*

_____ *Obsessões e compulsões diversas*

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

1. _____
2. _____
3. _____

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

Por favor, descreva:

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

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

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

Gravidade Global das Obsessões e Compulsões

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

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

2. Você acha que evita certas situações, lugares, pessoas, animais ou coisas por causa dessas obsessões e compulsões? Se sim, por favor, liste aqui coisas que você evitou voluntariamente por causa destas obsessões e compulsões (itens 1a 88).

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

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

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

Pior fase Atual

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

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

Pior fase Atual

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

Avaliação Clínica de Prejuízo

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

Pior fase Atual

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0 NADA. Nenhum prejuízo causado pela presença de sintomas obsessivo-compulsivos. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3 MÍNIMO. Obsessões e compulsões associadas com súbitas dificuldades na auto-estima, vida social, aceitação social, ou funcionamento escolar ou profissional (desconforto ou preocupações ocasionais sobre as obsessões e compulsões em situações futuras, periódicas). Leve aumento nas tensões familiares por causa das obsessões e compulsões. Amigos ou conhecidos podem ocasionalmente perceber ou comentar sobre as obsessões e compulsões de uma maneira desconcertada. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6 LEVE. As obsessões e compulsões estão associadas com pequenas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no |

funcionamento acadêmico ou profissional.

- o o
- o o
- o o

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

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

15 GRAVE. As obsessões e compulsões estão associadas com extremas dificuldades na auto-estima, na vida familiar, aceitação social ou funcionamento acadêmico ou profissional. Depressão grave com ideação suicida, rupturas familiares (separação/divórcio, mudanças de residências), rupturas de relacionamentos. Vida gravemente restrita por causa dos sintomas obsessivo-compulsivos, de estigma social ou evitação social, abandono de escola ou perda de trabalho.

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

TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS – PIOR FASE

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

DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL – PIOR FASE

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

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

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

DY-BOCS AVALIAÇÃO GLOBAL - ATUAL (ÚLTIMA SEMANA)

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

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

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

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

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

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

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

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

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

ESCORE TOTAL: _____
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

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

Nome: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

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

Se Sim, qual medicação: _____

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

Se Sim, há quanto tempo: _____

Avaliador: _____

Prezado paciente,

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

Esta escala foi desenvolvida para investigar algumas experiências subjetivas que podem acontecer antes ou durante a realização dos comportamentos repetitivos, ou que podem até mesmo desencadear esses comportamentos. Alguns exemplos de comportamentos repetitivos são as compulsões, rituais, “manias”, atos mentais ou tiques. As perguntas desta escala se referem a vários tipos de experiências subjetivas que podem desencadear ou acompanhar esses comportamentos repetitivos. Essas experiências são chamadas na literatura de Fenômenos Sensoriais, porque descrevem sensações ou sentimentos desconfortáveis, incômodos ou perturbadores. Essas sensações podem ser físicas e/ou mentais. Elas podem ocorrer de diversas formas e nessa escala você vai encontrar várias definições e/ou exemplos de Fenômenos Sensoriais. Por exemplo: uma pessoa pode sentir que tem as mãos oleosas, e por isso lava as mãos de modo exagerado; outra pessoa pode sentir-se desconfortável ao olhar para diversos objetos numa prateleira, e sente a necessidade de arrumá-los exaustivamente, até que tudo pareça perfeitamente “em ordem” visualmente.

Os Fenômenos Sensoriais podem ser as únicas experiências que precedem ou acompanham seus comportamentos repetitivos (compulsões, rituais, tiques, etc.), ou você pode ter também outros tipos de experiências, tais como medos, preocupações, imagens (que são freqüentemente descritos como obsessões). Por exemplo, uma pessoa pode achar que sua mão está contaminada e ficar com medo, e por isso lavar

as mãos repetidas vezes. Neste caso, a compulsão (lavar as mãos) é resultado de uma obsessão (medo de contaminação). Nesta escala, gostaríamos que você se concentrasse apenas nos fenômenos sensoriais, não nas obsessões.

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

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

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

Obrigado por sua participação!

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

Exemplos de Fenômenos Sensoriais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Parte I – Lista de exemplos de Fenômenos Sensoriais

Exemplos de Fenômenos Sensoriais	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
A.1- Sensação Física Tátil				
1.Sinto minhas mãos (ou outras partes do corpo) oleosas, grudentas ou engorduradas, e preciso lavá-las até me livrar dessa sensação.				
2.Tenho que tocar certas superfícies lisas e/ou ásperas, como veludo, pedra, plástico até sentir uma sensação específica nas pontas dos dedos.				
3.Tenho uma sensação de secura nos meus lábios e tenho que lamber os lábios ou passar batom ou manteiga de cacau para aliviar esta sensação.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de sensação física tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
A.2- Sensação física músculo-esquelética ou visceral				
1. Sinto uma sensação nos meus músculos, que me levam a tensionar os meus músculos de acordo com um certo padrão. Por exemplo, precisa ser realizado da direita para a esquerda e depois ao contrário, um determinado número de vezes.				
2. Tenho uma sensação de “estufamento” no abdome que faz com que eu contraia e relaxe o abdome.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de sensação física músculo-esquelética ou visceral, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				

B.1 - “Estar em ordem” relacionado a estímulo visual.	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Os objetos do meu quarto precisam ser arrumados de uma determinada forma, ou de modo simétrico, para que eles pareçam visualmente “em ordem”.				
2. Arrumo os quadros na parede até que me pareçam visualmente “em ordem”.				
3. Quando me visto preciso centralizar o cinto e/ou outras roupas até que pareçam perfeitamente alinhados.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” relacionado a estímulo visual, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
B.2 - “Estar em ordem” relacionado a estímulo auditivo	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Repito palavras até elas soarem exatamente como desejo, até soarem “legais”; Eu repito, ou peço que outras pessoas repitam palavras ou frases até eu ouvir a entonação que soe “em ordem”.				
2. Tranco e destranco uma porta até a fechadura soar “legal” ou fazer um barulho que me faça sentir “legal”. Preciso sintonizar o relógio ou sistema de som até eles soarem “em ordem”.				
⊙ Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” associado a estímulo auditivo, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				

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

D. Sensação de Energia interna	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Sinto uma energia que vai crescendo como um vulcão, prestes a explodir, e que precisa ser descarregada através da realização dos meus comportamentos repetitivos.				
☉ Caso você tenha outro tipo de sensação ou percepção de "energia interna" que não esse descrito acima, por favor, descreva:				

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

Parte II - AVALIAÇÃO DE GRAVIDADE DOS FENÔMENOS SENSORIAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TOTAL GERAL PIOR FASE (0 A 15): _____ TOTAL GERAL ATUAL (0 A 15): _____

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

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

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

Se você respondeu “Nunca” no item C, este é o final dessa escala. Obrigada pela participação. Se você respondeu “SIM” no item C (passado ou atual), por favor, responda abaixo:

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

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

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

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

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

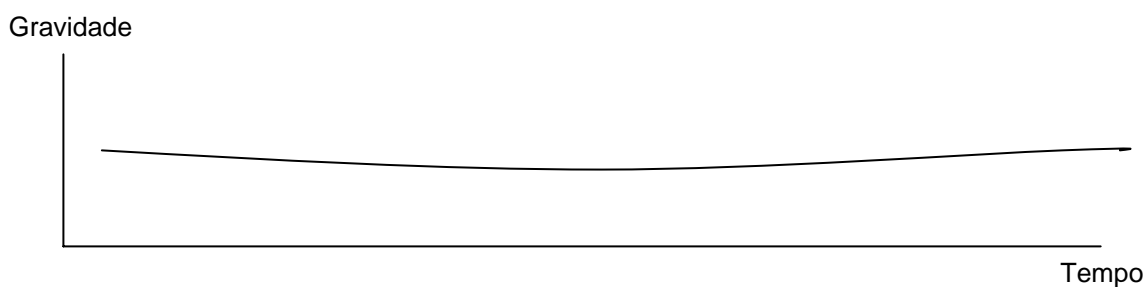
Curso do TOC

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

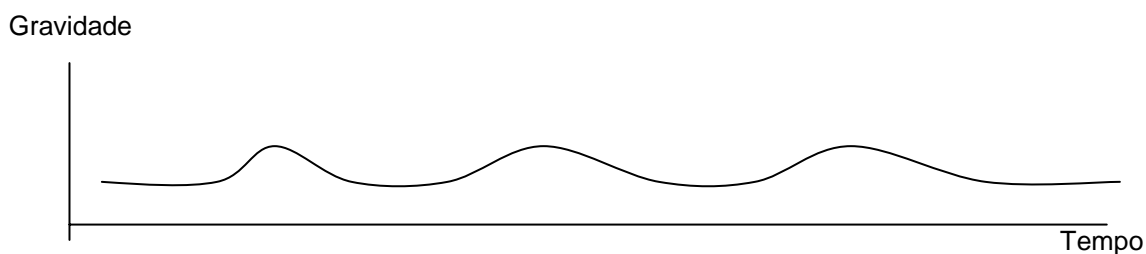
Escolha um dos gráficos abaixo marcando um "X"

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

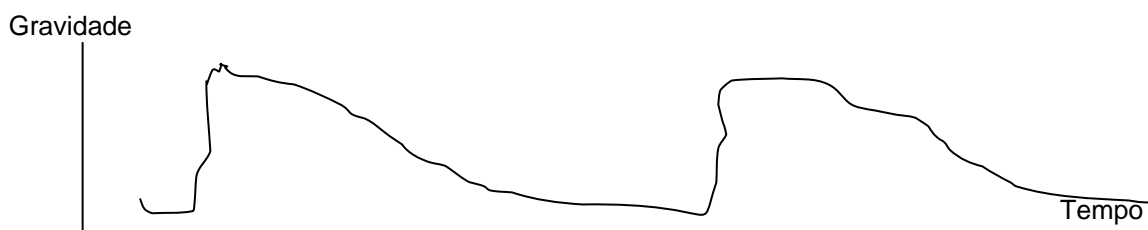
- a) Contínuo/Crônico (sem remissão)



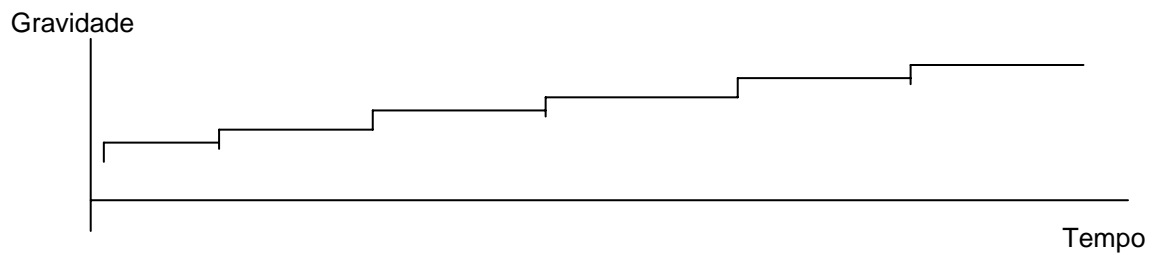
- b) Com períodos de melhora e piora (flutuações leves da intensidade dos sintomas ao longo do tempo)



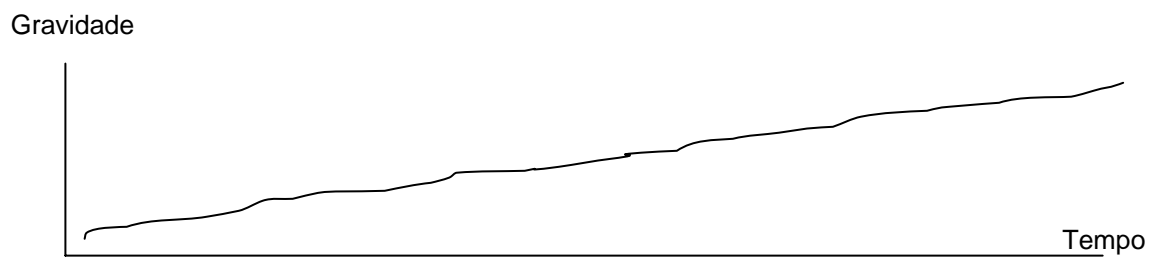
- c) Episódica (períodos de grande gravidade dos sintomas seguidos de períodos de remissão - pelo menos 3 meses - ou quase remissão dos sintomas)



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

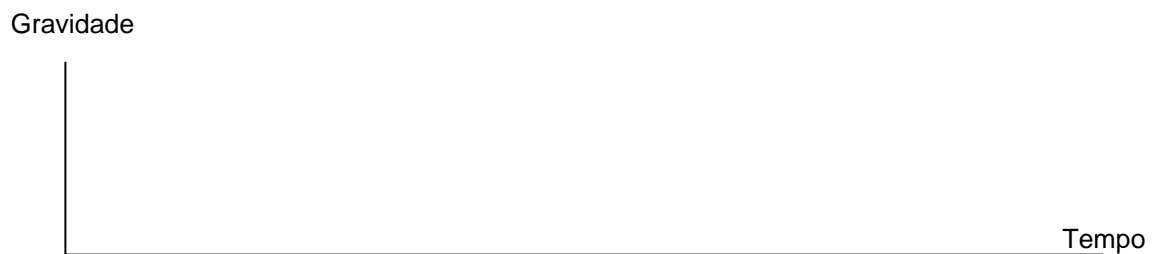


e) Piora crônica e progressiva (deterioração constante sem períodos de remissão)



f) Desenho do gráfico (alternativo):

ATENÇÃO: este gráfico deve ser diferente dos outros



Questionário sobre História Natural de TOC - Yale

- ❖ Obsessões sobre danos e Compulsões relacionadas
 - ❖ Obsessões sexuais e religiosas e Compulsões relacionadas
 - ❖ Obsessões de simetria, ordenação, contagem e arranjo e Compulsões relacionadas
 - ❖ Obsessões de contaminação e Compulsões de limpeza
 - ❖ Obsessões e Compulsões de colecionismo e armazenagem
 - ❖ Outras Obsessões e Compulsões (Miscelânea)
-
- ❖ Conteúdos
 - I Início dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
 - II Curso dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
 - III Pior fase dos sintomas Obsessivo-Compulsivos
 - IV História Familiar

Junho de 2002, versão 06/2002

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

Caro Paciente e/ou Família,

Por favor, leia esta introdução.

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

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

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

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

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

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

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

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

Obrigado!

Parte I – Início dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

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

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

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

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

2. Suas compulsões tiveram um início abrupto (repentino) ou gradual?
(Marque a alternativa apropriada)

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

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

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

- Não (0)
 Sim (1)

3(b). Onde você estava morando?

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

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

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

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

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

- Desde o nascimento _____ anos

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

- Não (0) Sim (1)

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

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

Se “Sim”, escolha aquelas que se aplicam:

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

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

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

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

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

(Marque todas as que se aplicam)

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

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

_____ meses

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

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

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

(Marque todas as que se aplicam)

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

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

_____ meses

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

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

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

Não (0) Sim (1)

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

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

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

Não (0) Sim (1)

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

- De saúde
- Emocional
- Financeiro
- Legal
- Moradia

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

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

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

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

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

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

Não (0) Sim (1)

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

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

Não (0) Sim (1)

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

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

Não (0) Sim (1)

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

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

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

() Não (0) () Sim (1)

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

() Não (0) () Sim (1)

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

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

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

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

(Marque a alternativa apropriada)

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

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

14(a). Você havia recentemente se mudado quando você teve obsessões pela primeira vez?
 () Não (0) () Sim (1)

14(b). Onde você estava morando?

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

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

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

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

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

- () Desde o nascimento
 () _____ anos

15(c). Houve alguma mudança recente em alguém com quem você estava morando?
 Não (0) Sim (1)

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

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

Não (0) Sim (1)

Se "Sim", escolha aquelas que se aplicam:

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

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

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

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

Não (0) Sim (1)

17(b). Se "Sim" para 17(a), quais drogas você usou?

(Marque todas as que se aplicam)

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

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

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

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

Não (0) Sim (1)

17(f). Se "Sim" na questão 17(e), quais drogas?

(Marque todas as que se aplicam)

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

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

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

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

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

() Não (0) () Sim (1)

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

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

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

() Não (0) () Sim (1)

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

- () De saúde
- () Emocional
- () Financeiro
- () Legal
- () Moradia

Se "Sim" para alguma das alternativas, descreva:

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

() Não (0) () Sim (1)

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

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

18(e). Você havia recentemente ficado grávida?

() Não (0) () Sim (1)

18(f). Se "Sim" para 18(e), quanto tempo de gravidez você tinha quando seus sintomas apareceram pela primeira vez? _____ meses

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

() Não (0) () Sim (1)

19(b). Se "Sim" para 19(a), quanto tempo após a infecção de garganta por estreptococo você percebeu pela primeira vez seus sintomas? _____ meses

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

() Não (0) () Sim (1)

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

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

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

() Não (0) () Sim (1)

PARTE II – CURSO DOS SINTOMAS

OBSESSIVO-COMPULSIVOS

1. Idade de início dos sintomas (retomar DY-BOCS e verificar menor idade) ? ____ anos
2. Em que idade suas obsessões ou compulsões começaram realmente a aborrecê-lo e a interferir com sua capacidade de viver normalmente? _____ anos de idade.
3. Em que idade você procurou tratamento pela primeira vez para suas obsessões e compulsões? _____ anos de idade.
4. Quando você foi diagnosticado pela primeira vez como tendo Transtorno Obsessivo-Compulsivo? _____ anos de idade.
Por quem? _____
5. Efeitos ambientais nos seus sintomas obsessivo-compulsivos: No presente momento, os seus sintomas obsessivo-compulsivos estão sendo afetados (para melhor ou pior) por:

	Nenhum efeito	Aumenta sintomas	Diminui sintomas	Não se aplica
Alcool				
Café				
Cigarros				
Vitaminas ou suplementos minerais				
Certos tipos de comida ou dietas				
Infecções de garganta estreptocócicas				
Recorrências de febre reumática				
Outras doenças				
Traumas físicos (como acidente sério)				
Traumas emocionais (como a morte de alguém amado)				
Período menstrual				
Tempo quente				
Tempo frio				
Estar longe de casa				
Durante o sono				
Enquanto pratica esportes				
Quanto muito cansado				
Quando está comendo				
No consultório do médico				

	Nenhum efeito	Aumenta sintomas	Diminui sintomas	Não se aplica
Quando está sozinho				
Quando está triste ou ansioso				
Em eventos sociais				
Quando estudando para exames				
Quando lendo por lazer				
Quando escutando alguém falar				
Quando assiste TV				
Quando está em lugares quietos (como numa biblioteca)				
Quando usa maconha				
Quando usa cocaína ou crack				
Tomando anfetaminas ou estimulantes				
Tomando outras drogas aditivas				
Mudanças de estação (p.ex.: pior no inverno)				
Outras				

7. Você já teve algum período ou períodos de tempo em que esteve sem **nenhum dos sintomas obsessivo-compulsivos**?

() Não () Sim

8. Que idade você tinha e por quanto tempo os sintomas desapareceram?

Primeira vez: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

Segunda vez: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

A vez mais recente: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

9. Que fatores você acredita que causaram a remissão mais recente? Descreva:

A medicação teve algum papel?

() Não () Sim

Alguma forma de Terapia Cognitivo-Comportamental teve algum papel?

() Não () Sim

10. Alguns de seus sintomas retornaram após o período de remissão mais recente?

() Não () Sim

11. Que fatores você acredita que causaram a recorrência mais recente? Descreva:

12. Você já teve período ou períodos de tempo em que seus **sintomas diminuíram** significativamente?

() Não () Sim

13. Que idade você tinha e por quanto tempo os sintomas diminuíram significativamente?

Primeira vez: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

Segunda vez: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

A vez mais recente: _____ anos de idade; _____ semanas de duração

14. Que fatores você acredita que causaram a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos? Descreva:

A medicação teve algum papel?

() Não () Sim

Alguma forma de Terapia Cognitivo-Comportamental teve algum papel?

() Não () Sim

PARTE III – PIOR FASE DOS SINTOMAS**OBSESSIVO-COMPULSIVOS**

A seguir, gostaríamos de perguntar mais detalhes sobre aquele período de tempo em que você descreveu seus sintomas obsessivo-compulsivos como estando na sua pior fase. Consulte a escala da página 12. Se você teve mais de um episódio em que os sintomas foram piores, por favor, use o episódio mais recente para descrever em mais detalhes.

1. Em que idade você teve sua pior fase dos sintomas obsessivo-compulsivos? _____ anos.

2. Se você experimentou mais de uma fase pior, que idade você tinha durante o episódio mais recente? _____ anos.

3. Que sintomas obsessivo-compulsivos você estava tendo naquele período? Descreva:

4. Que tipo de sintomas você estava tendo? (Marque, se presente, na coluna da esquerda e então faça uma graduação em ordem (1= o pior até 7= o menos grave) na coluna da direita).

- | | | |
|--------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | Obsessões sobre ações agressivas ou pensamentos e compulsões relacionadas | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Obsessões de simetria, ordem, arranjo e compulsões relacionadas | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Obsessões de contaminação e compulsões de limpeza | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Obsessões de colecionismo e compulsões relacionadas | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Outras obsessões e compulsões | _____ |

Gradue usando esta escala:

99 = Nenhum sintoma nesta área

1 = Primeira área de sintomas de maior concentração e desconforto.

2 = Segunda área de sintomas de maior concentração e desconforto.

3 = Terceira área de sintomas de maior concentração e desconforto.

4 = Quarta área de sintomas de maior concentração e desconforto.

5 = Quinta área de sintomas de maior concentração e desconforto.

6 = Sexta área de sintomas de maior concentração e desconforto.

5. Quanto tempo esta pior fase durou? _____ meses.

6. O que você se lembra da sua vida quando seus sintomas obsessivo-compulsivos estavam em sua pior fase de intensidade?

- Onde você estava vivendo? _____
- Há quanto tempo você estava vivendo lá? _____ meses
- Com quem você estava vivendo? (liste todas as pessoas que viviam sob o mesmo teto)

- Há quanto tempo você estava vivendo com eles? _____ meses.

- Havia ocorrido alguma modificação recente nas pessoas que estavam vivendo com você?

- () Não () Sim
- Se “Sim”, descreva as circunstâncias:

- Havia ocorrido alguma perda no seu círculo de amizades e familiar?
 - Alguém se mudando? () Sim () Não
 - Término de namoro? () Sim () Não () Não se aplica
 - Término de relacionamento estável? () Sim () Não () Não se aplica
 - Separação ou divórcio? () Sim () Não () Não se aplica
 - Uma doença séria? () Sim () Não
 - Morte de um amigo íntimo ou parente? () Sim () Não

Descreva: _____

- Você havia recentemente parado de usar alguma droga aditiva?
 - () Sim () Não () Não se aplica

Se “Sim”, qual ou quais? _____
 Quanto tempo havia se passado desde que você havia parado de usar? _____ semanas.

- Havia algum problema com a família?
 - () Sim () Não

Se “Sim”, descreva:

- () Problemas de saúde () Problemas financeiros
 () Problemas de moradia () Problemas emocionais
 () Problemas legais

- Havia alguma outra mudança no seu círculo de amizades ou familiares?
 - Estava apaixonado? () Sim () Não () Não se aplica
 - Iniciando relacionamento íntimo? () Sim () Não () Não se aplica
 - Casando? () Sim () Não () Não se aplica
 - Alguém se mudando? () Sim () Não () Não se aplica
 - Engravidando? () Sim () Não () Não se aplica
- Se “Sim”, quanto tempo de gravidez você tinha quando a pior fase de seus sintomas obsessivo-compulsivos começou? _____ meses.
- Nascimento de alguma criança? () Sim () Não () Não se aplica
- Se “Sim”, quanto tempo após o nascimento a pior fase dos sintomas começaram? ____ dias.
- Quem havia nascido? () Irmão () Irmã () Filho () Filha () Outro

- Você havia recentemente iniciado a usar alguma droga aditiva?
 - () Sim () Não () Não se aplica

Se “Sim”, qual ou quais? _____

- Quanto tempo após ter começado o uso dessas drogas sua pior fase dos sintomas começaram? _____ meses

- Você havia recentemente tido infecção de garganta por estreptococos?
 - () Sim () Não () Não se aplica

Se “Sim”, quanto tempo após, sua pior fase os sintomas começaram? _____ meses.

- Você havia recentemente tido alguma outra doença?

() Sim () Não () Não se aplica

Se "Sim", que doença foi? _____

Quanto tempo após você ter tido essa doença sua pior fase dos sintomas começou? _____
meses.

7. Você acha que algum de seus sintomas durante a pior fase de intensidade estava relacionado de qualquer modo a alguma das circunstâncias descritas anteriormente?

() Sim () Não

Se "Sim", por favor, descreva:

QUESTIONÁRIO TS-OC (YGTSS e Y-BOCS)

**2ª VERSÃO DA TRADUÇÃO BRASILEIRA
PARTE I**

Nota: Este questionário consta de duas partes. Elas investigam a presença de tiques, obsessões e compulsões freqüentemente encontradas em pacientes com Síndrome de Tourette e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Você pode apresentar, ou não, os sintomas a seguir. Leia com atenção todas as questões. Caso você precise de ajuda, peça a algum familiar.

Questionário Auto-Applicável desenvolvido com base nos seguintes instrumentos:

A) YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE - YGTSS

Desenvolvido por: LECKMAN, J.F.; RIDDLE, M.A.; HARDIN, M.T.; ORT, S.I. SWARTZ, K.L.; STEVENSON, J.; COHEN, D.J.

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY
YALE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

Tradução Brasileira: Projeto dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC)
- Maria Conceição do Rosário-Campos, Marcos T. Mercadante, Ana G. Hounie e Eurípedes Constantino Miguel Filho.

A.1. – LISTA DE SINTOMAS (TIQUES)

Quando estiver preenchendo esta primeira parte você pode querer consultar estas definições sobre tiques:

DESCRIÇÃO DE TIQUE MOTOR:

Tique motor tem início geralmente na infância e é caracterizado por solavancos, abalos rápidos ou movimentos tais como piscar de olhos ou abalos rápidos da cabeça de um lado para o outro. Ocorrem em episódios durante o dia, apresentando piora durante os períodos de cansaço e/ou estresse. Vários tiques ocorrem sem alarme e podem não ser percebidos pela pessoa que os tem. Outros são precedidos por uma súbita sensação ou vivência de desconforto, de difícil descrição (alguns se assemelham a uma necessidade de coçar). Em vários casos é possível suprimir os tiques, voluntariamente, por breves períodos de tempo. Embora qualquer parte do corpo possa estar afetada, as áreas mais comuns são face, pescoço e ombros. Durante semanas ou meses os tiques motores aumentam ou diminuem e os tiques antigos podem ser substituídos por outros totalmente novos. Alguns tiques podem ser complexos, tais como, fazer uma expressão facial ou um movimento de encolher os ombros (como se expressasse dúvida), que poderia ser mal entendido pelos outros (isto é: como se a pessoa estivesse dizendo "eu não sei", ao invés de apresentar um tique de encolher os ombros). Tiques complexos podem ser difíceis de serem diferenciados das compulsões, embora não seja freqüente a presença de tiques complexos sem a presença de tiques simples.

Definições

1. **Tique motor simples:** qualquer movimento rápido, breve, sem sentido, que ocorra repetidamente (como um excessivo piscar de olhos ou olhar de soslaio).

2. **Tique motor complexo:** qualquer movimento rápido, estereotipado (isto é: sempre feito da mesma maneira), semi-intencional (isto é: o movimento pode parecer um ato expressivo, porém às vezes pode não estar relacionado com o que está ocorrendo no momento, por exemplo: dar de ombros sem contexto para isto), que envolve mais do que um agrupamento muscular. Existe a possibilidade de haver múltiplos movimentos, como caretas juntamente com movimentos corporais.

3. **Ambos**

Assinale com X os tiques que você tem apresentado na última semana ou apresentou no passado.

Nunca	Passado	Presente	Movimento: Eu tenho experimentado ou os outros têm percebido ataques involuntários de:	Idade de Início
-------	---------	----------	--	-----------------

Movimentos de olhos

			1. Simples: piscar de olhos, ficar estrábico, uma rápida virada de olhos, rodar os olhos ou arregalar os olhos por breves períodos.	
			2. Complexo: expressão do olhar como de surpresa, zombeteiro ou esquisito ou olhar para um lado por curto período de tempo, como se escutasse um barulho.	

Movimentos de nariz, boca, língua ou faciais (caretas)

			3. Simples: movimento brusco de torcer o nariz, morder a língua, mastigar os lábios ou lambê-los, fazer beijo, mostrar ou ranger os dentes.	
			4. Complexo: dilatar as narinas como se cheirasse algo, sorrir, ou outros gestos que envolvam a boca, realizar expressões engraçadas (caretas) ou colocar a língua para fora (protrusão).	

Movimentos ou abalos (sacudidelas) de cabeça

			5. Tocar os ombros com o queixo ou levantar o queixo.	
			6. Arremessar a cabeça para trás, como se fosse tirar os cabelos da frente dos olhos.	

Movimentos dos ombros

			7. Sacudir um ombro.	
			8. Encolher os ombros como se dissesse "eu não sei".	

Movimentos de braços e mãos

			9. Flexão ou extensão rápida dos braços, roer as unhas, cutucar com os dedos, estalar as juntas dos dedos.	
			10. Passar a mão no cabelo como se fosse penteá-lo, tocar objetos ou outras pessoas, beliscar, contar com os dedos sem propósito ou "tiques de escrita"; como escrever várias vezes a mesma letra ou palavra retroceder com o lápis enquanto escreve.	

Movimentos de pés, pernas e dedos dos pés

			11. Chutar, saltitar, dobrar os joelhos, flexionar ou estender os tornozelos, chacoalhar, andar batendo os pés, leve ou pesadamente.	
			12. Dar um passo para frente e dois para trás, dobrar o joelho profundamente, ficar de cócoras.	

Movimentos abdominais, de tronco e pelve.

			13. Tencionar o abdome ou as nádegas.	
--	--	--	---------------------------------------	--

Nunca	Passado	Presente	Movimento: Eu tenho experimentado ou os outros têm percebido ataques involuntários de:	Idade de Início
-------	---------	----------	--	--------------------

Outros tiques simples

			14. Por favor, descreva-os:	
--	--	--	-----------------------------	--

Outros tiques complexos

			15. Tiques relacionados com comportamentos compulsivos (tocar, bater, arrumar, escolher, emparelhar ou balancear). (Descrever)	
			16. Tiques estímulo-dependentes, ex.	
			17. Gestos obscenos ou rudes, como estender o dedo médio.	
			18. Posturas incomuns	
			19. Dobrar ou girar, tal como se dobrar sobre si mesmo.	
			20. Rodar ou girar (piruetas)	
			21. Comportamentos súbitos, impulsivos. (Descrever) _____	
			22. Comportamentos que podem ferir ou machucar outras pessoas:	
			23. Comportamentos de auto-agressão.	
			24. Qualquer outro tipo de tique motor. Descrever:	

Tique fônico simples (emissão vocal rápida, sons sem sentido)

			25. Tossir	
			26. Pigarrear	
			27. Fungar	
			28. Assobiar	
			29. Sons de pássaros ou de animais	

Tique fônico complexo

			30. Outros tiques fônicos simples (listar)	
			31. Sílabas (listar)	
			32. Palavras ou frases obscenas ou rudes (favor listar)	
			33. Palavras	
			34. Ecolalia (repetir o que uma pessoa disse por ex. na televisão, sejam sons, palavras ou frases)	
			35. Palilalia (repetir alguma coisa que você disse, mais de uma vez)	
			36. Outros problemas de fala (descrever)	
			37. Descreva qualquer padrão ou seqüência de comportamento de tique fônico	

DESCRIÇÃO DE TIQUES MÚLTIPLOS:

Diferentes tiques podem ocorrer ao mesmo tempo, seja como discretos tiques múltiplos, ou em padrões orquestrados de múltiplos tiques seqüenciais ou simultâneos (por exemplo, um padrão de agitar as mãos, junto com piscar de olhos, acompanhado por um correr de mãos pelo cabelo, ocorrendo sempre na mesma seqüência). Se você tem observado na última semana ou alguma vez na vida, tiques múltiplos discretos ou em padrão de orquestração, ou ambos, por favor, descreva-os.

Você tem tido, na última semana, tiques múltiplos e distintos ocorrendo ao mesmo tempo ou tiques múltiplos seqüenciais ocorrendo ao mesmo tempo?

Sim Não

Se "Sim", por favor, descreva:

Você tem mais de um agrupamento de tiques que ocorrem ao mesmo tempo?

Sim Não

Descreva qualquer outro agrupamento de tiques:

TRANSTORNO DE TIQUES MOTORES OU VOCAIS CRÔNICOS

A. Tiques motores ou vocais, mas não ambos, têm estado presentes durante o transtorno.

? 1(não) 2 3 (sim)

B. Tiques ocorrem várias vezes durante o dia, quase todos os dias ou intermitentemente ao longo de um período mínimo de um ano.

? 1 2 3

Os tiques ou barulhos não ocorrem apenas quando você está usando drogas ou álcool.

? 1 2 3

C. Idade de instalação antes dos 18 anos

? 1 2 3 Idade de início _____

D. Ocorrência não foi apenas durante intoxicação por substância psicoativa ou doença do sistema nervoso central tais como coréia de Huntington e encefalite pós-viral

? 1 2 3

Presente **Subclínico** **Ausente** **Passado**

Se os tiques tiveram duração entre três meses e um ano, codificar Transtorno de Tique Transitório.

Presente **Subclínico** **Ausente** **Passado**

SÍNDROME DE TOURETTE

- A. Tiques motores múltiplos e um ou mais tiques vocais, têm estado presentes durante o transtorno, não necessariamente ao mesmo tempo.

? 1(não) 2 3 (sim)

- B. Tiques ocorrem várias vezes durante o dia, quase todos os dias ou intermitentemente ao longo de um período mínimo de um ano sem intervalo livre superior a 3 meses.

? 1 2 3

Houve variação da localização física dos tiques ou contrações ao longo do tempo ?

? 1 2 3

Houve mudanças no LOCAL, NÚMERO ou FREQUÊNCIA dos tiques, contrações ou sons ao longo do tempo?

SIM NÃO

Houve mudanças na complexidade ou gravidade dos tiques ? Investigar:

Você algumas vezes apresenta padrões complicados de tiques e outras vezes padrões mais simples ? Os tiques parecem ser mais graves em alguns momentos do que em outros ?

- C. O transtorno causa mal-estar ou prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas do funcionamento.

? 1 2 3

- D. Instalação antes dos 18 anos de idade

? 1 2 3 Idade de início_____

- E. Não ocorrem exclusivamente durante intoxicação por substância psicoativa ou doença do sistema nervoso, tais como coréia de Huntington e encefalite pós-viral

? 1 2 3

Presente **Subclínico** **Ausente** **Passado**

A.2. – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TIQUES

NÚMERO DE TIQUES

Número (0 a 5)

Motor

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Tique único
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Tiques múltiplos e distintos (2 a 5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Tiques múltiplos e distintos (> 5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração de tiques múltiplos simultâneos ou seqüenciais, difíceis de distinguir dos tiques únicos, distintos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) paroxismos orquestrados de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de distinguir

*orquestração *:um tique segue o outro, em uma seqüência detectável.

Número (0 a 5)

Fônico ou vocal

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhum
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Tique único
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Tiques múltiplos e distintos (2 a 5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Tiques múltiplos e distintos (> 5)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração de tiques múltiplos simultâneos ou seqüenciais, tornando-se difícil distingui-los dos tiques únicos, distintos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) paroxismos orquestrados de tiques simultâneos ou seqüenciais difíceis de serem distinguidos.

*orquestração *: um tique segue o outro, em uma seqüência detectável.

FREQÜÊNCIA DOS TIQUES

Marque uma escolha para cada questão. Anote a freqüência apenas para a última semana.

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

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

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

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

INTENSIDADE DOS TIQUES

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

Marque a descrição mais relevante para a intensidade de seus tiques motores durante a última semana. Por exemplo, tiques suaves (leves) podem não ser visíveis e tipicamente não são percebidos pelos outros, por sua intensidade mínima. No outro extremo, tiques graves são extremamente fortes (intensos) e exagerados na sua expressão, chamando a atenção para o indivíduo e podendo resultar em risco de lesão física por sua força na expressão. Entre os extremos existem os tiques moderados e os mistos.

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

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

Marque a descrição relevante para o quão intensos foram os tiques. Por exemplo, tiques leves podem não ser audíveis e não são percebidos pelos outros pela sua mínima intensidade. No outro extremo, tiques graves são extremamente barulhentos e exagerados na sua expressão, chamando a atenção para o indivíduo. Entre os extremos existem os tiques moderados e marcados.

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

COMPLEXIDADE (0 A 5)**Motor**

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

COMPLEXIDADE (0 A 5)**Vocal**

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

INTERFERÊNCIA.**Motor**

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

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhuma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Mínima - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Leve - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Moderada - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Marcada - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala e ocasionalmente interrompem a intenção de agir ou se comunicar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Grave - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

INTERFERÊNCIA.**Vocal**

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

Pior fase	Atual	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 = Nenhuma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 = Mínima - Quando os tiques estão presentes, eles não interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 = Leve - Quando os tiques estão presentes, eles ocasionalmente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 = Moderada - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 = Marcada - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente interrompem o fluxo do comportamento ou da fala e ocasionalmente interrompem a intenção de agir ou se comunicar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 = Grave - Quando os tiques estão presentes, eles freqüentemente chegam a interromper a intenção de agir ou se comunicar

COMPROMETIMENTO GERAL (considerar todos os tiques presentes)

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

RESULTADO DA YALE GLOBAL TIC SEVERTY SCALE (YGTSS) - ATUAL

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

RESULTADO DA YALE GLOBAL TIC SEVERTY SCALE (YGTSS) – PIOR FASE

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

Total dos tiques ATUAL (NÚMERO + FREQUÊNCIA + INTENSIDADE + COMPLEXIDADE + INTERFERÊNCIA) = _____

Total dos tiques PIOR FASE (NÚMERO + FREQUÊNCIA + INTENSIDADE + COMPLEXIDADE + INTERFERÊNCIA) = _____

ÍNDICE DE COMPROMETIMENTO GERAL PELOS TIQUES (ATUAL) = _____

ÍNDICE DE COMPROMETIMENTO GERAL PELOS TIQUES (PIOR FASE) = _____

GRAVIDADE GERAL (Nº TOTAL DE TIQUES ATUAL + comprometimento ATUAL) = ((nota do YGTSS de 1 a 100) _____

GRAVIDADE GERAL (Nº TOTAL DE TIQUES PIOR FASE + comprometimento PIOR FASE) = ((nota do YGTSS de 1 a 100) _____

Quantos anos tinha quando surgiu o primeiro tique? _____

Quantos anos tinha quando os tiques começaram a incomodar? _____

Com que idade procurou tratamento? _____

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)
--

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

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

1. 0 = não me sinto triste
1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que esperar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. 0 = não me sinto fracassado(a)
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. 0 = obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo
6. 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
1 = sinto que posso ser punido(a)
2 = espero ser punido(a)
3 = sinto que estou sendo punido(a)
7. 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
3 = eu me odeio
8. 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
1 = critico minhas fraquezas ou erros
2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
2 = gostaria de me matar
3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
2 = atualmente choro o tempo todo
3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
11. 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época

1 = fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
 3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me

12. 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
 1 = adio minhas decisões mais do que costumava
 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 3 = não consigo mais tomar decisões
14. 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
 3 = considero-me feio(a)
15. 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. 0 = durmo tão bem quanto de hábito
 1 = não durmo tão bem quanto costumava
 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
 2 = meu apetite está muito pior agora
 3 = não tenho mais nenhum apetite
19. 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
 1 = perdi mais de 2,5 kg # *estou por vontade própria*
 2 = perdi mais de 5,0 kg *tentando perder peso,*
 3 = perdi mais de 7,0 kg *comendo menos: sim não*
20. 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21. 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

TOTAL: _____

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

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BECK-A)

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

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

TOTAL: _____

1

¹ Desenvolvida por: Beck, AT; Epstein N; et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988;55 893-897.

Para diagnóstico THDA: K-SADS adaptada para adultos (acima de 16 anos) - Mattos P. et al, em preparação

<p>A1. INCAPAZ DE PRESTAR ATENÇÃO AOS DETALHES. Você não consegue prestar atenção a detalhes? Você erra porque você não lê corretamente as instruções? Você deixa coisas em branco por acidente? Faz erros por falta de atenção em atividades da escola / faculdade, do trabalho ou outras atividades? Você comete erros banais por falta de atenção? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A2. DIFICULDADE DE MANTER A ATENÇÃO. Você tem dificuldade para se manter concentrado? Tem problemas para manter-se concentrado nas suas atividades? Nos afazeres (tarefas) no trabalho? E nos momentos de lazer (p.ex. ler por muito tempo)? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A3. NÃO OUVE. As pessoas reclamam que você parece não estar escutando quando falam com você? Seus familiares, colegas e amigos se queixam que você parece não estar prestando atenção ou devaneando? Elas se queixam que você não ouve o que estão lhe dizendo? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A4. DIFICULDADE COM INSTRUÇÕES E ORIENTAÇÕES. As pessoas reclamam que você não segue as instruções / orientações até o fim? Você não completa os seus afazeres (tarefas) ou obrigações em casa ou no trabalho (p.ex. seguir corretamente uma receita, ler um manual de instruções)? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A5. DIFICULDADES PARA SE ORGANIZAR. Sua mesa ou seu armário são desorganizados? É difícil para você se organizar nos afazeres (tarefas) na faculdade / no trabalho? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A6. DETESTAR / EVITAR TAREFAS QUE EXIGEM ATENÇÃO. Você tem tendência a evitar ou não gostar de alguns tipos de afazeres (tarefas) que exigem esforço mental prolongado? Quais (leitura, trabalhos burocráticos, escrever, estudar)? Você tenta se livrar delas? Com que frequência você evita ou adia este tipo de afazeres (tarefas)?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A7. PERDER COISAS. Você perde muito as coisas? Demora a encontrar? Coisas necessárias (ex. chaves, ferramentas, contas, material de escritório, etc.) em casa e no trabalho? Com que frequência isto acontece?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A8. FACILMENTE DISTRAÍDO. Você se distrai com facilidade com as coisas a sua volta? Qualquer coisa consegue lhe tirar a atenção do que está fazendo? Com que frequência?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>
<p>A9. MUITAS VEZES ESQUECE. Você se esquece de encontros, compromissos, pagamento de contas, entregar as coisas no prazo? Com que frequência isso acontece?</p>	<p>(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado</p>

B1. INQUIETUDE. Você fica se remexendo ou mexendo com as mãos e os pés? Fica se contorcendo na cadeira? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B2. DIFICULDADE PARA PERMANECER SENTADO. Você tem dificuldade para ficar sentado por muito tempo na sua cadeira trabalhando, estudando, fazendo as refeições ou no cinema? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B3. INQUIETAÇÃO. Você sente necessidade de ficar constantemente em movimento, ficar mexendo nas coisas sem um objetivo específico? Você se sente inquieto (p.ex. sensação subjetiva de inquietação)? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B4. DIFICULDADES DE FAZER ATIVIDADES DE LAZER CALMAMENTE. Você tem dificuldade para fazer uma atividade de lazer calmamente? Sozinho? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B5. DISPARA RESPOSTAS. Você responde antes que as pessoas tenham acabado de fazer as perguntas? É afobado? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B6. DIFICULDADES PARA ESPERAR A VEZ. Você tem dificuldade para esperar em filas? Esperar sua vez em atividades ou situações de grupo? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B7. MUITAS VEZES “LIGADO NA TOMADA” / COMO SE TIVESSE UM “MOTOR LIGADO”. Você se sente como se estivesse “ligado na tomada” ou como se tivesse um “motorzinho ligado” dentro de você? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B8. FREQUENTEMENTE FALA DEMAIS. Você fala demais o tempo todo, mais do que as outras pessoas? Isto é um problema para você? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
B9. MUITAS VEZES INTERROMPE OU SE INTROMETE. Você se intromete ou interrompe os outros quando eles estão ocupados, sem esperar que eles tenham terminado? Com que frequência?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado

Estes problemas que você mencionou são percebidos no seu colégio / faculdade / trabalho / casa? Você tem problemas por causa deles (eles interferem num grau significativo)?

Em casa com sua família	Passado	Atual	No lazer e outros momentos de diversão	Passado	Atual
No seu trabalho			No relacionamento conjugal / namoro		
Na interação social com os outros			Na administração do seu dinheiro (finanças)		
Nas atividades da comunidade			Na direção de veículos		
Em atividades acadêmicas (estudos)			Nas suas responsabilidades do dia-a-dia		

Critério A Sim Não

- mínimo de 6 sintomas de desatenção (itens A1 – A9) codificados 2, 3 ou 4: _____

- mínimo de 6 sintomas de hiperatividade (itens B1 – B9) codificados 2, 3 ou 4: _____

(duração mínima de 6 meses)

Critério B Sim Não

- Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causarem prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos

Critério C Sim Não

- Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (escola, casa...)

Critério D Sim Não

- Evidências claras de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou acadêmico.

Critério E Sim Não

- Sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um T. Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro T. Psicótico e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

PRESENTE **SUBCLÍNICO** **AUSENTE** **PASSADO**

IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS: _____

Adult Self-Report Scale (ASRS-18, versão1.1) Paulo M et al. acima de 18 anos
Preencher apenas se tiver diagnóstico de THDA pela K-SADS -

Responda a todas as perguntas abaixo. Marque um X no espaço que melhor descreve você nos últimos 6 meses (só marque 1 resposta em cada linha)	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1. Com que freqüência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?	0	1	2	3	4
2. Com que freqüência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?	0	1	2	3	4
3. Com que freqüência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	0	1	2	3	4
4. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que freqüência você evita ou adia o início?	0	1	2	3	4
5. Com que freqüência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?	0	1	2	3	4
6. Com que freqüência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?	0	1	2	3	4
Parte A					
7. Com que freqüência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?	0	1	2	3	4
8. Com que freqüência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?	0	1	2	3	4
9. Com que freqüência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?	0	1	2	3	4
10. Com que freqüência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?	0	1	2	3	4
11. Com que freqüência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?	0	1	2	3	4
12. Com que freqüência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações quando deveria ficar sentado (a)?	0	1	2	3	4
13. Com que freqüência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?	0	1	2	3	4
14. Com que freqüência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?	0	1	2	3	4
15. Com que freqüência você se pega falando demais em situações sociais?	0	1	2	3	4
16. Quando você está conversando, com que freqüência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?	0	1	2	3	4
17. Com que freqüência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?	0	1	2	3	4
18. Com que freqüência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?	0	1	2	3	4
Parte B					
Soma das resposta em cinza: _____					

MTA SNAP - IV Escala de pontuação para pais e professores – Swanson J
ATÉ 17 ANOS
Preencher apenas se tiver diagnóstico de THDA pela K-SADS -
Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve esta pessoa:

	Nem um pouco (0)	Um pouco (1)	Bastante (2)	Demais (3)
1. Falha em prestar atenção aos detalhes ou comete erros por falta de cuidado em trabalhos escolares e tarefas				
2. Tem dificuldade em manter atenção em tarefas ou em brincadeiras				
3. Parece não escutar quando lhe falam diretamente				
4. Não segue instruções e falha em terminar temas de casa, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldades para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam manutenção de esforço mental				
7. Perde coisas necessárias para suas atividades (brinquedos, livros, lápis, material escolar)				
8. É distraído por estímulos alheios				
9. É esquecido nas atividades diárias				
10. Irrequieto com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira				
11. Abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado				
12. Corre ou escala em demasia em situações nas quais isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer				
14. Está a mil ou freqüentemente age como se estivesse "a todo vapor"				
15. Fala em demasia				
16. Dá respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas				
17. Tem dificuldade para aguardar sua vez				
18. Interrompe ou se intromete com os outros (ex: intromete-se em conversas ou brincadeiras)				

19. Descontrola-se				
20. Discute com adultos				
21. Ativamente desafia ou se recusa a seguir os pedidos dos adultos ou as regras				
22. Faz coisas que incomodam os outros de propósito				
23. Culpa os outros pelos seus erros ou má conduta				
24. É sensível ou facilmente incomodado pelos outros				
25. É raivoso ou ressentido				
26. É malvado ou vingativo				

Pontuação: número de itens codificados 2 ou 3 de desatenção: _____
número de itens codificados 2 ou 3 de hiperatividade: _____
número de itens codificados 2 ou 3 de impulsividade: _____
SOMA TOTAL: _____

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Episódios não psicóticos de moléstia durando pelo menos 2 semanas caracterizados por sensações de ansiedade relativas à separação de figura(s) de estreita ligação. Pelo menos três sintomas são necessários (per. 1-9) e devem ser persistentes. Reportar-se às figuras de maior ligação da criança, simbolizadas como () ao perguntar sobre os sintomas. As respostas devem ser analisadas de acordo com a idade, o nível de desenvolvimento da criança, a frequência e intensidade dos sintomas.

Esta sessão pesquisa sentimentos de ansiedade e nervosismo, que as crianças sentem quando estão separadas de seus pais, devendo, neste caso, estar presente por pelo menos duas semanas, ocorrendo mais freqüentemente do que não.

1. Mal que atinge a Figura de Ligação (Pais)
(Deve ser Persistente e Irreal)
Você se preocupa (preocupava) que alguma coisa ruim pode acontecer com seu (pai, mãe, etc.), que ela/ele podem ir embora e não voltar? Você se preocupa (preocupava) muito com isso?
() Sim () Não

2. Mal que atinge a Criança
Você se preocupa (preocupava) que alguma coisa ruim pode acontecer com você se você não estiver com ()? Como ser raptado ou num desastre? Você se preocupa (preocupava) muito com isso? O que você acha (achava) que ia acontecer?
() Sim () Não

3. Aflição excessiva em Antecipação de/ou durante a Separação
(PARA CRIANÇA ABAIXO DE 6 anos, AFLIÇÃO DE PROPORÇÕES DE UM ATAQUE DE PÂNICO)
Você fica (ficava) aflita quando () vai (ia) embora sem você? O que você faz (fazia)? Chorava? Suplicava () de não ir embora?
() Sim () Não

No caso de alguma indicação de ansiedade de separação o entrevistador deve estabelecer a cronologia e perguntar pelos sintomas para o(s) surto (s) atuais e/ ou pior(es). A classificação da entrevista deve ser para o pior surto. Se a esse ponto não houver indicação de ansiedade de separação determine se alguma vez houve outros sintomas. Se três ou mais itens forem positivos determine se ocorreram ao mesmo tempo, se foram relacionados à ansiedade de separação (i.é., pergunte novamente os 3 primeiros itens), e se duraram pelo menos duas semanas.

4. Relutância ou Recusa da Escola
Você às vezes tenta (tentou) não ir à escola porque você queria ficar em casa com (). O que acontecia quando você ficava em casa? Alguém tinha que obrigar você a ir para a escola?
() Sim () Não

5. Relutância ou Recusa de Dormir Só
Você tenta (tentou) dormir com ()? Você está (estava) com medo de dormir só? Você poderia dormir fora de casa? Você conseguiu?
() Sim () Não

6. Evitação Persistente de Ficar Só
Alguma vez você tem (teve) medo de ficar só (num quarto) mesmo sabendo que tem alguém em casa? (PARA ADOLESCENTES, SOZINHOS EM CASA). Às vezes você segue (seguia) () pela casa?
() Sim () Não

7. Pesadelos Repetidos de Separação
Às vezes você tem (teve) uma porção de sonhos ruins sobre ser separado de ()? ou que alguma coisa iria acontecer para () ou para você (DÊ EXEMPLOS). Isso aconteceu quantas vezes?
() Sim () Não

8. Queixas físicas ao Antecipar a Separação

Você tem, (já teve) muitas dores de estômago, de cabeça (etc.)? Isso acontece somente em dias de escola (OU OUTROS DIAS DE SEPARAÇÃO)? Quantas vezes?

() Sim () Não

9. Aflição Excessiva, Disforia, Problema de Concentração quando Separado

Como você se sente (sentia) quando você não está (estava) com ()? Era mais difícil de se concentrar ou se divertir? Você tem (teve) que ligar para casa ou quis ir para casa?

() Sim () Não

10. Agarramento ou Seguimento

Você segue (seguia) () por todo canto onde ele/ela vai (ia)? Você fica (ficava) bem juntinho de () sem deixar ele/ela longe de sua vista?

() Sim () Não

INÍCIO: Quantos anos você tinha quando teve uma porção desses sintomas pela primeira vez?

FIM: Quantos anos você tinha quando teve uma porção desses sintomas pela última vez?

Ansiedade de Separação

Duração mínima = duas semanas

* Questionar diversas fases de vida*

	Passado	Presente	Início	Término	Comentários
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Mínimo de três dos sintomas 1 a 9 acima é codificado 3 (três) e devem ser duradouros.

Duração mínima de duas semanas. A instalação deve ser apropriada para o desenvolvimento (> 4 anos de idade – especificar quando for subclínico).

ATENÇÃO: SE PACIENTE APRESENTOU SINTOMAS NO PASSADO, PORÉM NÃO ATUAL, CODIFICAR “PASSADO”

Presente

Subclínico

Ausente

Passado

No. de sintomas passado: _____ No. sintomas Atual: _____

SF-36 v2

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

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

Sua Saúde e Bem-Estar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Muito obrigado por responder a este questionário!

ESCALA DE ADEQUAÇÃO SOCIAL – EAS

- Weissman & Payket, 1974 -

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

Não existem respostas certas ou erradas neste questionário.

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

TRABALHO FORA DE CASA.

Assinale a resposta que melhor se adapta a sua condição.

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

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

- 1 sim 2 não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

- 1 sim 2 não

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas ?

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

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

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

9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

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

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

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

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

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

12. Você achou seu trabalho doméstico interessante nas duas últimas semanas?

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

ESTUDANTES

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

Quanto tempo você permanece na escola?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LAZER - TODOS DEVEM RESPONDER QUESTÕES 19-27

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FAMÍLIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FILHOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIDA FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

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

SITUAÇÃO FINANCEIRA - TODOS RESPONDEM A QUESTÃO 54

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

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

Escala de Avaliação de Crenças de Brown

Versão para adultos e adolescentes.
Tradução de Ygor Ferrão, Ana Gabriela Hounie
Revisão: Waldo Mermelstein

MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA OBSESSÕES

Crença (Descreva a(s) principal(ais) crença(s) durante a semana passada):

Para cada item faça um círculo ao redor do número que identifica a resposta que melhor caracteriza o paciente **durante a semana que passou**. A crença específica do paciente pode ser incorporada à questão - por exemplo, “Até que ponto você está convencido de que esta crença de tocar maçanetas o deixará doente?”. Questões opcionais estão indicadas entre parênteses; instruções ao entrevistador estão em itálico.

<p>1. Convicção Até que ponto você está convencido de suas idéias/crenças? Você está certo de que suas idéias/crenças são verdadeiras? (Por que você pensa assim?)</p>	<p>0. Completamente convencido de que as crenças são falsas (0% de certeza). 1. As crenças provavelmente não são verdadeiras, ou existe uma dúvida substancial. 2. As crenças podem ou não ser verdadeiras, ou incapaz de decidir até que ponto as crenças são verdadeiras ou falsas. 3. Bastante convencido de que as crenças são verdadeiras, mas existe um elemento de dúvida. 4. Completamente convencido sobre a realidade da crença (100% certeza).</p>
<p>2. Percepção da visão dos outros sobre a crença O que você acha que os outros pensam (ou pensariam) de sua crença? [Pausa] Até que ponto você está certo de que a maior parte das pessoas pensa que suas crenças fazem sentido? <i>(O entrevistador deve esclarecer, se necessário, que a resposta do paciente a esta questão foi dada presumindo que as pessoas deram sua opinião honestamente.)</i></p>	<p>0. Completamente certo de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças não são reais. 1. Bastante convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças não são reais. 2. Os outros podem ou não pensar que as crenças não são reais, ou não terem certeza sobre o ponto de vista dos outros em relação a essas crenças. 3. Bastante convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças são reais. 4. Completamente convencido de que a maior parte das pessoas pensam que essas crenças são reais.</p>

<p>3. Explicação das diferentes visões</p> <p>Você disse que <i>(complete com a resposta do Item 1)</i> mas que <i>(complete com a resposta do Item 2)</i>. [Pausa] Como você explica a diferença entre o que você pensa e o que outras pessoas pensam sobre suas crenças? (Quem está possivelmente mais correto?)</p> <p><i>(O entrevistador não deve fazer esta pergunta se as respostas aos Itens 1 e 2 forem as mesmas. Nesse caso, dar o mesmo escore dos Itens 1 e 2.)</i></p>	<p>0. Completamente convencido de que a crença não é real ou que ela é absurda. (Ex.: “minha mente está pregando peças em mim.”)</p> <p>1. Bastante convencido de que as crenças não são reais.</p> <p>2. Incerto sobre porque os outros não concordam – as crenças podem não ser reais <u>ou</u> então os outros estão errados.</p> <p>3. Bastante convencido de que as crenças são verdadeiras; a visão dos outros é menos correta.</p> <p>4. Completamente convencido de que as crenças são verdadeiras; a visão dos outros é incorreta.</p>
<p>4. Rigidez de idéias</p> <p>Se eu dissesse que suas crenças não são verdadeiras, qual seria sua reação? [Pausa] Eu poderia convencê-lo de que elas são erradas?</p> <p><i>(Se necessário, dar um exemplo não confrontador)</i></p> <p><i>(Marque o escore tomando como base o quanto o paciente poderia ser convencido, não o quanto ele gostaria de ser convencido)</i></p>	<p>0. Desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; não demonstra relutância em aceitar essa possibilidade.</p> <p>1. Razoavelmente desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; a relutância em aceitar essa possibilidade é mínima.</p> <p>2. Um pouco desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas, mas está presente uma moderada relutância em aceitar essa possibilidade.</p> <p>3. Claramente relutante em considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; a relutância é significativa.</p> <p>4. Recusa-se totalmente a considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas, isto é, as crenças estão rígidas.</p>
<p>5. Tentativa de refutar as idéias</p> <p>Com que freqüência você tenta conversar consigo mesmo sobre a validade dessas idéias/crenças? Quanto esforço você faz para convencer a si mesmo de que suas crenças são falsas?</p> <p><i>(O entrevistador deve marcar o quanto o paciente tenta convencer-se de que as idéias/crenças são falsas, e não a tentativa de afastar as crenças de sua mente ou de pensar em outras coisas.)</i></p>	<p>0. Sempre envolvido em tentar refutar as crenças, ou não é necessário refutá-las porque as crenças não são verdadeiras.</p> <p>1. Geralmente tenta refutar as crenças.</p> <p>2. Algumas vezes tenta refutar as crenças.</p> <p>3. Raramente tenta refutar as crenças.</p> <p>4. Não faz tentativa alguma de refutar as crenças.</p>

<p>6. Capacidade de crítica (Insight) O que você acha que causou essas crenças em você? [Pausa] Você acha que elas têm uma causa psiquiátrica ou psicológica, ou em outras palavras, elas estão em sua mente? Ou são elas realmente verdadeiras?</p> <p><i>(O entrevistador deve determinar o que o paciente realmente acredita, não o que disseram ou que ele espera que seja verdade. Etiologia psicológica deve ser considerada como equivalente de doença psiquiátrica.)</i></p> <p><i>(Reconhecimento de que os pensamentos são excessivos, isto é, de que tomam muito tempo, ou que causam problemas para o paciente, não devem ser considerados equivalentes de etiologia psiquiátrica/psicológica. Ao invés disso, marque que o paciente tem consciência de que a causa/motivo das crenças são psiquiátricas/psicológicas).</i></p>	<p>0. As crenças certamente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>1. As crenças provavelmente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>2. As crenças possivelmente têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>3. As crenças provavelmente não têm causa psiquiátrica/psicológica.</p> <p>4. As crenças certamente não têm causa psiquiátrica/psicológica.</p>
<p>ESCORE TOTAL da BABS _____</p>	<p>= Soma das Questões de 1 a 6</p>

(não incluir no Escore Total)

ITEM ADICIONAL

<p>7. Idéias/Delírios de referência</p> <p>Você tem a impressão de que as pessoas estão falando de você ou dando atenção especial a você (por exemplo, olhando fixamente para você) por causa de (<i>complete com a crença</i>)? (Quanta certeza você tem disso?)</p> <p><i>(Esta questão pertence <u>somente</u> à(s) crença(s) sendo avaliada(s) pelo aplicador da BABS, e não se o paciente pensa que ele é observado por motivos outros que não as crenças em avaliação. O entrevistador NÃO deve embasar a resposta em atos observáveis ou compulsões; ao invés disso, marque crença a central.)</i></p>	<p>0. Não; os outros certamente não me dão uma atenção especial.</p> <p>1. Os outros provavelmente não me dão uma atenção especial.</p> <p>2. Os outros podem ou não me dar uma atenção especial.</p> <p>3. Os outros provavelmente me dão uma atenção especial.</p> <p>4. Os outros certamente me dão uma atenção especial.</p>
---	--

MARQUE SUA IMPRESSÃO GERAL DO GRAU DE CAPACIDADE DE CRÍTICA DO PACIENTE:

0. Excelente capacidade de crítica (insight); completamente racional.
1. Boa capacidade de crítica (insight).
2. Razoável capacidade de crítica (insight).
3. Fraca capacidade de crítica (insight).
4. Ausência de capacidade de crítica (insight) ou delirante.

CRENÇA PRINCIPAL: _____

- | | |
|---|-------|
| 1. CONVICÇÃO | _____ |
| 2. PERCEPÇÃO DA VISÃO DOS OUTROS | _____ |
| 3. EXPLICAÇÃO DA DIFERENÇAS DE VISÃO | _____ |
| 4. RIGIDEZ DAS IDÉIAS | _____ |
| 5. TENTATIVA DE INVALIDAR AS CRENÇAS | _____ |
| 6. CAPACIDADE DE CRÍTICA (INSIGHT) | _____ |
| ESCORE TOTAL DA BABS (ITENS 1 A 6) | _____ |

ITEM ADICIONAL

- | | |
|----------------------------------|-------|
| 7. IDÉIAS/DELÍRIOS DE REFERÊNCIA | _____ |
|----------------------------------|-------|

Entrevista Sobre Familiares

(Coletar dados com o paciente e um dos progenitores ou outro familiar sobre cada um dos membros nucleares da família do paciente)

Pessoa entrevistada: _____ Grau de parentesco: _____

Alguma pessoa da sua família já teve alguma dificuldade psiquiátrica como tiques, tricotilomania (arrancar pêlos e/ou cabelos), depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, “manias”, esquizofrenia, muita ansiedade, pânico, medos, dependência de álcool e drogas, “psicose maníaco-depressiva”, transtorno bipolar ou afetivo, epilepsia, esclerose, doença de Alzheimer ou demência? Já viu ou lembra de alguém na sua família que fazia muito barulho com a boca e/ou garganta como pigarrear, estalar a língua, assobiar, ficar repetindo palavras e/ou frases, rituais, hábitos diferentes, colecionar coisas que não servem para nada, hiperatividade (estar sempre inquieto, a “mil por hora”) e problemas de atenção? Alguém já teve reumatismo? E febre reumática e/ou coréia?

(Módulo SCID adaptado - Transtornos psiquiátricos do Eixo I)

	1 NÃO	3 SIM	Grau de Parentesco
1. Há ou houve alguém na sua família que bebia cinco ou mais copos de cerveja, vinho ou doses habituais de outras bebidas em apenas uma ocasião?			
2. Alguém na sua família alguma vez usou ou usa drogas?			
3. Alguém na sua família já ficou ou é viciado em um medicamento prescrito?			
4. Alguém na sua família tem ou já teve ataque de pânico, quando se sentiu assustado ou de repente desenvolveu vários sintomas físicos?			
5. Alguém na sua família sente ou já sentiu medo de sair de casa sozinho, ficar no meio de multidões, ficar em uma fila ou viajar de ônibus ou de trem?			
6. Há alguém na sua família que tenha ou teve medo de fazer alguma coisa ou se sentiu desconfortável na frente de outras pessoas, como falar, escrever ou comer?			
7. Existe alguém na sua família que tenha ou teve algum medo especial, como voar, ver sangue, tomar uma injeção, lugares fechados, ou certos tipos de animais ou insetos?			
8. Há alguém na sua família que tenha estado nos últimos seis meses particularmente nervoso ou ansioso?			

	1 NÃO	3 SIM	Grau de Parentesco
9. Alguém na sua família pesa ou pesou muito menos do que as outras pessoas achavam que ela deveria pesar?			
10. Alguém na sua família costuma ou costumou ter momentos em que a forma de comer estava fora de controle?			
11. Alguém na sua família tem ou teve problemas de atenção ou hiperatividade?			
12. Alguém na sua família tem ou teve períodos maiores do que duas semanas onde sentisse deprimido, triste, desanimado?			
13. Alguém na sua família tem ou teve períodos maiores do que dois dias onde sentisse agitação, euforia?			
14. Alguém na sua família tem ou teve experiências fora do comum como ouvir vozes ou ver coisas que não existem ou ter crenças que outras pessoas não tinham?			
15. Alguém na sua família já passou por alguma catástrofe e ficou traumatizado?			
16. Alguém na sua família se sente ou já se sentiu incomodado por pensamentos que não faziam o menor sentido e que continuavam vindo na mente mesmo quando tentava evitá-lo (obsessões)?			
17. Alguém na sua família tem ou teve algo que tivesse que fazer várias e várias vezes e que não conseguia evitar, como lavar as mãos uma vez depois da outra, contar até um certo número ou verificar alguma coisa várias vezes para ter certeza de que fez certo (compulsões)?			

TOC

Alguém na sua família tem ou teve sintomas obsessivo-compulsivos? Sim Não

Quem? _____

Se SIM, descrever as obsessões e as compulsões:

Foi diagnosticado TOC? Sim Não Não sei

Se SIM, quando? _____ Por quem? _____

TIQUES

Alguém na sua família tem ou teve tiques motores? Sim Não Não sei.

Quem? _____

Se SIM, descreva idade de início, tipo de tiques, gravidade: _____

A pessoa tem ou teve tiques vocais? Sim Não Não sei

Se SIM, descreva idade de início, tipo de tiques, gravidade: _____

Se SIM para tiques motores e vocais, a pessoa recebeu diagnóstico de Transtorno de Tourette?

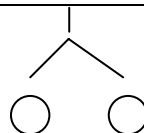
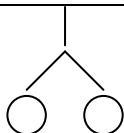
Sim Não Não sei

Se SIM, quando? _____ Por quem? _____

HEREDOGRAMA

Legenda:

Sexo masculino	□
Sexo feminino	○
Sexo desconhecido	◇
Morto	∅
Casados	○—□ ou □—○
Separado	○//□ ou □//○
Natimorto	λ
Gêmeos monozigóticos	Gêmeos dizigóticos



Obs.: Hachurar (marcar) os afetados e fazer legenda
Apointar o entrevistado com uma seta (↑)

SCID-I Folha de Resposta

Assinale com um X na resposta dada pelo entrevistado:

- ?- informação duvidosa ou inadequada
- 1- ausente ou falso
- 2- subliminar
- 3- presente ou verdadeiro.

Se a resposta for numérica anote-a no item "?".

Episódio Depressivo Maior Atual - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A1					A 26				
A2					A27				
A3					A28				
A4					A29				
A5					A30				
A6					A31				
A7					A32				
A8					A33				
A9					A34				
A10					A35				
A11					A36				
A12					A37				
A13					A38				
A14					A39				
A15					A40				
A16					A41				
A17					A42				
A18					A43				
A19					A44				
A20					A45				
A21					A46				
A22					A47				
A23					A48				
A24					A49				
A25					A50				
					A51				

Episódio Depressivo Maior Passado - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A52					A 67				
A53					A68				
A54					A69				
A55					A70				
A56					A71				
A57					A72				
A58					A73				
A59					A74				
A60					A75				
A61					A76				
A62					A77				
A63					A78				
A64					A79				
A65					A80				
A66					A81				

Episódio Maníaco Atual

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

 Presente Subclínico Ausente**Episódio Hipomaníaco Atual**

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

 Presente Subclínico Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A82					A104				
A83					A105				
A84					A106				
A85					A107				
A86					A108				
A87					A109				
A88					A110				
A89					A111				
A90					A112				
A91					A113				
A92					A114				
A93					A115				
A94					A116				
A95					A117				
A96					A118				
A97					A119				
A98					A120				
A99					A121				
A100					A122				
A101					A123				
A102					A124				
A103					A125				

Episódio Maníaco Passado

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

 Presente Subclínico Ausente**Hipomaníaco Passado**

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

 Presente Subclínico Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A126					A144				
A127					A145				
A128					A146				
A129					A147				
A130					A148				
A131					A149				
A132					A150				
A133					A151				
A134					A152				
A135					A153				
A136					A154				
A137					A155				
A138					A156				
A139					A157				
A140					A158				
A141					A159				
A142					A160				
A143					A161				
					A162				

Transtorno Distímico - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
A163					A175				
A164					A176				
A165					A177				
A166					A178				
A167					A179				
A168					A180				
A169					A181				
A170					A182				
A171					A183				
A172					A184				
A173					A185				
A174					A186				

CMG/Substância causando Sintomas de Humor - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
A187					A195				
A188					A196				
A189					A197				
A190					A198				
A191					A199				
A192					A200				
A193					A201				
A194									

Bipolares - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS
Tipo I Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo II Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo III Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
D1					D23				
D2					D24				
D3					D25				
D4					D26				
D5					D27				
D6					D28				
D7					D29				
D8					D30				
D9					D31				
D10					D32				
D11					D33				
D12					D34				
D13					D35				
D14					D36				
D15					D37				
D16					D38				
D17					D39				
D18					D40				
D19					D41				
D20					D42				
D21					D43				
D22					D44				

Transtornos de Humor
 Presente Ausente Passado

Tipo(s) de Transtorno de Humor: _____

 Unipolar Bipolar I Bipolar II Bipolar III

Idade de Início: _____

 Condição Atual: Doente Remissão parcial Remissão Total

 Modo de Instalação: Agudo Insidioso

 Tipo de Evolução: Crônica Episódica
 Com Sem períodos de remissão total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos ou outros diagnósticos psiquiátricos (se houver)

Transtorno Delirante - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C27					C31				
C28					C32				
C29					C33				
C30									

Transtorno Psicótico Breve - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C34					C38				
C35					C39				
C36					C40				
C37									

Devido a CMG ou Induzido por Substância - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C41					C45				
C42					C46				
C43					C47				
C44					C48				

Transtorno Psicótico SOE - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
C49					C54				
C50					C55				
C51					C56				
C52					C57				
C53									

Sintomas Psicóticos Associados ou Transtornos Psicóticos
 Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo(s) de Transtorno Psicótico ou Sintomas Psicóticos: _____

Idade de Início: _____

 Condição Atual: Doente Remissão Parcial Remissão Total

 Modo de Instalação: Agudo Insidioso

 Tipo de Evolução: Crônica Episódica
 Com Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver)

Gravidade da doença:

 Leve Moderada Grave Extrema

Relação com Febre Reumática (se houver):

Transtorno por uso de Álcool - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E1					E14				
E2					E15				
E3					E16				
E4					E17				
E5					E18				
E6					E19				
E7					E20				
E8					E21				
E9					E22				
E10					E23				
E11					E24				
E12					E25				
E13					E26				

Transtorno por uso de substância não alcoólica - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E27					E31				
E28					E32				
E29					E33				
E30					E34				
					E35				

Sedativos – hipnóticos – ansiolíticos (para E27=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**Abuso:** Presente Ausente Passado**Dependência:** Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E36					E116				
E44					E124				
E52					E132				
E60					E140				
E68					E148				
E76					E156				
E84					E164				
E92					E172				
E100					E180				
E108					E188				

Canabis (para E28=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**Abuso:** Presente Ausente Passado**Dependência:** Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E37					E117				
E45					E125				
E53					E133				
E61					E141				
E69					E149				
E77					E157				
E85					E165				
E93					E173				
E101					E181				
E109					E189				

Estimulantes (para E29=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**Abuso:** Presente Ausente Passado**Dependência:** Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E38					E118				
E46					E126				
E54					E134				
E62					E142				
E70					E150				
E78					E158				
E86					E166				
E94					E174				
E102					E182				
E110					E190				

Opióides (para E30=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**Abuso:** Presente Ausente Passado**Dependência:** Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E39					E119				
E47					E127				
E55					E135				
E63					E143				
E71					E151				
E79					E159				
E87					E167				
E95					E175				
E103					E183				
E111					E191				

Cocaína (para E31=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**Abuso:** Presente Ausente Passado**Dependência:** Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E40					E120				
E48					E128				
E56					E136				
E64					E144				
E72					E152				
E80					E160				
E88					E168				
E96					E176				
E104					E184				
E112					E192				

Alucinógenos (para E32=3) - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**Abuso:** Presente Ausente Passado**Dependência:** Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E41					E121				
E49					E129				
E57					E137				
E65					E145				
E73					E153				
E81					E161				
E89					E169				
E97					E177				
E105					E185				
E113					E193				

Outro (para E33=3). - **IDADE DE INÍCIO:** _____ **ANOS**

Qual? _____

Abuso: Presente Ausente Passado

Dependência: Presente Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
E42					E122				
E50					E130				
E58					E138				
E66					E146				
E74					E154				
E82					E162				
E90					E170				
E98					E178				
E106					E186				
E114					E194				

Abuso ou Dependência de Substância

Presente Ausente Passado

Substância(s): 1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

Idade de Início: _____ Duração: _____

Condição Atual: Doente Remissão Parcial Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

Gravidade da doença:

Leve Moderada Grave Extrema

Outros dados que julgar importantes, incluindo **tratamento**: _____

Pânico - IDADE DE INÍCIO: _____ **ANOS**

Pânico com Agorafobia Presente Subclínico Ausente Passado

Pânico sem Agorafobia Presente Subclínico Ausente Passado

Agorafobia sem Pânico Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F1					F24				
F2					F25				
F3					F26				
F4					F27				
F5					F28				
F6					F29				
F7					F30				
F8					F31				
F9					F32				
F10					F33				
F11					F34				
F12					F35				
F13					F36				
F14					F37				
F15					F38				

F16					F39				
F17					F40				
F18					F41				
F19					F42				
F20					F43				
F21					F44				
F22					F45				
F23					F46				

Fobia Social-

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

 Presente Subclínico Ausente Passado**Fobia Específica**

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F47					F66				
F48					F67				
F49					F68				
F50					F69				
F51					F70				
F52					F71				
F53					F72				
F54					F73				
F55					F74				
F56					F75				
F57					F76				
F58					F77				
F59					F78				
F60					F79				
F61					F80				
F62					F81				
F63					F82				
F64					F83				
F65					F84				

TOC - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F85					F94				
F86					F95				
F87					F96				
F88					F97				
F89					F98				
F90					F99				
F91					F100				
F92					F101				
F93					F102				

ATENÇÃO: A SEGUIR, TODOS OS PACIENTES DEVEM RESPONDER AO “QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA”, QUE APRESENTA UMA LISTA DE POSSÍVEIS EVENTOS QUE PODEM ELICIAR UM TRAUMA.

QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA

Green BL., Trauma History Questionary

A série de questões a seguir diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida.. Após a sua ocorrência, eles afetam a maneira pela qual as pessoas sentem, reagem e/ou pensam a respeito das coisas. O conhecimento sobre a ocorrência de tais eventos assim como a reação a eles vai nos auxiliar a desenvolver programas de prevenção, educação e outros serviços. O questionário é dividido em perguntas que abordam experiências relacionadas a crime, perguntas sobre desastre em geral e trauma e perguntas sobre experiências físicas e sexuais.

Para cada evento, por favor, indique se aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes e a sua idade aproximada na época. Além disso, diga a natureza da relação entre você e a pessoa envolvida e o tipo específico do evento, se for apropriado.

Eventos relacionados a crime

		<u>Em caso afirmativo</u>	
		Nº de vezes	Idade aproximada
1. Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto?	Não Sim	_____	_____
2. Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?	Não Sim	_____	_____
3. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?	Não Sim	_____	_____
4. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você <u>estava</u> lá?	Não Sim	_____	_____

Desastre em geral e trauma

		<u>Em caso afirmativo</u>	
		Nº de vezes	Idade aproximada
5. Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não Sim	_____	_____

Desastre em geral e trauma

Em caso afirmativo
Nº de **Idade**
vezes **aproximada**

- | | | | | |
|--|------------|------------|-------|-------|
| <p>6. Você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar.</p> | Não | Sim | _____ | _____ |
| <p>7. Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar.</p> | Não | Sim | _____ | _____ |
| <p>8. Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?</p> | Não | Sim | _____ | _____ |
| <p>9. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar.</p> | Não | Sim | _____ | _____ |
| <p>10. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque <u>poderia</u> ter sido morto (a) ou gravemente ferido (a)?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar.</p> | Não | Sim | _____ | _____ |
| <p>11. Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto?
 <u>Se responder sim</u>, por favor, especificar quem.</p> | Não | Sim | _____ | _____ |

Desastre em geral e trauma

			<u>Em caso afirmativo</u>	
			Nº de vezes	Idade aproximada
12. Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____	_____
13. Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar sua relação com esta pessoa (ex. mãe, neto, etc.).	Não	Sim	_____	_____
14. Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar sua relação com esta pessoa.	Não	Sim	_____	_____
15. Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____	_____
16. Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu de forma inesperada? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar.	Não	Sim	_____	_____
17. Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar o local.	Não	Sim	_____	_____

Experiências físicas e sexuais

		<u>Em caso afirmativo</u>	
		Esta experiência repetiu-se?	Quantas vezes e em que idade(s) aprox. ?
18. Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).	Não	Sim	_____
19. Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).	Não	Sim	_____
20. Além dos incidentes mencionados nas questões 18 e 19, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo (a) a ter contato sexual contra a sua vontade?	Não	Sim	_____
21. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?	Não	Sim	_____
22. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou <u>desarmado</u> e o (a) feriu gravemente?	Não	Sim	_____
23. Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?	Não	Sim	_____

Outros eventos

		<u>Em caso afirmativo</u>	
		Esta experiência repetiu-se?	Quantas vezes e em que idade(s) aprox. ?
24. Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____

TEPT - IDADE DE INÍCIO: _____ **ANOS**

O INDIVÍDUO APRESENTOU ALGUM SINTOMA POSITIVO NO “QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA”?

SIM **NÃO**

A RESPOSTA AO EVENTO ENVOLVEU INTENSO MEDO, IMPOTÊNCIA OU HORROR (em crianças, a resposta pode envolver comportamento desorganizado ou agitado)?

SIM **NÃO**

Descreva: _____

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F103					F119				
F104					F120				
F105					F121				
F106					F122				
F107					F123				
F108					F124				
F109					F125				
F110					F126				
F111					F127				
F112					F128				
F113					F129				
F114					F130				
F115					F131				
F116					F132				
F117					F133				
F118					F134				

TAG - IDADE DE INÍCIO: _____ **ANOS**

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F135					F142				
F136					F143				
F137					F144				
F138					F145				
F139					F146				
F140					F147				
F141					F148				
					F149				

SUBSTÂNCIA / CMG - IDADE DE INÍCIO: _____ **ANOS**

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F150					F154				
F151					F155				
F152					F156				
F153									

Ansiedade SOE

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3
F157				

Transtornos Ansiosos (outros que não são TOC)

Presente Subclínico Ausente Passado

G46					G56				
G47					G57				
G48					G58				
G49					G59				
G50					G60				
G51					G61				
G52					G62				
G53					G63				
G54									
G55									

Transtornos Somatoformes

Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo(s) de Transtorno Somatoforme: _____

Idade de Início; _____

Condição Atual: Doente Remissão Parcial Remissão Total

Modo de Instalação: Agudo Insidioso

Tipo de Evolução: Crônica Episódica
 Com Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

Descrição dos Principais Sintomas:

Gravidade da Doença (no pior momento):

Leve Moderada Grave Extrema

Transtorno Dismórfico Corporal - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G64					G66				
G65					G67				

**Continuação do Módulo Diagnóstico da SCID para
Transtorno Dismórfico Corporal (TDC)**

MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA O DIAGNÓSTICO

Se preencher critério diagnóstico para TDC:

Liste as áreas do corpo com as quais você se preocupa excessivamente.

exemplos: pele (acne, cicatrizes, rugas, palidez, rubor), cabelo, forma ou tamanho do nariz, boca, lábios, barriga, quadril, etc.; ou defeitos nas mãos, genitais, seios ou qualquer outra parte do corpo.

Quanto tempo você gasta por dia pensando sobre sua aparência? (circule a melhor resposta)

- a) Menos do que 1 hora por dia. b) 1 a 3 horas por dia. c) Mais do que 3 horas por dia

Se você respondeu C, quantas horas você gasta: _____

Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) – Escala de INSIGHT

Grau de CRÍTICA sobre um imaginado defeito na aparência.

(D)

Quanto você está convencido de que o seu(s) defeito(s) é(são) tão feio(s) como você pensa que ele(s) é(são)?

Você tem certeza que a sua impressão do(s) defeito(s) é correta e não está distorcida?

É possível que o seu defeito seja menos perceptível do que você pensa que ele é?

Alguém consegue convencê-lo de que o(s) defeito(s) não é tão ruim assim?

0 = **Excelente, totalmente racional.**

1 = **Bom. Rapidamente reconhece o absurdo dos pensamentos ou dos comportamentos mas não parece estar convencido de que não há nada além de ansiedade para se preocupar.**

2 = **Razoável. Admite com relutância que os pensamentos ou comportamentos parecem absurdos ou irracionais, mas hesita.**

3 = **Pobre. Insiste que seus pensamentos e comportamentos não são irracionais, mas não está 100% convencido de que sua visão(impressão) sobre o(s) defeito(s) não está distorcida.**

4 = **Ausência de crítica, delirante. Totalmente convencido que a sua visão(impressão) do(s) defeito(s) não está de forma alguma distorcida, não pode ser convencido com evidências do contrário.**

TOTAL = _____

Durante o último mês a preocupação com o seu(s) defeito(s) afetou a sua vida de alguma forma ou chegou a incomodá-lo muito?

1=ausente 2= sublimiar 3= presente ou verdadeira

Qual foi a última vez que você se sentiu incomodado pela sua preocupação com a aparência?

Nos últimos cinco anos:

Em quanto do seu tempo suas preocupações com a aparência estiveram presentes afetando a sua vida ou o incomodando muito? Quanto tempo você gastou com as suas preocupações com a aparência? (Houveram intervalos de tempo durante os quais você esteve livre de preocupações?)

Quantos anos você tinha quando suas preocupações com a aparência começaram a afetar a sua vida ou começaram a incomodar muito?

Preencheu critério diagnóstico para TDC com pensamento delirante: respondeu 3 nos critérios A, B e C e resultado igual a 4 no item D. _____

Número de meses antes da entrevista quando teve sintomas de TDC pela última vez. _____

Porcentagem aproximada de tempo durante os últimos cinco anos na qual qualquer sintoma de TDC esteve presente.

- 1= Nenhuma (0%)
 2= Raramente (5-10%)
 3= Uma fração pequena do tempo (20-30%)
 4= Aproximadamente metade do tempo
 5= A maior parte do tempo (70-80%)
 6= Quase o tempo todo (90-100%)
 7= Desconhecida

Idade de início do TDC (codificar 99 se desconhecida _____).

Anorexia Nervosa

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

Bulimia Nervosa

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
H1					H11				
H2					H12				
H3					H13				
H4					H14				
H5					H15				
H6					H16				
H7					H17				
H8					H18				
H9					H19				
H10					H20				
					H21				
					H22				

Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
H23					H31				
H24					H32				
H25					H33				
H26					H34				
H27					H35				
H28					H36				
H29					H37				
H30									

Transtornos Alimentares

Presente Subclínico Ausente Passado

Tipo(s) de Transtorno Alimentar: _____

Idade de Início; _____

Condição Atual: Doente Remissão Parcial Remissão Total

Modo de Instalação: Agudo Insidioso

Tipo de Evolução: Crônica Episódica
 Com Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

Descrição dos Principais Sintomas:

Gravidade da Doença (no pior momento):

Leve Moderada Grave Extrema

SCID-I - TRANSTORNOS DE CONTROLE DOS IMPULSOS

Michael B. First, 2004.

Transtorno Explosivo Intermitente - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K1					K5				
K2					K6				
K3					K7				
K4					K8				
					K9				

Cleptomania - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K10					K16				
K11					K17				
K12					K18				
K13					K19				
K14					K20				
K15									

Piromania - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K21					K26				
K22					K27				

Skin Picking - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K146					K154				
K147					K155				
K148					K156				
K149					K157				
K150					K158				
K151					K159				
K152					K160				
K153					K161				
					K162				

**ESCALA DE DERMATOTILEXOMANIA
(SKIN PICKING)**

Hospital Geral de Massachussetts

MARCAR “NÃO SE APLICA” CASO NÃO TENHA O DIAGNÓSTICO

Dermatotilexomania é o ato de cutucar a pele com os dedos, as unhas, pinças ou objetos pérfuro-cortantes.

Instruções: Para cada item escolha a resposta que melhor descreve a última semana. Se você tem tido altos e baixos, tente estimar a média para a última semana.

<p>1. FREQUÊNCIA DA NECESSIDADE/ IMPULSO Quão freqüentemente você sente a vontade irresistível de cutucar a sua pele?</p>	<p>0 = Sem impulsos 1 = Branda, sente, de vez em quando, vontade irresistível de cutucar a pele, menos do que uma hora por dia. 2 = Moderada, freqüentemente sente vontade de cutucar a pele, 1-3h por dia. 3 = Grave, muito freqüentemente sente vontade de cutucar a pele, maior do que 3 e até 8h/dia. 4 = Extrema, constantemente ou o tempo todo sente vontade de cutucar a pele.</p>
<p>2. INTENSIDADE DOS IMPULSOS Quão forte e intensos são os impulsos de cutucar a sua pele?</p>	<p>0 = Mínima ou nenhuma 1 = Branda 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Extrema</p>
<p>3. TEMPO ENVOLVIDO NO ATO DE CUTUCAR A PELE. Quanto tempo você gasta cutucando a sua pele? Com que freqüência isso ocorre? Quanto mais tempo do que a maioria das pessoas você demora para realizar suas atividades de rotina por cutucar a pele?.</p>	<p>0 = Nenhum 1 = Brando, passa menos do que 1h/dia cutucando a pele ou só de vez em quando cutuca a pele. 2 = Moderado, passa entre 1-3h/dia cutucando a pele ou freqüentemente cutuca a pele. 3 = Grave, passa mais do que 3 e até 8h/dia cutucando a pele ou cutuca a pele muito freqüentemente 4 = Extremo, passa mais do que 8h/dia cutucando a pele ou está quase sempre cutucando a pele.</p>

<p>4. INTERFERÊNCIA RELACIONADA A CUTUCAR A PELE. Quanto cutucar a pele interfere com a sua vida social, profissional (ou desempenho nessas funções)? (Se atualmente não está trabalhando, quanto da sua performance estaria afetada se você estivesse trabalhando?)</p>	<p>0 = Nenhuma 1 = Branda, interferência leve em atividades sociais e profissionais mas no geral a performance não está comprometida. 2 = Moderada, há prejuízo funcional ou social evidente, mas ainda tolerável. 3 = Grave, causa grande prejuízo funcional e social. 4 = Extrema, incapacitante.</p>
<p>5. ANGÚSTIA ASSOCIADA A CUTUCAR A PELE. Quanta angústia você sente como resultado por cutucar a pele? Como você se sentiria se fosse impedido de cutucar a pele? O quão ansioso você ficaria?</p>	<p>0 = Nenhuma 1 = Branda, apenas levemente ansioso se impedido de cutucar a pele ou apenas um pouco de ansiedade ao cutucar a pele. 2 = Moderado, ansiedade aumentaria mas ainda permaneceria tolerável se impedido de cutucar a pele ou a ansiedade aumenta para níveis toleráveis enquanto cutuca a pele. 3 = Grave, aumento pronunciado e muito incômodo da ansiedade se interrompido no cutucar da pele ou enquanto cutuca a pele. 4 = Extrema, ansiedade incapacitante decorrente de qualquer tentativa de modificar o cutucar a pele ou enquanto cutuca a pele.</p>
<p>6. RESISTÊNCIA. Quanto de esforço você faz para resistir ao impulso de cutucar a pele. (Apenas registre o esforço feito para resistir, sem contar o sucesso ou a falha em resistir.)</p>	<p>0 = Sempre faz esforço para resistir ou os sintomas são tão leves que a resistência não é necessária. 1 = Tenta resistir a maior parte do tempo. 2 = Faz algum esforço para resistir. 3 = Quase sempre cede à vontade de cutucar a pele sem tentar controlá-la, mas faz isso com alguma relutância. 4 = Sempre cede completamente e voluntariamente à vontade de cutucar a pele.</p>
<p>7. GRAU DE CONTROLE SOBRE CUTUCAR A PELE. Quão forte é a tentação de cutucar a pele? Quanto controle você tem sobre cutucar a pele?</p>	<p>0 = Controle total. 1 = Muito controle, experimenta a tentação de realizar o comportamento, mas é geralmente capaz de exercer controle voluntário sobre o comportamento. 2 = Controle moderado, tem muita vontade de ceder ao comportamento, consegue controlá-lo com dificuldade. 3 = Pouco controle, tem um desejo imenso de realizar o comportamento. Tem que executá-lo, consegue apenas retardar o seu início com dificuldade. 4 = Nenhum controle, o desejo de executar o comportamento é experimentado como completamente involuntário e dominante, raramente é capaz de até mesmo retardar o seu início.</p>
<p>8. COMPORTAMENTOS DE EVITAMENTO Você tem evitado fazer alguma coisa, ir a algum lugar, ou estar com alguém por causa de cutucar a pele? Se sim, o quanto você evita?</p>	<p>0 = Nenhum. 1 = Brando, às vezes evita situações sociais e profissionais. 2 = Moderado, freqüentemente evita situações sociais e profissionais. 3 = Grave, muito freqüentemente evita situações sociais ou profissionais. 4 = Extremo, evita todas as situações sociais e profissionais como resultado de cutucar a pele.</p>

TOTAL: _____

Transtorno de Uso Impulsivo-Compulsivo do Vídeo-Game
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K163					K179				
K164					K180				
K165					K181				
K166					K182				
K167					K183				
K168					K184				
K169					K185				
K170					K186				
K171					K187				
K172					K188				
K173					K189				
K174					K190				
K175					K191				
K176					K192				
K177					K193				
K178									

Transtorno da Auto-Mutilação
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K194					K202				
K195					K203				
K196					K204				
K197					K205				
K198					K206				
K199					K207				
K200					K208				
K201					K209				

Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico
 Presente Subclínico Ausente Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
K210					K215				
K211					K216				
K212					K217				
K213					K218				
K214					K219				
					K220				

TRANSTORNOS DE CONTROLE DOS IMPULSOS
 Presente Subclínico Ausente Passado

TIPO(S) DE TRANSTORNO(S) DO IMPULSO: _____

IDADE DE INÍCIO; _____

CONDIÇÃO ATUAL:

 DOENTE REMISSÃO PARCIAL REMISSÃO TOTAL
MODO DE INSTALAÇÃO: AGUDO INSIDIOSO
TIPO DE EVOLUÇÃO: CRÔNICA EPISÓDICA
 COM SEM PERÍODOS DE REMISSÃO TOTAL

RELAÇÃO COM SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS OU outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS;

GRAVIDADE DA DOENÇA (NO PIOR MOMENTO):

LEVE

MODERADA

GRAVE

EXTREMA

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL

Versão Adaptada para Apostila de Atendimento – Guy W., 1976

GRAVIDADE DAS DOENÇAS

Considerando a sua experiência com a(s) doença(s) diagnosticada, quão doente está o paciente neste momento? (Marque apenas uma). Para cada espaço em branco, avalie os diferentes diagnósticos (ex: t. depressivo, t. de tiques, t. dismórfico corporal ...).

	TOC
1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

1	Normal, não doente;
2	Limítrofe para doença mental;
3	Levemente doente;
4	Moderadamente doente;
5	Marcadamente doente;
6	Gravemente doente;
7	Doença mental extremamente grave.

ESCALAS DE HISTÓRIA DE TRAUMA

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

- Todos os pacientes devem preencher as duas escalas seguintes referente ao pior trauma. Caso paciente negue qualquer evento traumático (inclusive os da lista do “Questionário de História de Trauma”) marcar **NÃO SE APLICA**.

PCL – C

- Post-Traumatic Stress Disorder Checklist -
Civilian Version (Tradução de Berger et al, 2004)

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês e pior fase:

Nada	Um pouco		Médio		Bastante		Muito							
1	2		3		4		5							
					ATUAL			PIOR FASE						
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

12. Sentir como se <i> você não tivesse expectativas para o futuro?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i> pegar no sono</i> ou para <i> continuar dormindo?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i> irritável</i> ou ter <i> explosões de raiva?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
16. Estar <i> “superalerta”, vigilante</i> ou <i> “em guarda”?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i> tenso</i> ou facilmente <i> sobressaltado?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

Questionário de Experiências Dissociativas

Peritraumáticas

- Versão Auto-Applicativa -

Adaptação transcultural para o português do PDEQ-SRV – Fiszman et al.

Instruções: Por favor, preencha os itens abaixo **marcando** a opção que melhor descreve **suas sensações** e reações durante o evento que você considera mais traumático em sua vida e/ou imediatamente após este acontecimento. Para cada item, marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você. Se o item não ocorreu, marque “Não”.

Houve momentos em que eu perdi a noção do que estava acontecendo – “Me deu um branco” ou “eu saí do ar” ou de alguma forma eu senti como se eu não fizesse parte do que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti que eu estava no “piloto automático” – Eu acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Minha noção do tempo mudou – as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

O que estava acontecendo parecia que não era real, como se eu estivesse num sonho ou assistindo um filme ou uma peça de teatro. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se estivesse assistindo a tudo o que estava acontecendo comigo pelo lado de fora, como um espectador, ou como se eu estivesse flutuando, vendo tudo de cima. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Houve momentos em que a noção que eu tinha do meu próprio corpo parecia distorcida ou modificada. Eu me senti desligado do meu corpo ou que meu corpo estava maior ou menor do que o habitual. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se as coisas que estavam acontecendo com outras pessoas estivessem acontecendo comigo – por exemplo, alguém foi preso, e eu senti que era eu quem estava sendo preso. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu fiquei surpreso por descobrir mais tarde que várias coisas que tinham acontecido naquela ocasião eu não havia percebido, principalmente coisas que eu normalmente teria notado. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti confuso, ou seja, houve momentos em que eu tive dificuldade para entender o que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti desorientado, ou seja, houve momentos em que eu me senti perdido no tempo e no espaço. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

