



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

Aline Paes Vellozo

**DIMENSÃO DE SIMETRIA NO
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO:
PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E CORRELATOS**

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**

Aline Paes Vellozo

DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO: PREVALÊNCIA,
GRAVIDADE E CORRELATOS

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

Vellozo, Aline Paes.

Dimensão de simetria no transtorno obsessivo-compulsivo
: prevalência, gravidade e correlatos / Aline Paes
Vellozo. - Botucatu, 2018

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

Orientador: Albina Rodrigues Torres
Capes: 40104001

1. Simetria. 2. Sinais e sintomas. 3. Prevalência. 4.
Transtorno obsessivo-compulsivo.

Palavras-chave: dimensão de simetria; dimensões de
sintomas; prevalência ; sinais e sintomas; transtorno
obsessivo-compulsivo.

EPÍGRAFE

“Adoramos a perfeição, porque não a podemos ter, repugna-la-íamos, se a tivéssemos. O perfeito é desumano, porque o humano é imperfeito.”

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Antônio** e **Vera**, que me ensinaram desde cedo o verdadeiro e terno significado da família.

Às minhas irmãs, **Aliane** e **Alice**, por seu apoio e cumplicidade de sempre.

Ao **Fernando**, meu amor, por compartilhar comigo as dores e alegrias deste caminho.

A todos os **professores** que já passaram por minha vida, há cada um de vocês nestas escritas.

“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Albina Rodrigues Torres (Biba) sou grata por sua acolhida afetuosa em minha chegada a esta cidade e por compartilhar comigo seu vasto conhecimento e entusiasmo pela pesquisa e ensino. Obrigada pela generosidade e paciência com que ensina, por ser um exemplo de retidão e humanidade.

À toda equipe da Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – docentes, médicos contratados, residentes e equipe multiprofissional – agradeço pela parceria e companheirismo de todos os dias.

Aos queridos companheiros e amigos de pós-graduação, em especial à amiga Mariana de Souza Domingues Castro, agradeço por dividirem comigo as emoções e desafios dessa jornada, aprendi muito com todos vocês.

Aos amigos e familiares, que, mesmo a distância, se fazem presentes em boas lembranças e inspirações.

Aos pacientes, que sempre me oferecem preciosas lições de vida e que me motivam a estudar na expectativa de oferecer o melhor cuidado.

“Para que as luzes do outro sejam percebidas por mim devo por bem apagar as minhas, no sentido de me tornar disponível para o outro.”

Mia Couto

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: REVISÃO DA LITERATURA

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	15
2. MÉTODO	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
3.1 Aspectos Conceituais e Etiológicos	17
3.2 Aspectos Epidemiológicos	20
3.3 Aspectos Fenomenológicos e Clínicos	21
3.3.1 Curso Clínico e Gravidade dos Sintomas	21
3.3.2 Fenômenos Sensoriais	22
3.3.3 Comorbidades	23
3.3.4 Comportamentos Suicidas	24
3.3.5 Tratamento	24
4. CONCLUSÕES	26
5. REFERÊNCIAS	27

DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E CORRELATOS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	53
2. MÉTODO	56
2.1 Sujeitos	56
2.2 Instrumentos de Avaliação	56

2.2.1 Escala Dimensional para Avaliação da Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS).....	56
2.2.2 Escala de Yale-Brown para sintomas obsessivo-compulsivos (Y-BOCS).....	57
2.2.3 Questionário sobre História Natural de TOC.....	57
2.2.4 Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I (SCID I).....	58
2.2.5 Inventário de Depressão de Beck.....	58
2.2.6 Inventário de Ansiedade de Beck.....	58
2.2.7 Escala de Fenômenos Sensoriais (USP-SPS)	58
2.2.8 Escala de Avaliação de Crenças de Brown (BABS).....	59
2.3 Aspectos Éticos	59
2.4 Análise Estatística.....	60
3. RESULTADOS.....	61
4. DISCUSSÃO.....	62
5. CONCLUSÃO.....	66
6. REFERÊNCIAS.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
ANEXOS.....	86
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP.....	86
ANEXO B - Protocolo de Pesquisa do PROTOC (apostila de 1º atendimento - CTOC).....	89

LISTA DE TABELAS

A DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: REVISÃO DA LITERATURA

TABELA 1 - Estudos contendo a frequência de sintomas da dimensão de simetria categorizados por meio da *Y-BOCS/CY-BOCS symptom checklist* 47

TABELA 2 - Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à dimensão de simetria em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo 49

DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E CORRELATOS

TABELA 1 - Características sociodemográficas dos pacientes com (TOC + SIM) e sem (TOC - SIM) sintomas da dimensão de simetria.....79

TABELA 2 - Características clínicas de pacientes com (TOC + SIM) e sem (TOC - SIM) sintomas da dimensão de simetria 80

TABELA 3 - Transtornos psiquiátricos comórbidos (na vida) em pacientes com (TOC + SIM) e sem (TOC - SIM) sintomas da dimensão de simetria.....82

TABELA 4 - Variáveis que se mantiveram associadas à dimensão de simetria na regressão logística.....84

LISTA DE SIGLAS

A DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: REVISÃO DA LITERATURA

CY-BOCS	<i>Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.</i>
DOCS	<i>Dimensional Obsessive-Compulsive Scale</i>
DY-BOCS	<i>Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale/</i> Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos
ISRS	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
NJREs	<i>Not just right experiences</i>
SOC	Sintomas obsessivo-compulsivos
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TDAH	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
Y-BOCS	<i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale/</i> Escala de Yale- Brown para sintomas obsessivo-compulsivos

LISTA DE SIGLAS

DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E CORRELATOS

BABS	<i>The Brown Assessment of Beliefs Scale</i> / Escala de Avaliação de Crenças de Brown
BAI	Beck Anxiety Inventory/ Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Beck Depression Inventory/ Inventário de Depressão de Beck
C-TOC	Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DY-BOCS	<i>Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> / Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders /Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I
SOC	Sintomas obsessivo-compulsivos
TDAH	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
USP-SPS	Escala para avaliação da presença e gravidade de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo/ <i>Sensory Phenomena Scale</i>
Y-BOCS	<i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale</i> / Escala de Yale-Brown para sintomas obsessivo-compulsivos

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é condição psiquiátrica complexa e potencialmente incapacitante, marcada pela expressiva heterogeneidade fenomenológica. Os sintomas de simetria, ordenação, repetição e contagem (dimensão de simetria) são manifestações comuns no TOC; mesmo assim, estudos específicos sobre esta dimensão são escassos na literatura. Assim, a presente dissertação de mestrado tem como tema central a dimensão de simetria e será apresentada na forma de dois artigos, sendo um artigo de revisão convencional sobre o tema da pesquisa e um estudo original, este último realizado com amostra proveniente do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC).

O C-TOC é um consórcio de pesquisa interinstitucional pioneiro no Brasil, que estabeleceu uma importante rede de colaboração de investigação clínica padronizada sobre o TOC em serviços especializados em várias regiões do país, e tem se mostrado bastante profícuo em termos de produção de conhecimento.

Entende-se que o saber aprofundado sobre as dimensões sintomatológicas do TOC é essencial para uma melhor compreensão fenomenológica deste complexo e multifacetado transtorno e, assim, para um manejo terapêutico mais adequado dos pacientes que apresentam manifestações clínicas específicas, como as de simetria.

A DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: REVISÃO DA LITERATURA

RESUMO

Introdução: O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica complexa e crônica, marcada pela expressiva heterogeneidade fenomenológica. Análises fatoriais de sintomas obtidos em escalas tradicionais de avaliação, como *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*, reconhecem a existência de quatro ou cinco dimensões sintomatológicas no TOC: dimensão de agressão, sexual-religiosa, de contaminação e limpeza, de simetria-ordenação, e de acumulação. A dimensão de simetria é considerada uma das manifestações mais comuns do TOC tanto em crianças quanto em adultos; mesmo assim, estudos sobre esta dimensão são escassos na literatura. O objetivo do presente trabalho foi revisar a literatura sobre a prevalência e as características clínicas associadas à dimensão de simetria em pacientes com TOC. **Método:** Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados *Pubmed*, *Bireme*, *Scopus*, *Embase*, *Lilacs* e *Web of Science*, no período de 1995 a 2018. O levantamento dos estudos foi feito usando as seguintes palavras-chave: “*obsessive-compulsive disorder*”, “*symptom dimensions*”, “*symmetry dimension*” “*symmetry*”, “*signs and symptoms*”, “*phenomenology*”. **Resultados:** Há notável variação nos dados epidemiológicos sobre as dimensões sintomatológicas no TOC. Quando categorizados por meio da *Y-BOCS/CY-BOCS symptom checklist*, a frequência de algum sintoma de simetria, ordenação, repetição ou contagem variou entre 30,9% e 75,8% entre os 52 estudos incluídos. As seguintes características se relacionaram mais consistentemente com a ocorrência da dimensão de simetria em pacientes com TOC: sexo masculino, início mais precoce (e maior duração e estabilidade) dos sintomas, mais familiaridade, maior gravidade e pior crítica em relação aos sintomas, menos obsessões estruturadas e mais fenômenos sensoriais antecedendo ou acompanhando as compulsões, mais comorbidades psiquiátricas em geral (e transtorno de tiques, transtorno de pânico, bulimia nervosa, transtorno por uso de substâncias e transtorno obsessivo-compulsivo da personalidade em particular), mais comportamentos suicidas e pior resposta ao tratamento. **Conclusões:** Embora tenha suas raízes em fenômenos

normais, preocupações ou preferências excessivas por simetria e comportamentos relacionados parecem ser o extremo de um *continuum* e configuram uma dimensão particular de sintomas do TOC. Tal dimensão é uma expressão comum e diferenciada do TOC, com algumas características clínicas específicas. Um conhecimento aprofundado sobre as dimensões de sintomas deste multifacetado transtorno é fundamental, pois tal diversidade pode implicar em mecanismos etiológicos e abordagens terapêuticas diferenciados.

Palavras-chave: “transtorno obsessivo-compulsivo”, “dimensões de sintomas”, “dimensão de simetria”, “simetria”, “sinais e sintomas”, “fenomenologia”.

THE SYMMETRY DIMENSION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a complex and chronic psychiatric condition, characterized by an expressive phenomenological heterogeneity. Factorial analyses of symptoms based on traditional assessment instruments, such as the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, usually result in four or five symptom dimensions in OCD: aggression, sexual-religious, contamination-cleaning, symmetry-ordering and hoarding. The symmetry dimension is considered one of the most common manifestations of OCD in children and adults; nevertheless, studies on this dimension are scarce in the literature. The objective of the present study was to review the literature on the prevalence and clinical characteristics associated with the symmetry dimension in OCD patients. **Method:** A review of the literature was conducted in Pubmed, Bireme, Scopus, Embase, Lilacs and Web of Science databases, from 1995 to 2018. The studies search was conducted using the following keywords: "obsessive-compulsive disorder", "symptom dimensions", "symmetry dimension", "symmetry", "signs and symptoms", "phenomenology". **Results:** There was a considerable variation in the epidemiological data on OCD symptom dimensions. When categorized using the Y-BOCS/CY-BOCS symptom checklist, the frequency of some symmetry, ordering,

repetition or counting ranged from 30.9% to 75.8% in the 52 studies included. The following characteristics were more consistently associated with the symmetry dimension in OCD patients: male sex, earlier onset (and longer duration and more stability) of symptoms, more familiarity, higher symptom severity and poorer insight, less structured obsessions and more sensory phenomena preceding or accompanying the compulsions, more psychiatric comorbidities in general (and tic disorder, panic disorder, bulimia nervosa, substance use disorder and obsessive-compulsive personality disorder in particular), more suicidal behaviours and poorer treatment response. **Conclusions:** Despite having its roots in normal phenomena, excessive preoccupations or preferences for symmetry and related behaviours may be the extreme of a continuum and constitute a particular dimension of symptoms in OCD. The symmetry dimension is a very common and differentiated expression of OCD, presenting some specific clinical characteristics. A deeper knowledge on symptom dimensions of this multifaceted disorder is essential, since such diversity may implicate in different etiological mechanisms and therapeutic approaches.

Key words: “obsessive-compulsive disorder”, “symptom dimensions”, “symmetry dimension” “symmetry”, “signs and symptoms”, “phenomenology”.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica complexa e crônica, caracterizada pela presença de pensamentos, impulsos ou imagens mentais indesejados, recorrentes e persistentes (obsessões) e/ou comportamentos repetitivos observáveis ou atos mentais que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras rígidas (compulsões). As obsessões e compulsões consomem tempo, causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas (APA, 2013). O TOC pode, assim, causar grave impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Bobes et al., 2001; Torres et al., 2006; Macy et al., 2013; Subramaniam ET AL., 2013; Coluccia et al., 2016; Vieira e Silva, 2016), sobrecarga de familiares e cuidadores (Ramos-Cerqueira et al., 2008; Tolin et al., 2008; Grover e Dutt, 2011; Siu et al., 2012; Wu et al., 2018) e consideráveis custos sociais e econômicos (Whiteford et al., 2013; GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators, 2016; Hollander et al., 2016). Estima-se que a prevalência do TOC em crianças e adultos na população geral, ao longo da vida, seja de 1% a 3% (Valleni-Basile et al., 1994; Rapoport et al., 2000; Angst et al., 2004; Kessler et al., 2005; Torres e Lima, 2005; Ruscio et al., 2010; Vivan et al., 2014; Osland et al., 2018).

O TOC é uma doença altamente heterogênea (Leckman et al., 1997; Lochner e Stein, 2003; Mataix-Cols et al., 2005). De fato, os sintomas no TOC podem mudar de conteúdo ao longo da evolução clínica e se apresentar de maneiras tão diferentes que indivíduos com TOC igualmente grave podem não apresentar sintomas específicos em comum. Essa característica pode reduzir o poder e obscurecer os achados de pesquisas sobre esse transtorno. Assim, a partir das diferentes apresentações clínicas, há várias tentativas de se dividir o fenótipo do TOC em subtipos mais homogêneos (Bloch et al., 2008).

A abordagem do TOC através de um modelo dito 'dimensional', que busca agrupar e mensurar a gravidade dos diferentes tipos de obsessões e compulsões que co-ocorrem com mais frequência, é tentativa de apreender essa grande heterogeneidade fenomenológica (Mataix-Cols et al., 2005). A avaliação nesse modelo é realizada por meio de análise fatorial dos sintomas obtidos em escalas tradicionais de avaliação, principalmente a checklist da *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989 a,b). Desse modo, os estudos de análise fatorial reconhecem a existência de quatro ou cinco dimensões sintomatológicas no TOC

(Leckman et al., 1997; Mataix-Cols et al., 1999; Summerfeldt et al., 1999; Cavallini et al., 2002; Mataix-Cols et al., 2002; Feinstein et al., 2003; Denys et al., 2004a; Hasler et al., 2005; Delorme et al., 2006; Cullen et al., 2007; Hasler et al., 2007; Stein et al., 2007; Stewart et al., 2007; Bloch et al., 2008; Mataix-Cols et al., 2008; Matsunaga et al., 2008; Williams et al., 2011; Zhang et al., 2013; Asadi et al., 2016): dimensão de agressão, sexual-religiosa, de contaminação/sujeira e limpeza, de simetria e ordenação, e de acumulação. Em alguns estudos as dimensões agressiva e sexual-religiosa são unificadas no que os autores denominam “pensamentos proibidos” ou “pensamentos-tabu” (Pinto et al., 2007; Bloch et al., 2008; Katerberg et al., 2010; Brakoulias et al., 2013; Williams et al., 2014; Schulze et al., 2018). Assim, as obsessões relacionadas à simetria e/ou compulsões de ordenação, repetição e contagem são definidas, de modo consistente nesses estudos de análise fatorial, como um fator ou uma dimensão separada, que será denominada sucintamente neste texto de “dimensão de simetria”. Em alguns estudos, no entanto, a dimensão de simetria associou-se à de acumulação (Baer, 1994; Denys et al., 2004a; Stein et al., 2007; Katerberg et al., 2010; Asadi et al., 2016; Højgaard et al., 2017; Schulze et al., 2018).

Enquanto a escala *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)* (Goodman et al., 1989 a,b) divide-se entre obsessões e compulsões, para avaliar separadamente a gravidade de cada uma destas manifestações, as escalas ditas dimensionais (ex.: *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, DY-BOCS* (Rosario-Campos et al., 2006); *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale, DOCS* (Abramowitz et al., 2010) e *DOCS- Short Form* (Eilertsen et al., 2017)) agrupam e avaliam a gravidade dos sintomas de diferentes conteúdos fenomenológicos relacionados, tanto obsessivos quanto compulsivos. A escala *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)* (Rosario-Campos et al., 2006) avalia a presença e gravidade dos sintomas entre seis dimensões sintomatológicas do TOC: a) obsessões sobre agressão, violência, desastres naturais e compulsões relacionadas; b) obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas; c) obsessões e compulsões de simetria, ordenação, repetição e contagem; d) obsessões de contaminação e compulsões de limpeza; e) obsessões e compulsões de acumulação e f) obsessões e compulsões diversas ou ‘miscelânea’. Um importante estudo epidemiológico longitudinal (Fullana et al., 2009) demonstrou que as diferentes dimensões de sintomas do TOC apresentariam estabilidade ao longo do tempo.

Obsessões relacionadas à simetria e/ou compulsões de ordenação (principalmente de objetos), repetição (de ações inespecíficas como ler/reler,

escrever/reescrever, entrar/sair, abrir/fechar) e contagem (contar de modo desnecessário e repetido, por exemplo, objetos, gestos e passos) foram retratados já nas primeiras descrições fenomenológicas do TOC (Pitman, 1987). Essa dimensão é bastante comum nos portadores de TOC, já foi descrita como a de maior gravidade entre as dimensões específicas (Shavitt et al., 2014) e parece envolver alguns aspectos clínicos e evolutivos característicos. Ainda assim, estudos específicos sobre a dimensão de simetria são escassos na literatura internacional e inexistentes na literatura nacional. O objetivo do presente artigo, portanto, é fazer uma revisão da literatura sobre a prevalência e as características clínicas associadas à dimensão de simetria no TOC.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão convencional da literatura nacional e internacional, abrangendo o período de 1995 a 2018, realizada nas bases de dados: *Pubmed*, *Bireme*, *Scopus*, *Embase*, *Lilacs* e *Web of Science*. O levantamento dos estudos foi feito usando as seguintes palavras-chave: “transtorno obsessivo-compulsivo”, “dimensões de sintomas”, “dimensão de simetria”, “simetria”, “sinais e sintomas”, fenomenologia (“*obsessive-compulsive disorder*”, “*symptom dimensions*”, “*symmetry dimension*” “*symmetry*”, “*signs and symptoms*”, “*phenomenology*”). Outros artigos citados nas publicações encontradas foram consultados e, se considerados relevantes (ou seja, se incluíssem dados de prevalência e correlatos da dimensão de simetria), também foram incluídos.

3. RESULTADOS e DISCUSSÃO

3.1 Aspectos Conceituais e Etiológicos

Simetria, tipicamente, se refere à característica de um ser ou objeto na qual uma de suas metades parece refletir, de modo equivalente, a outra. Os seres humanos, assim como outras espécies, parecem ter uma apreciação inerente a muitos aspectos simétricos do mundo natural (Enquist e Arak, 1994; Evans et al., 2012). As preferências por simetria são atribuídas a uma variedade de pressões evolutivas que

igualam sistemas de sinalização simétricos a construtos como beleza, atração e aptidão biológica, atribuindo-se à simetria um senso geral de estética e saúde (Grammer e Thornhill, 1994; Jones et al., 2001; Bashour, 2006; Hönn et al., 2007; Little et al., 2007; Evans et al., 2012; Che et al. 2018). Comportamentos relacionados a simetria e ordenação são comuns em crianças saudáveis e também nos rituais sociais de muitas culturas (Evans et al., 1997; Evans e Leckman, 2006; Boyer e Liénard, 2008).

A ideia de que comportamentos ritualísticos podem ser normativos em crianças pequenas não é nova. Gesell e seus colegas (Gesell, 1928; Gesell et al., 1974) foram os pioneiros a reconhecer que crianças pequenas – particularmente aquelas com cerca de dois anos e meio – estabelecem rotinas, as quais Gesell denominou de *“ritualisms of the ritualist”*. Embora tenha suas raízes em fenômenos normais, preocupações ou preferências excessivas por simetria e comportamentos relacionados podem ser manifestações psicopatológicas. Parece haver um *continuum* que varia de preocupações normativas não-clínicas sobre simetria, exatidão e ordem a manifestações graves, que caracterizam o TOC clínico (Evans e Leckman, 2006). A explicação exata de como ou porque preferências e comportamentos considerados parte normal do desenvolvimento humano dão origem ou se transformam num estado incapacitante de obsessões e compulsões permanece incerta. Sabe-se que o TOC, aí se incluindo a dimensão de simetria, surge como resultado de uma sequência de desenvolvimento em que fatores familiares, genéticos e ambientais diversos desempenham papéis críticos.

Estudos de famílias e gêmeos sugerem que fatores genéticos desempenham um papel relevante na expressão do TOC, especialmente quando o transtorno se inicia na infância (Alsobrook II et al., 1999; Pauls et al., 2014; Maron et al. 2018). Os genes específicos envolvidos na etiologia do TOC ainda não são plenamente conhecidos, embora pesquisas nesta área tenham avançado nos últimos anos (Stewart et al., 2013; Mattheisen et al., 2015; Arnold et al., 2018); há estudos que sugerem que os sintomas da dimensão de simetria podem ter correlatos genéticos únicos (Kohlrausch et al., 2016; Lochner et al., 2016). Assim, é razoável presumir que algumas dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos sejam mais familiares que outras (Burton et al., 2018). Há vários estudos que relacionam a dimensão de simetria à história familiar de TOC (Denys et al., 2004a; Hanna et al., 2005; Miguel et al., 2005; Hasler et al., 2007; Taberner et al., 2009), como o de Taberner et al. (2009), que relataram que sintomas de simetria/ordenação e

acumulação foram mais fortemente familiares do que outras dimensões de sintomas. Ainda assim, parece não haver até o momento um consenso sobre esse tema na literatura. Brakoulias et al. (2016), por exemplo, não encontraram associação significativa entre esta dimensão e familiaridade.

Investigações com neuroimagem funcional já observaram que as dimensões de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) podem ser mediadas por sistemas neurais parcialmente distintos (Mataix-Cols et al., 2004; Gilbert et al., 2009). Da mesma forma, estudos com neuroimagem de morfometria baseada no voxel (*voxel-based morphometry – VBM*) já correlacionaram padrões nos escores de gravidade das diferentes dimensões de sintomas do TOC, incluindo-se aí sintomas da dimensão de simetria, e volume de substância cinzenta (Valente et al., 2005; Gilbert et al., 2008; van den Heuvel et al., 2009; Alvarenga et al., 2012). Além disso, evidências preliminares sugerem que os sintomas da dimensão de simetria podem ter padrões distintos de ativação e conformação microestrutural da substância branca e alteração nos tratos de substância branca subjacentes aos processos visuais (processamento visual alterado e maior atenção para detalhes irrelevantes) (Koch et al. 2012; Bollettini et al., 2018).

Em relação às características neuropsicológicas, as pesquisas não são definitivas e os perfis neuropsicológicos das dimensões sintomatológicas no TOC ainda são fonte de investigação; sabe-se, no entanto, que diferentes sintomas podem representar redes neurocognitivas distintas e parcialmente sobrepostas em pacientes com TOC. Escores de sintomas da dimensão de simetria mais altos já foram associados a pior desempenho em testes de fluência verbal (tarefa que depende da elaboração de estratégias, flexibilidade cognitiva) (Kashyap et al., 2017), em testes de memória visuoespacial de trabalho (Martoni et al., 2015), memória não-verbal e velocidade de processamento (Jang et al., 2010; McGuire et al., 2014) e pior desempenho em testes que avaliam a capacidade de mudar o cenário cognitivo, flexibilidade cognitiva (testes sobre atenção e funções executivas) (Lawrence et al., 2006; Hashimoto et al., 2011).

3.2 Aspectos Epidemiológicos

A dimensão de simetria está entre as apresentações mais comuns do TOC. Em artigo de revisão publicado em 1992, Rasmussen e Eisen descreveram que 28 a 32% dos pacientes com TOC experimentaram compulsões e obsessões relacionadas a simetria, respectivamente (Rasmussen e Eisen, 1992). Em 2009, Li et al. relataram prevalência de 67,6% para a dimensão de simetria, sendo esta a dimensão mais comum na população estudada. Já Prabhu et al. (2012), em estudo que avaliou a relação entre as dimensões de sintomas e suas características clínicas em uma amostra de 161 pacientes com TOC, identificaram que 89,6% dos pacientes apresentavam sintomas da dimensão de simetria. As obsessões e compulsões relacionadas à simetria também têm sido frequentemente observadas em crianças e adolescentes com TOC (Valleni-Basiles et al., 1994; Delorme et al., 2006; Vivan et al., 2014; Højgaard et al., 2017). Vivan et al. (2014), num estudo de base comunitária, encontraram como mais frequentes entre estudantes com TOC, da faixa etária de 14 a 17 anos, as dimensões ‘miscelânea’ – que inclui obsessões e compulsões diversas – (86,7%) e simetria (85,3%). Entretanto, talvez refletindo a diversidade de instrumentos para a coleta de dados e metodologias utilizadas, percebe-se grande variação nos dados epidemiológicos sobre as dimensões sintomatológicas no TOC. Nos estudos revisados, a frequência de algum sintoma de simetria, ordenação, repetição ou contagem, quando categorizados por meio da *Y-BOCS/CY-BOCS symptom checklist*, variou entre 30,9% e 75,8% (Mataix-Cols et al., 1999; Cavallini et al., 2002; Delorme et al., 2006; Hasler et al., 2007; Pinto et al., 2007; Stein et al., 2007; Stewart et al., 2007; Mataix-Cols et al., 2008; Matsunaga et al., 2008; Torresan et al., 2009; van den Heuvel et al., 2009; Elvish et al., 2010; Matsunaga et al., 2010; Prabhu et al., 2013; Zhang et al., 2013; Asadi et al., 2016). A Tabela 1 apresenta os estudos que contêm a frequência dos sintomas da dimensão de simetria categorizados por meio da *Y-BOCS/CY-BOCS symptom checklist*.

No que se refere à distribuição entre os sexos, a dimensão de simetria tem sido mais frequentemente associada ao sexo masculino (Lensi et al., 1996; Leckman et al., 1997; Karadag et al., 2006; Stein et al., 2007; Jaisoorya et al., 2009; Li et al., 2009; Torresan et al., 2009). No entanto, alguns autores (Denys et al., 2004a; Tükel et al., 2004; Torresan et al., 2013; Lochner et al., 2016; Højgaard et al., 2018; Raines et al., 2018) não identificaram diferenças de gênero em relação à dimensão de simetria em suas amostras. Além disso, um único estudo (Matsunaga et al., 2010) associou a dimensão de simetria ao estado civil solteiro. Não foram encontradas associações significativas entre outras variáveis

sociodemográficas e a dimensão de simetria na literatura pesquisada.

3.3 Aspectos Fenomenológicos e Clínicos

3.3.1 Curso clínico e Gravidade dos Sintomas

As obsessões relacionadas à simetria e/ou compulsões de ordem, repetição e contagem têm sido consistentemente associadas ao início mais precoce do TOC (Denys et al., 2004a; Hasler et al., 2005; Tükel et al., 2005; Stein et al., 2007; Jaisoorya et al., 2009; Matsunaga et al., 2010; Wang et al., 2011; Kichuk et al., 2013; Prabhu et al., 2013; Zhang et al., 2013). Em uma amostra de 955 adultos, Kichuk et al. (2013) avaliaram a associação entre as dimensões sintomatológicas do TOC e a idade de início e curso do TOC. Nesse estudo, sintomas da dimensão de simetria tiveram início mais precoce do que todas as outras dimensões de sintomas, mesmo após controle para gênero e comorbidade com tiques. A associação da dimensão de simetria com idade de início mais precoce pode ser entendida por uma perspectiva desenvolvimental, sendo possível que o TOC de início na infância represente uma forma de neurodesenvolvimento distinta no transtorno (Geller et al., 1998; Rosario-Campos et al., 2001; Nakatani et al., 2011; Burchi e Pallanti, 2018).

Além de início mais precoce do TOC, indivíduos que apresentam a dimensão de simetria parecem ter sintomas de duração mais longa (Stein et al., 2007; Visser et al., 2014; Lochner et al., 2016) e evolução com menor flutuação sintomática, ou seja, sintomas mais estáveis ou menor frequência de evolução do tipo “períodos de melhora e piora” (Kichuk et al., 2013), que é a mais comum no TOC. A dimensão de simetria tem sido também associada a maior gravidade do TOC e maior impacto funcional (Karadag et al., 2006; Rosario-Campos et al., 2006; Matsunaga et al., 2010; Vivan et al., 2014; Lochner et al., 2016). Quando compararam pacientes com diagnóstico de TOC e sintomas da dimensão de simetria e pacientes com TOC sem sintomas dessa dimensão, Lochner et al. (2016) registraram, entre outras características, maiores pontuações em escalas de gravidade (Y-BOCS) no primeiro grupo. Assim, os autores consideram que sintomas relacionados a simetria podem representar um marcador de gravidade no TOC.

3.3.2 Fenômenos sensoriais

Sensação de incompletude e esquivas ao dano (*"harm avoidance"*) são considerados aspectos motivacionais centrais no TOC e, em combinação, podem fundamentar a maioria das manifestações da doença. Na verdade, apreensão ansiosa e evitação exagerada de danos potenciais, que também ocorrem nos transtornos de ansiedade, e tentativas de reduzir os sentimentos de incompletude ou de imperfeição são característicos do paciente com TOC (Summerfeldt, 2004; Summerfeldt et al. 2004).

Os fenômenos sensoriais (Miguel et al., 2000; Lee et al., 2009; Shavitt et al., 2014) são um construto psicológico derivado das mesmas raízes da incompletude, dos *sentiments d'incomplétude* retratados por Pierre Janet no início do século passado (Janet, 1903). Por fenômenos sensoriais entendem-se sensações ou sentimentos desconfortáveis, incômodos ou perturbadores que antecedem ou acompanham comportamentos repetitivos, como as compulsões e os tiques; são experiências físicas e/ou mentais e podem ocorrer como sensações corporais (táteis, musculares ou esquelético-viscerais) ou mentais (ex.: incômodo, "energia" que precisa ser liberada, sensação de incompletude, percepção de que algo não está certo ou *"not just right"*).

As motivações subjacentes aos rituais compulsivos são características que se destacam no estudo da dimensão de simetria, pois elas parecem diferir das de outras dimensões sintomatológicas do TOC. Indivíduos com sintomas de simetria frequentemente negam qualquer obsessão estruturada ou consequência negativa a ser prevenida por meio das compulsões, e, em geral, referem um forte desejo de uniformidade e impulso intenso de aliviar sensações incômodas de incompletude ou imperfeição, ou seja, fenômenos sensoriais (Ecker e Gonner, 2008; Belloch et al., 2016; Sibrava et al., 2016; Timpano et al., 2016). Nesse caso, as compulsões são destinadas a reduzir a sensação de insatisfação, incômodo ou mal-estar, que se manifesta como uma experiência subjetiva muito desagradável de que algo não está "certo" como deveria estar, nomeado na literatura como *"not just right experiences" (NJREs)* (Coles et al., 2003; Coles et al., 2005; Summers et al., 2014).

Há, portanto, diversos estudos que associam essa dimensão à sensação de incompletude ou aos fenômenos sensoriais (Coles et al., 2003; Ecker e Gonner, 2008; Ferrão et al., 2012; Sica et al., 2012; Summers et al., 2014; Sibrava et al., 2016). Ferrão et al. (2012), por

exemplo, analisaram a ocorrência de fenômenos sensoriais em uma amostra de 1001 pacientes com TOC e esses fenômenos permaneceram significativamente associados à dimensão de simetria na regressão logística.

3.3.3 Comorbidades

Os pacientes com TOC apresentam muito frequentemente comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sendo esta mais a regra do que a exceção (Denys et al., 2004b; Torres et al., 2006; Ruscio et al., 2010; Adam et al., 2012; Torres et al., 2016). Quando se refere às dimensões sintomatológicas do TOC, à exceção da dimensão de acumulação, há poucos estudos que investigaram as associações entre dimensões específicas e comorbidades. Torres et al. (2016) fizeram essa análise e, embora depressão maior, distímia, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos de tiques estivessem associados à dimensão de simetria na análise bivariada, nenhuma comorbidade permaneceu significativamente associada a essa dimensão na regressão logística.

Por outro lado, Lochner et al. (2016), quando avaliaram 451 indivíduos com TOC, encontraram taxa significativamente maior de comorbidade com TEPT, transtorno de pânico e transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva nos pacientes com sintomas de simetria quando comparados àqueles sem sintomas dessa dimensão. Outros estudos encontraram associações significativas entre a dimensão de simetria e algumas comorbidades, incluindo transtorno afetivo bipolar (Hasler et al., 2005), transtorno de pânico (Hasler et al., 2005; Lochner et al., 2016) e agorafobia (Hasler et al., 2005), transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (Denys et al., 2004a; Coles et al., 2008a; Garyfallos et al., 2010; Lochner et al., 2016), transtornos por uso de substâncias (Hasler et al., 2005; Hasler et al., 2007), bulimia nervosa (Matsunaga et al., 1999; Hasler et al., 2007), TDAH (Hasler et al., 2007) e sintomas dissociativos (Grabe et al., 1999). Já a comorbidade com transtornos de tiques ou síndrome de Tourette foi descrita em dois estudos (Mataix-Cols et al., 1999; Masi et al., 2010), embora Zhang et al. (2013), ao avaliarem 512 pacientes com TOC, não tenham identificado essa relação.

3.3.4 Comportamentos Suicidas

Os comportamentos suicidas historicamente não eram associados ao TOC, porém essa relação pode ter sido subestimada (Torres et al., 2006; Angelakis et al., 2015; Brakoulias, 2016; Albert et al., 2018). Em revisão e meta-análise de 2015, Angelakis et al. concluem que existe uma forte associação entre pensamentos/comportamentos suicidas e TOC. Esse trabalho descreve que os números relacionados ao suicídio nos pacientes com TOC variaram amplamente entre os estudos, alcançando taxas de ideação suicida ao longo da vida de 31,7% a 63,5% (média de 44,2% em 18 estudos) e de 1% a 46,3% (média de 13,4% em 22 estudos), quando se refere a tentativas de suicídio.

Estudos que avaliam a relação entre comportamento suicida e a dimensão de simetria são escassos. Em uma publicação sobre acompanhamento prospectivo de pacientes com TOC tratados, Alonso et al. (2010) concluíram que a dimensão de simetria foi a mais comum entre aqueles que tentaram ou cometeram suicídio e foi independentemente associada com comportamentos suicidas. Do mesmo modo, Storch et al. (2015) encontraram associação positiva entre ideação suicida e dimensão de simetria em uma amostra clínica de crianças e adolescentes com TOC. Esses resultados podem estar relacionados ao perfil de início precoce, mais comorbidades psiquiátricas e maior gravidade sintomatológica associados à dimensão de simetria.

3.3.5 Tratamento

Não há na literatura *guidelines* ou protocolos específicos que direcionem o tratamento do TOC de acordo com as dimensões de sintomas. No entanto, acredita-se que o conhecimento aprofundando sobre as dimensões sintomatológicas do TOC é essencial para um melhor entendimento fenomenológico deste complexo e multifacetado transtorno e para um manejo terapêutico mais adequado dos pacientes que apresentam manifestações clínicas específicas.

As dimensões dos SOC já foram relacionadas ao resultado do tratamento com antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), e a dimensão de simetria foi associada a pior resposta ao tratamento medicamentoso

em alguns estudos (Stein et al., 2007; Stein et al., 2008; Matsunaga et al., 2010). Em dois ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos e controlados por placebo, Stein et al. (2007, 2008) encontraram boa eficácia dos ISRS em pacientes com TOC; no entanto, as dimensões de acumulação e simetria foram associadas a pior resposta ao tratamento. A resposta relativamente pior da dimensão de simetria aos ISRS é consistente com a evidência de que essa dimensão de sintomas pode ser mediada pelo sistema dopaminérgico. Estudos em animais indicaram que o sistema de neurotransmissores de dopamina está envolvido em sintomas de simetria (Hoffman e Rueda Morales, 2012). Assim, é possível que pacientes com sintomas de simetria tenham maior benefício clínico com a adição de antipsicóticos atípicos aos ISRS em casos refratários (Matsunaga et al., 2009; Matsunaga et al., 2010). Num ensaio clínico com casos refratários de TOC, Matsunaga et al. (2009) concluem que pacientes com sintomas das dimensões de simetria e acumulação podem se beneficiar desta estratégia medicamentosa de potencialização. No entanto, praticamente nenhum ensaio clínico até o momento avaliou diretamente essa questão.

Quanto à psicoterapia cognitivo-comportamental (TCC), tratamento considerado efetivo e de primeira linha no tratamento do TOC (Gava et al., 2007; Rosa-Alcázar et al., 2008; Skapinakis et al., 2016; Hirschtritt et al., 2017), Højgaard et al. (2018) encontraram relação entre a dimensão de simetria/acumulação e melhor resposta à TCC em crianças e adolescentes (aumento de 56% na chance de responder ao tratamento); entretanto, sintomas de simetria foram avaliados juntamente com os de acumulação. Em recente revisão, Thorsen et al. (2018) concluíram que, embora as dimensões de sintomas possam prever o resultado do tratamento, a dimensão de simetria não se associa consistentemente com a predição de resposta clínica, tanto aos ISRS quanto à TCC. Considerando-se possíveis padrões neuropsicológicos distintos e a relevância dos fenômenos sensoriais na dimensão de simetria, modalidades de tratamento psicoterápico mais específicas, como a terapia comportamental de reversão de hábitos utilizada no tratamento de tiques (Wilhelm et al., 2003), podem ser úteis no tratamento de pacientes com sintomas da dimensão de simetria, e estudos relacionados são necessários.

No que se refere à abordagem terapêutica, outra característica clínica relevante é que os sintomas da dimensão de simetria são, em geral, percebidos pelo indivíduo como egossintônicos, ou seja, parece haver pior crítica em relação à

doença (Elvish et al., 2010; Matsunaga et al., 2010), tendo sido essa dimensão já associada também à baixa procura por tratamento (Mayerovitch et al., 2003). A Tabela 2 sintetiza os fatores associados à dimensão de simetria nos estudos revisados.

4. CONCLUSÕES

Tomados em conjunto, os dados obtidos nos estudos revisados permitem concluir que:

- TOC é uma categoria diagnóstica bem estabelecida, mas com marcada heterogeneidade fenomenológica.
- A dimensão de simetria é uma das manifestações clínicas mais comuns no TOC, com frequência de ao menos algum sintoma de simetria, ordenação, repetição ou contagem entre 30,9% e 75,8% nos estudos revisados. Apesar disso, poucos estudos até o momento investigaram especificamente as características sociodemográficas e clínicas associadas a esta dimensão de sintomas. Não há estudos brasileiros publicados sobre este tema.
- Nos estudos revisados, as seguintes características se relacionaram mais consistentemente com a ocorrência da dimensão de simetria em pacientes com TOC: sexo masculino, início mais precoce (e maior duração e estabilidade) dos sintomas, mais história familiar de TOC, maior gravidade e pior crítica em relação aos sintomas, menos obsessões estruturadas e mais fenômenos sensoriais antecedendo ou acompanhando as compulsões, mais comorbidades psiquiátricas em geral (e transtorno de tiques, transtorno de pânico, bulimia nervosa, transtorno por uso de substâncias e transtorno obsessivo-compulsivo da personalidade em particular), mais comportamentos suicidas e pior resposta ao tratamento.
- É importante se conhecer mais profundamente as dimensões sintomatológicas deste multifacetado transtorno, pois tal diversidade pode implicar em aspectos etiológicos e manejo terapêutico diferenciados.

5. REFERÊNCIAS

Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO, Wheaton MG, Berman NC, Losardo D, Timpano KR, McGrath PB, Riemann BC, Adams T, Björgvinsson T, Storch EA, Hale LR. Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment* 2010;22(1):180-198.

Adam Y, Meinlschmidt G, Gloster AT, Lieb R. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2012;47(3):339-349.

Albert U, De Ronchi D, Maina G, Pompili M. Suicide risk in Obsessive-Compulsive Disorder and exploration of risk factors: a systematic review. *Current Neuropharmacology*. 2018 Jun 20. (ahead of print).

Alonso P, Segalàs C, Real E, Pertusa A, Labad J, Jiménez-Murcia S, Jaurrieta N, Bueno B, Vallejo J, Menchón JM. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 2010; 124: 300–308.

Alsobrook II JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *American Journal of Medical Genetics*. 1999;88(6):669-675.

Alvarenga PG, do Rosário MC, Batistuzzo MC, Diniz JB, Shavitt RG, Duran FL, Dougherty DD, Bressan RA, Miguel EC, Hoexter MQ. Obsessive-compulsive symptom dimensions correlate to specific gray matter volumes in treatment-naïve patients. *Journal of Psychiatric Research*. 2012; 46(12):1635-42.

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

Angelakis I, Gooding P, Tarrier N, Panagioti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2015; 39: 1–15.

Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2004; 254:156–164.

Arnold PD, et al. Revealing the complex genetic architecture of obsessive-compulsive disorder using meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 2018; 23(5):1181-1188.

Asadi S, Daraeian A, Rahmani B, Kargari A, Ahmadiani A, Shams J. Exploring yale-brown obsessive-compulsive scale symptom structure in Iranian OCD patients using item-based factor analysis. *Psychiatry Research* 2016; 245:416-422.

Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55:18–23.

Bashour M. History and current concepts in the analysis of facial attractiveness. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2006;118(3):741-756.

Belloch A, Fornés G, Carrasco A, López-Solá C, Alonso P, Menchón JM. Incompleteness and not just right experiences in the explanation of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research* 2016; 236: 1–8.

Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 1532–1542.

Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 2001;16(4):239-24.

Bollettini I, Mazza MG, Muzzarelli L, Dallaspezia S, Poletti S, Vai B, Smeraldi E, Benedetti F. White matter alterations associate with onset symptom dimension in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2018; 72(1):13-27.

Boyer P e Liénard, P. Ritual behavior in obsessive and normal individuals: moderating anxiety and reorganizing the flow of action. *Current Directions in Psychological Science* 2008; 17 (4):291–294.

Brakoulias V, Starcevic V, Berle D, Milicevic D, Moses K, Hannan A, Sammut P, Martin A. The characteristics of unacceptable/taboo thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2013; 54(7):750-757.

Brakoulias V, Starcevic V, Martin A, Berle D, Milicevic D, Viswasam K. The familiarity of specific symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2016; 239:315-319.

Burchi E, Pallanti S. Diagnostic Issues in Early-onset Obsessive-Compulsive Disorder and Their Treatment Implications. *Current Neuropsychopharmacology* 2018 Apr 26 (ahead of print).

Burton CL, Park LS, Corfield EC, Forget-Dubois N, Dupuis A, Sinopoli VM, Shan J, Goodale T, Shaheen SM, Crosbie J, Schachar RJ, Arnold PD. Heritability of obsessive-compulsive trait dimensions in youth from the general population. *Translational Psychiatry* 2018; 8:191

Cavallini MC, Di Bella D, Siliprandi F, Malchiodi F, Bellodi L. Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *American Journal of Medical Genetics*. 2002; 114(3):347-353.

Che J, Sun X, Gallardo V, Nadal M. Cross-cultural empirical aesthetics. *Progress in Brain Research* 2018; 237:77-103.

Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. "Not just right experiences": Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* 2003; 41(6), 681–700.

Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just right experiences and obsessive-compulsive features: experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43(2):153-167.

Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JL. OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research* 2008a; 42(4):289-296.

Coluccia 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 Journal of Psychiatry* 2016; 22: 41-52.

Cullen B, Brown CH, Riddle MA, Grados M, Bienvenu OJ, Hoehn-Saric R, Shugart YY, Liang KY, Samuels J, Nestadt G. Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2007; 24(2):130-138.

Delorme R, Bille A, Betancur C, Mathieu F, Chabane N, Mouren-Simeoni MC, Leboyer M. Exploratory analysis of obsessive compulsive symptom dimensions in children and adolescents: a prospective follow-up study. *BMC Psychiatry* 2006; 6:1.

Denys D, de Geus F, van Megen HJ, Westenberg HG. Use of factor analysis to detect potential phenotypes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2004a; 128: 273–280.

Denys D, Tenney N, van Megan HJ, de Geus F, Westenberg HG. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2004b; 80:155-162.

Ecker W, Gonner S. Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy* 2008; 46: 895–904.

Eilertsen T, Hansen B, Kvale G, Abramowitz JS, Holm SEH, Solem S. The Dimensional Obsessive-Compulsive Scale: Development and Validation of a Short Form (DOCS-SF). *Frontiers in Psychology* 2017; 8:1503.

Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions? *Journal of Anxiety Disorders* 2010; 24: 231–237.

Enquist M, Arak A. Symmetry, beauty and Evolution. *Nature* 1994; 372: 169–172.

Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA; Pauls DL. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development* 1997; 68:58–68.

Evans DW, Leckman JF. Origins of obsessive–compulsive disorder: developmental and evolutionary perspectives. In: Cicchetti D, Cohen D, editors. *Developmental psychopathology*. Second ed. Wiley; 2006. pp 404–435.

Evans DW, Orr PT, Lazar SM, Breton D, Gerard J, Ledbetter DH, Janosco K, Dotts J, Batchelder H. Human preferences for symmetry: subjective experience, cognitive conflict and cortical brain activity. *PLoS ONE* 2012; 7:e38966.

Feinstein SB, Fallon BA, Petkova E, Liebowitz MR. Item-by-item factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive scale symptom checklist. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2003; 15:187–193.

Ferrão YA, Shavitt RG, Prado H, 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 Research* 2012; 197(3): 253-258.

Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, Poulton R. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry* 2009 Mar;166(3):329-36.

Garyfallos G, Katsigiannopoulos K, Adamopoulou A, Papazisis G, Karastergiou A, Bozikas VP. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Research* 2010; 177(1-2):156-160.

Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, McGuire HF. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Review* 2007; (2):CD005333.

GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053):1603-1658.

Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, Coffey B. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37(4):420-427.

Gesell A: *Infancy and Human Growth*. New York, Macmillan, 1928.

Gesell A, Ames LB, Ilg FL. *Infant and the child in the culture of today*. New York, Harper & Row, 1974.

Gilbert AR, Mataix-Cols D, Almeida JR, Lawrence N, Nutche J, Diwadkar V, Keshavan MS, Phillips ML. Brain structure and symptom dimension relationships in obsessive-compulsive disorder: a voxel-based morphometry study. *Journal of Affective Disorders* 2008;109(1e2):117e26.

Gilbert AR, Akkal D, Almeida JR, Mataix-Cols D, Kalas C, Devlin B, Birmaher B, Phillips ML. Neural correlates of symptom dimensions in pediatric obsessive-compulsive disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(9):936-44.

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. *Archives of General Psychiatry* 1989a; 46: 1006–1011.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: validity. *Archives of General Psychiatry* 1989b; 46 (11): 1012–1016.

Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gänssicke M, Spitzer C, Freyberger HJ. Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology* 1999; 32(6):319-324.

Grammer K, Thornhill R. Human (*Homo sapiens*) facial attractiveness and sexual selection: the role of symmetry and averageness. *Journal of Comparative Psychology* 1994; 108(3):233-242.

Grover S, Dutt A. Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011; 65(5):416-422.

Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics B Neuropsychiatric Genetics* 2005; 134B(1):13-19.

Hashimoto N, Nakaaki S, Omori IM, Fujioi J, Noguchi Y, Murata Y, Sato J, Tatsumi H, Torii K, Mimura M, Furukawa TA. Distinct neuropsychological profiles of three major symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2011;187(1-2):166-73.

Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquill JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, Greenberg BD, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research* 2005; 135:121-132.

Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, et al. Familiality of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biological Psychiatry* 2007; 61(5):617-625.

Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. *The Journal of the American Medical Association* 2017;317(13):1358-1367.

Hoffman KL, Rueda Morales RI. D1 and D2 dopamine receptor antagonists decrease behavioral bout duration, without altering the bout's repeated behavioral components, in a naturalistic model of repetitive and compulsive behavior. *Behavioural Brain Research*. 2012; 230(1):1-10.

Højgaard DR, Mortensen EL, Ivarsson T, et al. Structure and clinical correlates of obsessive-compulsive symptoms in a large sample of children and adolescents: a factor analytic study across five nations. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2017; 26(3):281-291.

Højgaard DR, Hybel KA, Mortensen EL, Ivarsson T, Nissen JB, Weidle B, Melin K, Torp NC, Dahl K, Valderhaug R, Skarphedinsson G, Storch EA, Thomsen PH. Obsessive-compulsive symptom dimensions: Association with comorbidity profiles and cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2018; 270:317-323.

Hollander E, Doernberg E, Shavitt R, Waterman RJ, Soreni N, Veltman DJ, Sahakian BJ, Fineberg NA. The cost and impact of compulsivity: A research perspective. *European Neuropsychopharmacology* 2016; 26(5):800-809.

Hönn M, Göz G. The ideal of facial beauty: a review. *Journal of Orofacial Orthopedics* 2007; 68(1):6-16.

Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S, Thennarasu K. Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50:70–75.

Janet P. *Les Obsessions et al Psychasthénie*. Paris: Alcan; 1903.

Jang JH, Kim HS, Ha TH, et al. Nonverbal memory and organizational dysfunctions are related with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2010;180(2– 3):93–98.

Jones BC, Little AC, Penton-Voak IS, Tiddeman BP, Burt DM, Perrett DI. Facial symmetry and judgements of apparent health: support for a “good genes” explanation of the attractiveness-symmetry relationship. *Evolution and Human Behavior* 2001; 22:417–429.

Karadag F, Oguzhanoglu NK, Ozdel O, Atesci FC, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and Anxiety* 2006; 23, 145–152.

Kashyap H, Kumar JK, Kandavel T, Reddy YC. Relationships between neuropsychological variables and factor-analysed symptom dimensions in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2017; 249:58-64.

Katerberg H, Delucchi KL, Stewart SE, Lochner C, Denys DA, Stack DE, Andresen JM, Grant JE, Kim SW, Williams KA, den Boer JA, van Balkom AJ, Smit JH, van Oppen P, Polman A, Jenike MA, Stein DJ, Mathews CA, Cath DC. Symptom dimensions in OCD: item-level factor analysis and heritability estimates. *Behavior Genetics*. 2010; 40(4):505-517.

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

Kichuk SA, Torres AR, Fontenelle LF, Rosário MC, Shavitt RG, Miguel EC, Pittenger C, Bloch MH. Symptom dimensions are associated with age of onset and clinical course of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2013; 44:233– 239.

Koch K, Wagner G, Schachtzabel C, Schultz CC, Straube T, Güllmar D, Reichenbach JR, Peikert G, Sauer H, Schlösser RG. White matter structure and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Journal Psychiatric Research* 2012; 46(2): 264–270.

Kohlrausch FB, Giori IG, Melo-Felippe FB, Vieira-Fonseca T, Velarde LG, de Salles Andrade JB, Fontenelle LF. Association of GRIN2B gene polymorphism and Obsessive Compulsive disorder and symptom dimensions: a pilot study. *Psychiatry Research* 2016; 243:152-155.

Lawrence NS, Wooderson S, Mataix-Cols D, David R, Speckens A, Phillips ML. Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology* 2006;20(4):409-19.

Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA., Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154:911–917.

Lee JC, Prado HS, Diniz JB, Borcato S, da Silva CB, Hounie AG, Miguel EC, Leckman JF, do Rosário MC. Perfectionism and sensory phenomena: phenotypic components of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50(5):431-436.

Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry* 1996;169(1):101-107.

Li Y, Marques L, Hinton DE, Wang Y, Xiao Z. Symptom Dimensions in Chinese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 2009; 15: 276–282.

Little AC, Apicella CL, Marlowe FW. Preferences for symmetry in human faces in two cultures: data from the UK and the Hadza, an isolated group of hunter-gatherers. *Proceedings of Biological Sciences* 2007;274(1629):3113-3117.

Lochner C e Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harvard Review of Psychiatry* 2003; 11:113–132.

Lochner C, McGregor N, Hemmings S, Harvey BH, Breet E, Swanevelder S, Stein DJ. Symmetry symptoms in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2016; 38(1): 17-23.

Macy AS, Theo JN, Kaufmann SC, Ghazzaoui RB, Pawlowski PA, Fakhry HI, Cassmassi BJ, IsHak WW. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums* 2013;18(1):21-33.

Maron E, Lan CC, Nutt D. Imaging and genetic approaches to inform biomarkers for anxiety disorders, obsessive-Compulsive disorders, and PTSD. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2018; pp 1-74.

Martoni RM, Salgari G, Galimberti E, Cavallini MC, O'Neill J. Effects of gender and executive function on visuospatial working memory in adult obsessive–compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2015; 265(8):707-18.

Masi G, Millepiedi S, Perugi G, Pfanner C, Berloffia S, Pari C, Mucci M, Akiskal HS. A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2010; 43(2):69-78.

Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(9):1409-1416.

Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2002; 71(5):255-262.

Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61(6):564-576.

Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:228–238.

Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 47(7):773-778.

Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Fujimoto K, Kasai S, Kaye WH. Prevalence and symptomatology of comorbid obsessive-compulsive disorder among bulimic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999; 53(6):661-666.

Matsunaga H, Maebayashi K, Hayashida K, Okino K, Matsui T, Iketani T, Kiriike N, Stein DJ. Symptom structure in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2008a; 165:251–253.

Matsunaga H, Nagata T, Hayashida K, Ohya K, Kiriike N, Stein DJ. A long-term trial of the effectiveness and safety of atypical antipsychotic agents in augmenting SSRI-refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009; 70(6):863-868.

Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2010; 180(1):25-29.

Mattheisen M, Samuels JF, Wang Y, Greenberg BD, Fyer AJ, McCracken JT, et al. Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: results from the OCGAS. *Molecular Psychiatry* 2015; 20(3):337-44.

Mayerovitch JI, du Fort GG, Kakuma R, Bland RC, Newman SC, Pinard G. Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44(2):162-168.

McGuire JF, Crawford EA, Park JM, Storch EA, Murphy TK, Larson MJ, Lewin AB. Neuropsychological performance across symptom dimensions in pediatric obsessive compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2014 Dec;31(12):988-96.

Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, O'Sullivan RL, Jenike MA, Leckman JF. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000; 61(2):150-156.

Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, Chacon P, Pauls DL. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry* 2005; 10(3):258-275.

Nakatani E, Krebs G, Micali N, Turner C, Heyman I, Mataix-Cols D. Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: clinical features and treatment outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2011;52(12):1261-1268.

Osland S, Arnold PD, Pringsheim T. The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study. *Psychiatry Research* 2018; 268:137-142.

Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience* 2014; 15(6):410-424.

Pinto A, Eisen JL, Mancebo MC, Greenberg BD, Stout RL, Rasmussen SA. Taboo thoughts and doubt/checking: a refinement of the factor structure for obsessive-compulsive disorder symptoms. *Psychiatry Research* 2007; 151:255–258.

Pitman RK. A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28 (4): 334–343.

Prabhu L, Cherian AV, Viswanath B, Kandavel T, Math SB, Reddy YCJ. Symptom dimensions in OCD and their association with clinical characteristics and comorbid disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2013; 2:14–21.

Raines AM, Oglesby ME, Allan NP, Mathes BM, Sutton CA, Schmidt NB. Examining the role of sex differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Psychiatry Research* 2018; 259:265-269.

Ramos-Cerqueira AT, Torres AR, Torresan RC, Negreiros AP, Vitorino CN. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2008; 25(12):1020-1027.

Rapoport JL, Inoff-Germain G, Weissman MM, Greenwald S, Narrow WE, Jensen PS, Lahey BB, Canino G. Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA study: parent versus child identification of cases. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders. Journal of Anxiety Disorders*. 2000; 14(6):535-548.

Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992; 15(4): 743-758.

Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(8):1310-25.

Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, Zamignani D, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001 Nov;158(11):1899-903.

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 obsessivecompulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry* 2006; 11:495–504.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessivecompulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* 2010; 15(1):53-63.

Schulze D, Kathmann N, Reuter B. Getting it just right: A reevaluation of OCD symptom dimensions integrating traditional and Bayesian approaches. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018; 56:63-73.

Shavitt RG, de Mathis MA, Oki F, Ferrao YA, Fontenelle LF, Torres AR, Diniz JB, Costa DL, do Rosário MC, Hoexter MQ, Miguel EC, Simpson HB. Phenomenology of OCD: Lessons from a large multicenter study and implications for ICD-11. *Journal of Psychiatric Research* 2014; 57:141-8.

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

Sica C, Caudek C, Chiri LR, Ghisi M, Marchetti I. “Not just right experiences” predict obsessive-compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: A one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2012; 1:159–167.

Siu BWM, Lam C, Chan, W. Pattern and determinants of burden in Chinese families of adults with obsessive-compulsive disorder *Journal of Anxiety Disorders* 2012; 26:252–257.

Skapinakis P, Caldwell D, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg N, Salkovskis P, Welton N, Baxter H, Kessler D, Churchill R, Lewis G. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment* 2016; 20(43):1-392.

Stein DJ, Andersen EW, Overo KF. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007; 29(4): 303-307.

Stein DJ, Carey PD, Lochner C, Seedat S, Fineberg N, Andersen EW. Escitalopram in obsessive-compulsive disorder: response of symptom dimensions to pharmacotherapy. *CNS Spectrums* 2008; 13(6):492-498.

Stewart SE, Rosario MC, Brown TA, Carter AS, Leckman JF, Sukhodolsky D, Katsovitch L, King R, Geller D, Pauls DL. Principal Components Analysis of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in Children and Adolescents. *Biological Psychiatry* 2007; 61:285–291.

Stewart SE, et al. Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry* 2013; 18(7):788-798.

Storch EA, Bussing R, Jacob ML, Nadeau JM, Crawford E, Mutch PJ, Mason D, Lewin AB, Murphy TK. Frequency and correlates of suicidal ideation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development* 2015; 46(1):75-83.

Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS Drugs* 2013; 27(5):367-383.

Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factoranalytic study. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37: 297-311.

Summerfeldt LJ. Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2004; 60(11):1155-1168.

Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, Richter MA, Swinson RP. The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42(12):1453-1467.

Summers BJ, Fitch KE, Coughle JR. Visual, tactile, and auditory “not just right” experiences: Associations with obsessive-compulsive symptoms and perfectionism. *Behavior Therapy* 2014; 45(5): 678-689.

Taberner J, Fullana MA, Caseras X, Pertusa A, Bados A, van den Bree M, Torrubia R; Mataix-Cols D. Are obsessive–compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? *Depression and Anxiety* 2009; 26:902–908.

Thorsen AL, Kvale G, Hansen B, van den Heuvel OA. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder as predictors of neurobiology and treatment response. *Current Treatment Options in Psychiatry* 2018; 5(1):182-194.

Timpano KR, Carbonella JY, Zuckerman E, Çek D. Treatment of Symmetry- Obsessive-Compulsive Disorder (Chapter). In: Storch EA, Lewin AB. *Clinical handbook of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*. Springer Ed. 2016, pp 69-83.

Tolin DF, Frost RO, Steketee G, Fitch KE. Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behaviour Research Therapy* 2008; 46(3):334-344.

Torres AR, Lima MC. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 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. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 1978-1985

Torres AR; Fontenelle LF; Shavitt RG; Ferrão YA; 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. *Journal of Affective Disorders* 2016; 190:508–516.

Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, de Mathis MA, Diniz JB, Ferrão YA, Miguel EC, Torres AR. Sex differences in phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50: 63–69.

Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC, Torres AR. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2013; 209(2):186-195.

Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atli H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2004; 45(5):362-366.

Tukel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, Atli H, Ozyildirim I. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2005; 21:112–117.

Valente Jr AA, Miguel EC, Castro CC, Amaro Jr E, Duran FL, Buchpiguel CA, et al. Regional gray matter abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a voxelbased morphometry study. *Biological Psychiatry* 2005; 58(6):479e87.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, Cuffe SP. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994;33(6):782-791.

van den Heuvel OA, Remijnse PL, Mataix-Cols D, Vrenken H, Groenewegen HJ, Uylings HB, van Balkom AJ, Veltman DJ. The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain* 2009; 132:853–868.

Vieira J, Ramalho e Silva F. Quality of life in children with obsessive-compulsive disorder, *Acta Medica Portuguesa* 2016; 29(9):549-555.

Visser HA, van Oppen P, van Megen HJ, Eikelenboom M, van Balkom AJ. Obsessive-compulsive disorder; chronic versus non-chronic symptoms. *Journal Affective Disorders* 2014; 152-154:169-74.

Vivan AS, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordoli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2014; 36:111–118.

Wang X, Cui D, Wang Z, Fan Q, Xu H, Qiu J, Chen J, Zhang H, Jiang K, Xiao Z. Cross-sectional comparison of the clinical characteristics of adults with early-onset and late-onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2011 Feb;136(3):498-504.

Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 9;382(9904):1575-1586.

Wilhelm S, Deckersbach T, Coffey BJ, Bohné A, Peterson AL, Baer L. Habit reversal versus supportive psychotherapy for Tourette's disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 2003 Jun;160(6):1175-7.

Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, Pinto A, Ozanick K, Franklin ME, Liebowitz M, Simpson HB, Foa EB. Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2011; 28(6):495-500.

Williams MT, Farris SG, Turkheimer EN, Franklin ME, Simpson HB, Liebowitz M, Foa EB. The impact of symptom dimensions on outcome for exposure and ritual prevention therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2014; 28(6):553-558.

Wu MS, Hamblin R, Nadeau J, Simmons J, Smith A, Wilson M, Eken S, Small B, Phares V, Storch EA. Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. *Comprehensive Psychiatry* 2018; 80:46-56.

Zhang X, Liu J, Cui J, Liu C. Study of symptom dimensions and clinical characteristics in Chinese patients with OCD. *Journal of Affective Disorders* 2013; 151(3): 868-874.

TABELA 1. Estudos contendo a frequência de sintomas da dimensão de simetria categorizados por meio da *Y-BOCS/CY-BOCS symptom checklist*.

AUTOR, ANO, PAÍS	N/ FAIXA ETÁRIA	Simetria	Ordenação	Repetição	Contagem
Mataix-Cols et al., 1999, Espanha	354 Adultos	44,9%	34,2%	49,7%	35,3%
Cavallini et al., 2002, Itália	180 Adultos	31,7%	25,0%	57,8%	16,1%
Delorme et al., 2006, França	73 Crianças e Adolescentes (7-18 anos)	38,4%	38,4%	47,9%	27,4%
Hasler et al., 2007, EUA	418 Crianças e adultos (≥ 7 anos)	5,9%	47,6%	5,7%	33,5%
Pinto et al, 2007, EUA	293 Adultos	47,8%	43,3%	56,3%	25,9%
Stein et al., 2007, África do Sul	434 Adultos	55,8%	36,6%	54,4%	25,4%
Stewart et al., 2007, EUA	231 Crianças e Adolescentes (≤ 18 anos)	28,3%	55,2%	62,4%	43,0%
Mataix-Cols et al., 2008, Inglaterra	238 Crianças e Adolescentes (8-18 anos)	41,9%	59,3%	75,8%	49,2%
Matsunaga et al., 2008, Japão	343 Adolescentes e Adultos (≥ 15 anos)	42,0%	22,0%	31,0%	14,0%
Torresan et al., 2009, Brasil	330 Crianças e Adultos (entre 10 e 72 anos)	60,3%	49,7%	70,9%	33,6%
van den Heuvel et al., 2009, Holanda	47 Adultos	53,0%	45,0%	68,0%	38,0%

CONTINUA

TABELA 1. Estudos contendo a frequência de sintomas da dimensão de simetria categorizados por meio da Y-BOCS/CY-BOCS *symptom checklist*. (CONTINUAÇÃO)

Elvish et al., 2010, Inglaterra	94 Adultos	25,5%	30,9%	26,6%	11,7%
Matsunaga et al., 2010, Japão	343 Adolescentes e Adultos (≥ 15 anos)	42,0%	22,0%	31,0%	14,0%
Prabhu et al., 2013, Índia	161 Adultos	21,1%	23,6%	55,9%	19,3%
Zhang et al., 2013, China	512 Crianças e Adultos	64,0%	52,0%	43,0%	27,0%
Asadi et al., 2016, Irã	216 Adultos (18-65 anos)	47,7%	49,1%	45,1%	31,9%

Y-BOCS: *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*; CY-BOCS: *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*.

TABELA 2. Variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à dimensão de simetria em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo.

VARIÁVEIS	ESTUDOS
Sexo masculino	Lensi et al., 1996; Leckman et al., 1997; Karadag et al., 2006; Stein et al., 2007; Jaisoorya et al., 2009; Li et al., 2009; Torresan et al., 2009
Estado civil 'solteiro'	Matsunaga et al., 2010
Maior Familiaridade	Denys et al., 2004a; Hanna et al., 2005; Miguel et al., 2005; Hasler et al., 2007; Taberner et al., 2009
Início mais precoce dos sintomas obsessivo-compulsivos ou do TOC	Denys et al., 2004a; Hasler et al., 2005; Tükel et al., 2005; Stein et al., 2007; Jaisoorya et al., 2009; Matsunaga et al., 2010; Kichuk et al., 2013; Prabhu et al., 2013; Zhang et al., 2013
Sintomas de duração mais longa	Stein et al., 2007; Visser et al., 2014; Lochner et al., 2016
Sintomas mais estáveis (menos flutuantes)	Kichuk et al., 2013
Maior gravidade do TOC e/ou maior impacto funcional	Karadag et al., 2006; Rosario-Campos et al., 2006; Matsunaga et al., 2010; Vivan et al., 2014; Lochner et al., 2016
Sensação de incompletude ou fenômenos sensoriais	Coles et al., 2003; Ecker e Gonner, 2008; Ferrão et al., 2012; Sica et al., 2012; Summers et al., 2014; Sibrava et al., 2016
Comorbidade com transtorno afetivo bipolar	Hasler et al., 2005
Comorbidade com transtorno de pânico e agorafobia	Hasler et al., 2005; Lochner et al., 2016
Comorbidade com transtornos por uso de substâncias	Hasler et al., 2005; Hasler et al., 2007
Comorbidade com bulimia nervosa	Matsunaga et al., 1999; Hasler et al., 2007
Comorbidade com TDAH	Hasler et al., 2007
Comorbidade com TEPT	Lochner et al., 2016
Comorbidade com transtornos de tiques ou síndrome de Tourette	Mataix-Cols et al., 1999; Masi et al., 2010
Comorbidade com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva	Denys et al., 2004a; Coles et al., 2008a; Garyfallos et al., 2010; Lochner et al., 2016
Comportamentos suicidas	Alonso et al., 2010; Storch et al., 2015
Pior crítica (<i>insight</i>) em relação à doença	Elvish et al., 2010; Matsunaga et al., 2010
Baixa procura por tratamento	Mayerovitch et al., 2003
Pior resposta ao tratamento	Stein et al., 2007; Stein et al., 2008; Matsunaga et al., 2010

TOC: transtorno obsessivo-compulsivo; TDAH: transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade; TEPT: transtorno de estresse pós-traumático.

DIMENSÃO DE SIMETRIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: PREVALÊNCIA, GRAVIDADE E CORRELATOS

RESUMO

Introdução: O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) apresenta expressiva heterogeneidade de sintomas. Análises fatoriais têm mostrado que obsessões e compulsões de simetria, ordenação, repetição e contagem se caracterizam como uma dimensão separada. Apesar de a dimensão de simetria ser manifestação comum do TOC, estudos sobre esta dimensão são escassos na literatura. **Objetivo:** investigar a prevalência, a gravidade e o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes que apresentam sintomas da dimensão de simetria em uma amostra clínica de pacientes com TOC. **Método:** estudo transversal com 1001 pacientes do banco de dados do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo. Diversas variáveis independentes foram investigadas através de instrumentos estruturados, tais como: Questionário sobre história natural do TOC, Escalas de Yale-Brown (Y-BOCS) e Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-compulsivos (DY-BOCS), Escala de Fenômenos Sensoriais (USP-SPS), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Crenças de Brown (BABS) e Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I). Após a análise descritiva, foram feitas análises bivariadas entre possíveis fatores associados à presença da dimensão de simetria através do teste de qui-quadrado ou exato de Fisher e o teste t de Student ou Mann-Whitney. Como medidas de tamanho de efeito, foram calculadas razões de chances (*odds ratios*-OR) com intervalos de confiança e D de Cohen. Por fim, realizou-se regressão logística para controle de confundidores. **Resultados:** A prevalência na vida da dimensão de simetria na amostra foi de 86.8% (N=869). Na análise bivariada este grupo de pacientes era mais jovem e tinha mais indivíduos solteiros, com início mais precoce dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC), maior frequência de início insidioso de sintomas, maior gravidade dos sintomas OC e depressivos, maior frequência e gravidade de fenômenos sensoriais, pior crítica em relação aos sintomas OC e maior frequência de ideação e tentativas de suicídio. Além disso, apresentaram com maior frequência

as seguintes comorbidades psiquiátricas: transtorno depressivo maior, de estresse pós-traumático, de déficit de atenção e hiperatividade e de tiques. As variáveis que permaneceram associadas à dimensão de simetria na regressão logística foram: menor idade de início dos sintomas OC, início insidioso das compulsões, sintomas depressivos mais graves e fenômenos sensoriais. **Conclusão:** A dimensão de simetria teve prevalência muito alta nesta amostra clínica e os pacientes deste subgrupo apresentaram algumas características sociodemográficas e clínicas diferenciais relevantes. O conhecimento aprofundando sobre as dimensões sintomatológicas do TOC é essencial para um melhor entendimento fenomenológico deste complexo e multifacetado transtorno.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, dimensão de sintomas, dimensão de simetria, prevalência, sinais e sintomas, fenomenologia.

SYMMETRY DIMENSION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: PREVALENCE, SEVERITY, AND CORRELATES

ABSTRACT

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD) presents an expressive heterogeneity of symptoms. Factorial analyses have shown that obsessions and compulsions of symmetry, ordering, repetition, and counting are characterized as a separate symptom dimension. Although the symmetry dimension is a common manifestation of OCD, studies on this dimension are scarce in the literature.

Objective: to investigate the prevalence, severity, and the sociodemographic and clinical profile of patients with symmetry symptoms in a clinical sample of OCD patients. **Method:** a cross-sectional study with 1001 patients from the database of the Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. Several independent variables were investigated through structured instruments, such as: OCD Natural History Questionnaire, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS), Sensory Phenomena Scale (USP-SPS), Beck Depression Inventory (BDI), Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS), and Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I

Disorders (SCID-I). After the descriptive analysis, bivariate analyses were performed between possible factors associated with the presence of the symmetry dimension using the chi-square or Fisher's exact test and the Student's t-test or Mann-Whitney test. As measures of effect size, odds ratios (ORs) with confidence intervals and Cohen's D were calculated. Finally, a logistic regression was performed to control for confounders. **Results:** The lifetime prevalence of the symmetry dimension in the sample was 86.8% (N = 869). In the bivariate analysis, this group of patients was younger and more frequently single; they also presented earlier onset of obsessive-compulsive (OC) symptoms, higher frequency of insidious onset of symptoms, greater severity of OC and depressive symptoms, higher frequency and severity of sensory phenomena, poorer insight and higher frequency of suicidal ideation and suicide attempts. Moreover, they were more likely to present the following psychiatric comorbidities: major depressive disorder, post-traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder and tic disorders. The variables that remained associated with the symmetry dimension in the logistic regression were: earlier onset of OC symptoms, insidious onset of compulsions, more severe depressive symptoms and sensory phenomena. **Conclusion:** The symmetry dimension had a very high prevalence in this clinical sample and the patients in this subgroup presented some relevant differential sociodemographic and clinical characteristics. A deeper knowledge about the symptomatological dimensions of OCD is essential for a better phenomenological understanding of this complex and multifaceted disorder.

Key words: obsessive-compulsive disorder, symptom dimensions, symmetry dimension, prevalence, signs and symptoms, phenomenology.

1. INTRODUÇÃO

Simetria, tipicamente, se refere à característica de um ser ou objeto na qual uma de suas metades parece refletir, de modo equivalente, a outra. Os seres humanos, assim como outras espécies, parecem ter uma apreciação inerente a muitos aspectos simétricos do mundo natural (Enquist e Arak, 1994; Evans et al., 2012). Além disso, comportamentos relacionados a simetria e ordenação são frequentes em crianças saudáveis, e comuns também nos rituais sociais de muitas culturas (Evans et al., 1997; Evans e Leckman, 2006; Boyer e Liénard, 2008). Embora tenha suas raízes em fenômenos normais, preocupações ou preferências excessivas por simetria e comportamentos relacionados podem ser indicativos psicopatológicos e compor a apresentação clínica do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

O TOC apresenta uma grande heterogeneidade de sintomas (Leckman et al., 1997; Lochner e Stein, 2003; Mataix-Cols et al., 2005). Obsessões relacionadas à simetria e/ou compulsões de ordenação (principalmente de objetos), repetição (de ações inespecíficas como ler/reler, escrever/reescrever, entrar/sair, abrir/fechar) e contagem (contar de modo desnecessário e repetido, por exemplo, objetos, gestos e passos) foram retratados já nas primeiras descrições fenomenológicas do TOC (Pitman, 1987). Análises fatoriais de sintomas têm mostrado de modo consistente que obsessões e compulsões de simetria, ordenação, repetição e contagem caracterizam-se como um fator ou uma dimensão separada (Summerfeldt et al., 1999; Denys et al., 2004; Mataix-Cols et al., 2005; Matsunaga et al., 2008; Bloch et al., 2008), ao lado das dimensões de agressão, sexual-religiosa, contaminação e limpeza, e acumulação. Evidências preliminares sugerem que os sintomas da dimensão de simetria podem ter correlatos genéticos (Kohlrusch et al., 2016; Lochner et al., 2016) e neurais (Valente et al., 2005; Gilbert et al., 2008; Gilbert et al., 2009; van den Heuvel et al., 2009; Alvarenga et al., 2012) únicos, como padrões de ativação e conformação microestrutural da substância branca e alteração nos tratos de substância branca subjacentes aos processos visuais (processamento visual alterado e maior atenção para detalhes irrelevantes) (van den Heuvel et al., 2009; Koch et al., 2012; Bollettini et al., 2018; Sunol et al., 2018). Neste artigo, a dimensão de simetria, ordenação, repetição e contagem será referida apenas como “dimensão de simetria”.

Refletindo, possivelmente, a diversidade nos instrumentos para a coleta de dados e metodologias utilizadas, há certa variação nos dados epidemiológicos quando se trata de dimensões sintomatológicas no TOC. Sabe-se, entretanto, que a dimensão de simetria está entre as apresentações mais comuns do TOC. Em artigo de revisão publicado em 1992, Rasmussen e Eisen descrevem que 28 e 32% dos pacientes com TOC experimentaram compulsões e obsessões relacionadas a simetria, respectivamente. Já em 2009, Li et al. registaram a prevalência de 67,6% para a dimensão de simetria, sendo esta a dimensão mais comum na população estudada. As obsessões e compulsões relacionadas a simetria são observadas com frequência também em crianças e adolescentes com TOC (Valleni-Basiles et al., 1994; Delorme et al., 2006; Højgaard et al., 2017), alcançando prevalência de 85,3% em estudo de base comunitária de estudantes brasileiros com TOC (Vivan et al., 2014).

A dimensão de simetria parece apresentar algumas características demográficas e clínicas próprias. Essa dimensão tem sido associada ao sexo masculino (Lensi et al., 1996; Leckman et al., 1997; Karadag et al., 2006; Stein et al., 2007; Jaisoorya et al., 2009; Li et al., 2009; Torresan et al., 2009) e ao início mais precoce do TOC (Denys et al., 2004; Hasler et al., 2005; Tükel et al., 2005; Stein et al., 2007; Jaisoorya et al., 2009; Matsunaga et al., 2010; Kichuk et al., 2013; Prabhu et al., 2013; Zhang et al., 2013). Matsunaga et al. (2010) também associaram a dimensão de simetria à menor proporção de casados. Os indivíduos com sintomas desta dimensão parecem ter sintomas de duração mais longa (Stein et al., Visser et al., 2014; 2007; Lochner et al., 2016), menor flutuação sintomática ou menor frequência de evolução tipo “períodos de melhora e piora” (Kichuk et al., 2013), mais história familiar de TOC ou familiaridade (Denys et al., 2004; Hanna et al., 2005; Miguel et al., 2005; Hasler et al., 2007; Taberner et al., 2009), maior gravidade do TOC e maior impacto funcional (Karadag et al., 2006; Rosario-Campos et al., 2006; Matsunaga et al., 2010; Vivan et al., 2014; Lochner et al., 2016). Estudos que avaliam a relação entre comportamento suicida e a dimensão de simetria são escassos, porém há relatos de associação entre estes (Alonso et al., 2010; Storch et al., 2015). Outra característica clínica relevante é que os sintomas da dimensão de simetria são, em geral, percebidos pelo indivíduo como egossintônicos, ou seja, parece haver pior crítica em relação à doença (Elvish et al., 2010; Matsunaga et al., 2010), tendo sido essa dimensão já associada também à baixa procura por tratamento (Mayerovitch et al., 2003). Além disso, as motivações subjacentes aos rituais compulsivos da dimensão de simetria parecem diferir das de outras dimensões sintomatológicas do TOC. Indivíduos com sintomas de simetria frequentemente negam qualquer obsessão

estruturada ou consequência negativa a ser prevenida por meio das compulsões e sim um forte desejo de uniformidade e impulso intenso de resolver sensações de incompletude ou imperfeição, conhecidos como “fenômenos sensoriais” (Ecker e Gonner, 2008; Belloch et al., 2016; Sibrava et al., 2016; Timpano et al., 2016). Nesse caso, as compulsões são destinadas a reduzir a sensação de insatisfação, incômodo ou mal-estar, que se manifesta como uma experiência subjetiva muito desagradável de que algo não está “certo” como deveria estar, nomeado na literatura como *“not just right experiences”* (Coles et al., 2003; Ferrão et al., 2012; Summers et al., 2014).

Em se tratando de comorbidades, já foi encontrada associação entre dimensão de simetria e transtorno afetivo bipolar (Hasler et al., 2005), transtorno de pânico (Hasler et al., 2005; Lochner et al., 2016) e agorafobia (Hasler et al., 2005), transtorno de estresse pós-traumático (Lochner et al., 2016), transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (Denys et al., 2004; Coles et al., 2008; Garyfallos et al., 2010; Lochner et al., 2016), transtorno por uso de substâncias (Hasler et al., 2005; Hasler et al., 2007), bulimia nervosa (Matsunaga et al., 1999; Hasler et al., 2007), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Hasler et al., 2007), sintomas dissociativos (Grabe et al., 1999; Williams et al., 2013), tiques ou síndrome de Tourette (Mataix-Cols et al., 1999; Masi et al., 2010).

Tomados em conjunto, esses dados permitem pensar na dimensão de simetria como de fato uma expressão peculiar do TOC. Apesar de ser uma manifestação muito comum, estudos específicos sobre esta dimensão são escassos na literatura e com amostras relativamente pequenas. Em nosso conhecimento, não há estudos brasileiros que analisaram especificamente a prevalência e as características de pacientes portadores de TOC com sintomas da dimensão de simetria. O conhecimento aprofundado sobre as dimensões sintomatológicas do TOC é essencial para uma melhor compreensão fenomenológica deste complexo e multifacetado transtorno e, assim, para um manejo terapêutico mais adequado dos pacientes que apresentam manifestações clínicas específicas, como as de simetria. O objetivo do presente estudo foi, portanto, estimar a prevalência, a gravidade e o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes que apresentam sintomas da dimensão de simetria em uma grande amostra clínica de pacientes com TOC.

2.MÉTODO

2.1 Sujeitos

A amostra foi composta por 1001 pacientes (955 adultos e 46 menores de 18 anos) com TOC como principal diagnóstico psiquiátrico, provenientes do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC). Os participantes foram recrutados em sete universidades brasileiras e entrevistados entre 2003 e 2009. O diagnóstico de TOC foi determinado de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994) e confirmado pela Entrevista Clínica Estruturada para os transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I). Pacientes com transtornos psicóticos e orgânicos ou qualquer outra condição que pudesse prejudicar sua compreensão das questões do protocolo foram excluídos (N=8). Todos os pacientes foram entrevistados pessoalmente por psicólogos ou psiquiatras experientes e adequadamente treinados.

O C-TOC é um consórcio de pesquisa interinstitucional pioneiro no Brasil, que estabeleceu uma importante rede de colaboração de investigação clínica padronizada sobre o TOC. Uma descrição completa da implementação e dos métodos do C-TOC foi previamente publicada, incluindo o processo de treinamento e de confiabilidade entre avaliadores (Miguel et al., 2008).

2.2 Instrumentos de Avaliação

Os principais instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo foram os seguintes:

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

A DY-BOCS é uma escala semiestruturada para avaliar a presença e gravidade dos sintomas das diversas dimensões do TOC. Esta escala é composta por 88 itens (avaliação da presença dos sintomas) divididos entre seis dimensões sintomatológicas: a) obsessões sobre agressão, violência, desastres naturais e compulsões relacionadas; b) obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas; c) obsessões e compulsões de simetria, ordenação, repetição e

contagem; d) obsessões de contaminação e compulsões de limpeza; e) obsessões e compulsões de colecionismo ou acumulação; e f) obsessões e compulsões diversas ou 'miscelânea'. A avaliação clínica de gravidade de cada dimensão (atual e pior fase) é avaliada em termos de frequência, incômodo e interferência na vida do indivíduo, sendo o escore máximo 15 (cinco para aspecto citado). Assim, a DY-BOCS também fornece uma avaliação da gravidade global do TOC, a qual varia de 0 a 15 para os sintomas e de 0 a 15 para o comprometimento causado por estes sintomas, com uma pontuação total global variando de 0 a 30. As informações sobre presença na vida de sintomas obsessivo-compulsivos da dimensão de simetria foram obtidas por meio da lista de sintomas da DY-BOCS.

2.2.2 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 obsessivo-compulsivos (SOC) na última semana, tendo 10 itens que variam de 0 (sem sintoma) a 4 (extrema gravidade), com escore máximo total de 40 (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. A classificação na Y-BOCS, conforme a gravidade dos sintomas é: 0-7 sintomas subclínicos, 8-15 leves, 16-23 moderados, 24-31 graves e 32-40 sintomas extremamente graves.

2.2.3 Questionário sobre História Natural de TOC (Leckman et al., 2002)

Desenvolvido na Universidade americana de Yale, este é um instrumento detalhado sobre o início e evolução dos SOC; inclui perguntas abertas e fechadas e 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 parte se refere ao curso dos sintomas, com uma lista de eventos e situações que podem melhorar ou piorar os sintomas; a terceira parte investiga a pior fase dos sintomas e faz perguntas específicas a respeito desta época.

2.2.4 Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I (SCID I/P - *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – patient edition*) (First et al., 1995)

É uma entrevista semiestruturada abrangente aplicada em indivíduos com 16 anos ou mais, sempre por profissionais da área de saúde mental treinados. É considerado o instrumento “padrão-ouro” para avaliar diagnósticos psiquiátricos. São investigados os principais transtornos atuais (último mês) e/ou passados (ao longo da vida) do Eixo I do DSM-IV (APA, 1994), incluindo módulos adicionais para diagnóstico de transtornos de tiques, síndrome de Tourette e diversos transtornos de controle de impulsos. No presente estudo a *SCID-I* foi utilizada para avaliar as condições comórbidas do eixo I e para confirmar o diagnóstico de TOC.

2.2.5 Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) (Beck et al., 1961)

Este inventário tem 21 itens, incluindo sintomas e atitudes relacionados a transtornos depressivos, cuja intensidade varia de 0 a 3 (pontuação máxima: 63). Esse instrumento foi utilizado para avaliação da gravidade dos sintomas de depressão na última semana, como variável quantitativa e também em categorias: sintomas ausentes ou mínimos (escore de 0 a 9), leves (escore de 10 a 18), moderados (19-29), graves (30-63).

2.2.6 Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory*) (Beck et al., 1988)

Empregado para avaliação de gravidade de sintomas ansiosos, esse inventário também é composto de 21 itens pontuados entre 0 e 3 (pontuação máxima: 63). Cada item descreve sintomas ansiosos na última semana de natureza subjetiva, somática ou relacionados ao pânico. Os escores foram analisados também como variável quantitativa.

2.2.7 Escala de Fenômenos Sensoriais (*Sensory Phenomena Scale - USP-SPS*) (Rosário-Campos et al., 2005)

Esta escala avalia a presença e a gravidade dos fenômenos sensoriais que precedem ou acompanham as compulsões. Os fenômenos sensoriais incluem sensações corporais (geralmente táteis, musculares ou esquelético-viscerais) e

sensações mentais (ex.: incômodo, "energia" que precisa ser liberada, sensação de incompletude, percepção de "*not just right*"). A pontuação total, atual e do passado, varia de 0 a 15, com escores mais altos indicando fenômenos sensoriais mais graves.

2.2.8 Escala de Avaliação de Crenças de Brown (*The Brown Assessment of Beliefs Scale - BABS*) (Eisen et al., 1998)

A BABS é utilizada para avaliação do nível de crítica dos pacientes a respeito de seus sintomas de TOC. É composta por seis itens, cada um pontuando de 0 a 4 (pontuação máxima: 24). Um escore maior indica pior crítica ou *insight*. Este instrumento também inclui uma avaliação final da impressão clínica geral do grau de capacidade crítica do paciente, com cinco categorias de *insight*: excelente, bom, razoável, fraco ou ausente.

Os dados sobre a história familiar foram indiretamente obtidos com os pacientes, utilizando um questionário desenvolvido pelo C-TOC, que inclui as questões de triagem do SCID-I. Os comportamentos suicidas foram investigados por meio das seguintes perguntas do tipo "sim ou não": Alguma vez você já 1) achou que a vida não valia a pena?; 2) desejou estar morto?; 3) pensou em se matar?; 4) fez planos suicidas?; 5) tentou suicídio? e 6) você tem pensamentos suicidas atuais?

2.3 Aspectos Éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) aprovou o protocolo de pesquisa em 5 de junho de 2017 (parecer nº 2.104.036). Todos os indivíduos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (em caso de menores de idade, os pais ou responsáveis legais também assinaram o termo de consentimento). Os indivíduos participantes tiveram a garantia de que, caso decidissem não participar do estudo, isso não interferiria na continuidade do tratamento. Houve a concordância dos líderes locais dos hospitais universitários envolvidos no C-TOC para realização deste estudo.

2.4 Análise Estatística

Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do programa STATA 12.0 (Stata Corporation, 2011). Variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão (DP) e variáveis categóricas como valores absolutos (n) e relativos (%). Inicialmente foram feitas estimativas de prevalência do desfecho e estimativas de frequências ou médias (desvios-padrão) das variáveis explanatórias (análise descritiva). A seguir, foram realizadas análises bivariadas de associação de diferentes variáveis explanatórias com o desfecho categorial de interesse (presença da dimensão de simetria) através do teste de qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher (para variáveis explanatórias categoriais) e testes *t de Student* ou Mann-Whitney (para variáveis explanatórias quantitativas), de acordo com a normalidade ou não das distribuições. Como medidas de tamanho de efeito, foram calculadas razões de chance (*odds ratios* - OR) com intervalos de confiança para as variáveis explanatórias qualitativas e D de Cohen para variáveis quantitativas. Por fim, para controlar possíveis variáveis confundidoras, foi realizada análise de regressão logística regressiva, ou seja, método *backwards*, excluindo uma a uma cada variável que apresentasse a associação menos significativa (Hosmer e Lemeshow, 2000). Todas as variáveis significativas ($p < 0,05$) na análise bivariada, exceto aquelas que apresentavam multicolinearidade com outras (avaliada através do *Variation Inflation Factor* ou VIF > 10), foram incluídas nos modelos de regressão, assim como a variável sexo, incluída pelos dados de literatura. Um valor padrão de $p < 0,05$ foi adotado para rejeitar a hipótese de nulidade.

3. RESULTADOS

A prevalência ao longo da vida de sintomas da dimensão de simetria na amostra estudada foi de 86,8% dos casos (N=869). Os sintomas mais comuns da dimensão de simetria foram as obsessões sobre a necessidade de as coisas estarem perfeitas ou exatas (N=638), seguido por compulsões de verificar erros (N=577), reler ou reescrever (N=577), rituais de ordenação e arranjo (N=535), obsessões sobre simetria (N=472), necessidade de repetição de atividades rotineiras (N=461), medo de não dizer exatamente o correto (N=437), compulsões de contagem (N=336), comportamentos de evitação para prevenir a ocorrência de

obsessões e compulsões sobre simetria ou exatidão (N=314), compulsões que envolvem tocar simetricamente ou realizar ações ou movimentos simétricos (N=297), rituais mentais além de verificação ou balanceamento (N=282) e necessidade de tocar, esfregar ou dar pancadinhas (N=249).

Entre os pacientes com sintomas da dimensão de simetria, o escore médio para os sintomas atuais de simetria (variação de 0 a 15) foi de 7,34 (DP: 4,64). Na amostra total, simetria foi a dimensão mais grave, com um escore médio na pior fase de 8,76 (DP: 4,75; mediana:10), quando comparada a 7,62 (DP: 5,49; mediana: 9) da dimensão de contaminação e limpeza; 6,73 (DP:5,56 mediana: 8) da dimensão de agressão; 5,68 (DP: 5,65; mediana: 5) da dimensão sexual-religiosa e 3,89 (DP: 4,60; mediana: 2) da dimensão de acumulação. Maior gravidade da dimensão de simetria na pior fase correlacionou-se significativamente com a maior gravidade em todas as outras dimensões sintomatológicas (dados não apresentados em tabela).

As características sociodemográficas da amostra, comparando-se pacientes com e sem sintomas da dimensão de simetria, são apresentadas na Tabela 1 (análise bivariada). O grupo de pacientes com sintomas desta dimensão tinha idade média mais baixa que os demais, além de ter maior número de pacientes solteiros ou não-casados e pessoas sem filhos. Não houve diferença significativa em relação a sexo e demais características demográficas avaliadas.

A Tabela 2 apresenta as principais características clínicas da amostra, comparando-se os dois grupos de estudo, e as respectivas medidas de tamanho de efeito (análise bivariada). Pacientes com sintomas da dimensão de simetria apresentaram início significativamente mais precoce dos sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), maior frequência de início insidioso dos SOC, menor idade média de início da interferência pelos sintomas e maior gravidade dos SOC (pontuação nas escalas Y-BOCS e DY-BOCS) e depressivos (pontuação no Inventário de Depressão de Beck). Quando analisados os sintomas depressivos em categorias (dados não apresentados em tabela), os grupos com e sem sintomas de simetria também diferiram significativamente ($p=0,039$): sintomas depressivos mínimos ou ausentes (29% vs 40,9%), leves (30,7% vs 28,8%), moderados (25,1% vs 18,9%) e graves (15,2% vs 11,4%), respectivamente. Além disso, o grupo com sintomas de simetria apresentou maior frequência e gravidade de fenômenos

sensoriais (escore da USP-SPS), pior crítica em relação aos SOC (escore da BABS) e maior frequência de ideação e tentativas de suicídio na vida.

Os achados da análise bivariada relacionados às comorbidades psiquiátricas são apresentados na Tabela 3. Quando comparados aos demais pacientes, aqueles com sintomas da dimensão de simetria apresentaram com maior frequência as seguintes comorbidades psiquiátricas: transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos de tiques (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra o resultado final da regressão logística. As variáveis que permaneceram associadas com o desfecho (dimensão de simetria) foram: menor idade de início dos SOC, início insidioso das compulsões, sintomas depressivos mais graves (escore no Inventário de Depressão de Beck) e presença de fenômenos sensoriais.

4. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro e, até o momento, o maior estudo específico sobre pacientes com sintomas da dimensão de simetria no TOC, realizado com uma amostra multicêntrica proveniente de serviços especializados no tratamento do TOC em várias regiões do país. Por meio de um protocolo de avaliação bastante abrangente e rigoroso, aplicado por profissionais de saúde mental treinados, investigou-se a prevalência de sintomas da dimensão de simetria já a partir de uma escala dimensional e compararam-se pacientes com TOC com e sem sintomas dessa dimensão em relação a diversas variáveis demográficas e clínicas.

A prevalência ao longo da vida de sintomas da dimensão de simetria na amostra estudada foi de 86,8% dos casos (N=869). Esta prevalência é bastante alta, mas a literatura é consistente em descrevê-la como uma das manifestações mais comuns do TOC, tanto em adultos quanto em crianças e adolescentes (Rasmussen e Eisen, 1992; Valleni-Basiles et al., 1994; Denys et al., 2004; Rosario-Campos et al., 2006; Li et al., 2009; Prabhu et al., 2013; Visser et al., 2014; Vivan et al., 2014). De modo similar, Prabhu et al. (2012), em estudo que avaliou a relação entre as dimensões de sintomas e suas características clínicas em uma amostra de 161 pacientes com TOC, identificaram que 89,6% dos

pacientes apresentavam sintomas da dimensão de simetria. No entanto, a prevalência encontrada no presente trabalho é superior à de alguns estudos, que descreveram a frequência ao menos algum sintoma de simetria, ordenação, repetição ou contagem entre 30,9% e 75,8% (Mataix-Cols et al., 1999; Cavallini et al., 2002; Delorme et al., 2006; Hasler et al., 2007; Pinto et al., 2007; Stein et al., 2007; Mataix-Cols et al., 2008; Matsunaga et al., 2008; Elvish et al., 2010; Matsunaga et al., 2010; Zhang et al., 2013; Asadi et al., 2016). Isto pode ser explicado por questões metodológicas, incluindo a composição das amostras (origem, sexo, faixa etária) e a diversidade de instrumentos utilizados para a coleta de dados. Diferentemente da grande maioria dos estudos anteriores, os sintomas da dimensão de simetria foram investigados neste estudo com uma entrevista dimensional direta (DY-BOCS), que inclui 12 itens avaliando obsessões ou compulsões dessa dimensão, o dobro de itens da *checklist* da Y-BOCS, a escala mais utilizada na literatura.

A dimensão de simetria tem sido associada ao sexo masculino (Lensi et al., 1996; Leckman et al., 1997; Karadag et al., 2006; Stein et al., 2007; Jaisooriya et al., 2009; Li et al., 2009; Torresan et al., 2009), porém essa associação não foi encontrada neste estudo. Lochner et al. (2016), do mesmo modo, não encontraram associação entre sintomas da dimensão de simetria e gênero em seu estudo sobre correlatos clínicos e genéticos em pacientes com sintomas de simetria no TOC. Também, o grupo de pacientes com TOC e sintomas da dimensão de simetria apresentou, no presente estudo, idade média mais baixa que os demais, além de ter maior número de pacientes solteiros ou não-casados e pessoas sem filhos. Estudos que analisem dados demográficos detalhados na dimensão de simetria são escassos na literatura, mas essas características de situação conjugal já foram descritas anteriormente (Matsunaga et al., 2010; Lochner et al., 2016).

Em relação às características clínicas, os resultados encontrados no grupo de pacientes com sintomas da dimensão de simetria acompanham de modo geral os resultados de estudos prévios. Destacam-se as características clínicas que permaneceram associadas positivamente com a dimensão de simetria após as associações terem sido ajustadas para potenciais confundidores: menor idade de início dos SOC, início insidioso das compulsões, presença de fenômenos sensoriais e sintomas depressivos mais graves.

As obsessões relacionadas à simetria e/ou compulsões de ordem, repetição e contagem têm sido consistentemente associadas ao início mais precoce dos SOC e

do TOC (Denys et al., 2004; Hasler et al., 2005; Tükel et al., 2005; Stein et al., 2007; Jaisoorya et al., 2009; Matsunaga et al., 2010; Prabhu et al., 2012; Zhang et al., 2013). Em amostra de 512 pacientes adultos e crianças, Zhang et al. (2013), por exemplo, também confirmaram a relação entre sintomas de simetria e início precoce do TOC. Tal associação pode ser entendida por uma perspectiva desenvolvimental, sendo possível que o TOC de início na infância represente uma forma de neurodesenvolvimento distinta no transtorno (Geller et al., 1998; Rosario-Campos et al., 2001; Nakatani et al., 2011; Wang et al., 2011; Burchi e Pallanti, 2018).

Uma característica pouco estudada que tem destaque em nossos resultados é o tipo de início de sintomas. Assim, o início insidioso das obsessões e/ou compulsões foi mais comum em pacientes com sintomas de simetria, particularmente em relação às compulsões, manifestação predominante nesta dimensão. Este dado é inédito na literatura, devendo ser confirmado ou refutado em futuros estudos, mas pode ser uma característica clínica relevante no planejamento e cuidado em saúde, por indicar uma possível oportunidade de intervenção antes que tais sintomas se tornem clinicamente relevantes ou se agravem.

A presença de fenômenos sensoriais parece ser característica clínica marcante nos pacientes com sintomas da dimensão de simetria. Há estudos que associam essa dimensão à sensação de incompletude ou aos fenômenos sensoriais (Coles et al., 2003; Ecker e Gonner, 2008; Ferrão et al., 2012; Sica et al., 2012; Summers et al., 2014; Sibrava et al., 2016), e nosso estudo confirma tal relação. Sibrava et al. (2016) examinaram o impacto da sensação de incompletude em 307 adultos com TOC e observaram que os pacientes com incompletude relevante clinicamente apresentaram maior gravidade do TOC, mais comorbidades, pior qualidade de vida e maiores taxas de desemprego e incapacidade, além de apresentarem com maior frequência, sintomas da dimensão de simetria. Considerando-se as evidências de possíveis padrões neuropsicológicos distintos (Lawrence et al., 2006; Jang et al., 2010; Hashimoto et al., 2011; McGuire et al., 2014; Martoni et al., 2015; Kashyap et al., 2017) e a marcada presença dos fenômenos sensoriais na dimensão de simetria, modalidades de tratamento psicoterápico mais específicas, como a terapia comportamental de reversão de hábitos (Wilhelm et al., 2003; Carr et al., 2005) utilizada no tratamento de tiques, podem ser úteis no tratamento de pacientes com sintomas da dimensão de simetria, e estudos relacionados são necessários.

À exceção da dimensão de acumulação, não há muitos estudos que investigaram as associações entre dimensões específicas do TOC e comorbidades psiquiátricas. Em nosso estudo, na análise bivariada os pacientes com sintomas da dimensão de simetria apresentaram, com maior frequência comorbidade com transtorno depressivo maior, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos de tiques. Tais comorbidades já foram associadas especificamente, em ao menos um estudo prévio, à dimensão de simetria (Mataix-Cols et al., 1999; Hasler et al., 2007; Masi et al., 2010; Lochner et al., 2016), exceto o transtorno depressivo maior. No entanto, nenhuma comorbidade específica se manteve associada ao desfecho na regressão logística. Já um achado original foi a associação independente entre a dimensão de simetria e sintomas depressivos mais graves (escore no Inventário de Depressão de Beck). É possível que sintomas depressivos mais graves amplifiquem o impacto negativo do TOC na vida desses pacientes, podendo também piorar a capacidade crítica em relação aos sintomas e, conseqüentemente, prejudicar a busca e adesão ao tratamento (Catapano et al., 2010; Levy et al., 2013; Altıntaş e Taşkintuna, 2015). Entretanto, esta associação foi apenas marginalmente significativa, talvez não tendo maior importância clínica.

Outro achado da análise bivariada que expressa gravidade é a maior frequência de ideação e tentativas de suicídio nos pacientes com sintomas da dimensão de simetria. Há poucos estudos que avaliam a relação entre comportamento suicida e a dimensão de simetria. Alonso et al. (2010), em uma publicação sobre acompanhamento prospectivo de pacientes com TOC tratados, concluíram que a dimensão de simetria foi a mais comum entre aqueles que tentaram ou cometeram suicídio e foi independentemente associada com comportamentos suicidas. Em nosso estudo, no entanto, a associação entre comportamento suicida e dimensão de simetria não permaneceu após regressão logística, possivelmente pela existência de fatores confundidores como início precoce e presença de sintomas depressivos mais graves.

O perfil de pacientes com sintomas da dimensão de simetria traçado nesse estudo, com destaque para o início precoce dos SOC, início insidioso das compulsões e presença de fenômenos sensoriais, revelam ou reforçam características desses pacientes que podem ser importantes em propostas de prevenção de saúde e psicoeducação para pais e cuidadores. Assim, estes devem

receber orientação para ficarem atentos a tais comportamentos, que podem ser confundidos com manifestações normais do desenvolvimento infantil ou com características de personalidade da criança (ex.: perfeccionismo). Sendo mais insidiosos, tais sintomas podem gerar acomodação familiar gradual e demora na busca por tratamento.

Certas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados deste estudo. A amostra foi composta por pacientes ambulatoriais de serviços especializados em TOC, que podem apresentar características clínicas de maior gravidade quando comparados a outras amostras clínicas ou de base comunitária. Assim, a validade externa deste estudo pode ser algo limitada. O desenho transversal descreve associações entre as variáveis dependentes e independentes, mas não permite que a relação causal seja inferida. Além disso, o viés de memória é um aspecto a ser considerado para os dados coletados sobre informações retrospectivas.

5. CONCLUSÃO

De modo geral, os resultados obtidos são coerentes com alguns estudos prévios e, assim, realçam um perfil clínico distintivo dessa dimensão sintomatológica, que teve alta prevalência na amostra clínica estudada. Os pacientes desse subgrupo apresentaram algumas características clínicas diferenciais relevantes, como menor idade de início dos SOC, início insidioso das compulsões e presença de fenômenos sensoriais.

O início precoce e insidioso dos SOC representa uma possível janela de oportunidade de intervenção preventiva, visando evitar a agravação dos sintomas, antes que interfiram demasiadamente na funcionalidade do indivíduo.

O conhecimento aprofundando sobre as dimensões de sintomas do TOC é fundamental para uma melhor compreensão fenomenológica deste complexo e multifacetado transtorno, e para um manejo terapêutico mais adequado dos pacientes que apresentam manifestações clínicas específicas, como as de simetria.

6. REFERÊNCIAS

Alonso P, Segalàs C, Real E, Pertusa A, Labad J, Jiménez-Murcia S, Jaurrieta N, Bueno B, Vallejo J, Menchón JM. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 2010; 124: 300–308.

Alvarenga Alvarenga PG, do Rosário MC, Batistuzzo MC, Diniz JB, Shavitt RG, Duran FL, Dougherty DD, Bressan RA, Miguel EC, Hoexter MQ. Obsessive-compulsive symptom dimensions correlate to specific gray matter volumes in treatment-naïve patients. *Journal of Psychiatric Research*. 2012; 46(12):1635-42.

Altıntaş E, Taşkintuna N. Factors Associated with Depression in Obsessive-Compulsive Disorder: A Cross-Sectional Study. *NoroPsikiyatri Arsivi/ Archives of Neuropsychiatry* 2015;52(4):346-353.

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

Asadi S, Daraeian A, Rahmani B, Kargari A, Ahmadiani A, Shams J. Exploring yale-brown obsessive-compulsive scale symptom structure in Iranian OCD patients using item-based factor analysis. *Psychiatry Research* 2016; 245:416-422.

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

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 55:893-897.

Belloch A, Fornés G, Carrasco A, López-Solá C, Alonso P, Menchón JM. Incompleteness and not just right experiences in the explanation of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research* 2016; 236: 1–8.

Bollettini I, Mazza MG, Muzzarelli L, Dallaspezia S, Poletti S, Vai B, Smeraldi E, Benedetti F. White matter alterations associate with onset symptom dimension in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2018; 72(1):13-27.

Boyer P e Liénard, P. Ritual behavior in obsessive and normal individuals: moderating anxiety and reorganizing the flow of action. *Current Directions in Psychological Science* 2008; 17 (4):291–294.

Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 1532–1542.

Carr JE, Chong IM. Habit reversal treatment of tic disorders: a methodological critique of the literature. *Behavior Modification* 2003 Jun;160(6):1175-7.

Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, Maj M. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry* 2010; 34(2):323-30.

Cavallini MC, Di Bella D, Siliprandi F, Malchiodi F, Bellodi L. Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *American Journal of Medical Genetics* 2002; 114(3):347-53.

Coles ME, Frost RO, Heimberg RG, Rhéaume J. “Not just right experiences”: Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* 2003; 41(6), 681–700.

Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JL. OCD with comorbid OCPD: a subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research* 2008; 42(4):289-96.

Delorme R, Bille A, Betancur C, Mathieu F, Chabane N, Mouren-Simeoni MC, Leboyer M. Exploratory analysis of obsessive compulsive symptom dimensions in children and adolescents: a prospective follow-up study. *BMC Psychiatry* 2006; 6:1.

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

Ecker W, Gonner S. Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy* 2008; 46: 895–904.

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

Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions?. *Journal of Anxiety Disorders* 2010; 24: 231–237.

Enquist M e Arak A. Symmetry, beauty and Evolution. *Nature* 1994; 372: 169–172.

Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA; Pauls DL. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Development* 1997; 68:58–68

Evans DW, Leckman JF. Origins of obsessive–compulsive disorder: developmental and evolutionary perspectives. In: Cicchetti D, Cohen D, editors. *Developmental Psychopathology*. Second ed. Wiley; 2006. pp 404–435.

Evans DW, Orr PT, Lazar SM, Breton D, Gerard J, Ledbetter DH, Janosco K, Dotts J, Batchelder H. Human preferences for symmetry: subjective experience, cognitive conflict and cortical brain activity. *PLoS ONE* 2012; 7:e38966.

Ferrão YA, Shavitt RG, Prado H, 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 Research* 2012; 197 (3): 253- 258.

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.

Garyfallos G, Katsigiannopoulos K, Adamopoulou A, Papazisis G, Karastergiou A, Bozikas VP. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessivecompulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessivecompulsive disorder? *Psychiatry Research* 2010; 177(1-2):156-60.

Gilbert AR, Mataix-Cols D, Almeida JR, Lawrence N, Nutche J, Diwadkar V, Keshavan MS, Phillips ML. Brain structure and symptom dimension relationships in obsessive-compulsive disorder: a voxel-based morphometry study. *Journal of Affective Disorders* 2008;109(1e2):117e26.

Gilbert AR, Akkal D, Almeida JR, Mataix-Cols D, Kalas C, Devlin B, Birmaher B, Phillips ML. Neural correlates of symptom dimensions in pediatric obsessive-compulsive disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(9):936-44.

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. *Archives of General Psychiatry* 1989a; 46: 1006–1011.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale–Brown obsessive compulsive scale: validity. *Archives of General Psychiatry* 1989b; 46 (11): 1012–1016

Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gänssicke M, Spitzer C, Freyberger HJ. Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology* 1999; 32(6):319-24.

Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics B Neuropsychiatric Genetics* 2005; 134B(1):13-19.

Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquill JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D, Greenberg BD, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research* 2005; 135:121-132.

Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, et al. Familiality of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biological Psychiatry* 2007; 61(5):617-25.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd ed. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.; 2000.

Højgaard DR, Mortensen EL, Ivarsson T, et al. Structure and clinical correlates of obsessive-compulsive symptoms in a large sample of children and adolescents: a factor analytic study across five nations. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2017; 26(3):281-291.

Højgaard DR, Hybel KA, Mortensen EL, Ivarsson T, Nissen JB, Weidle B, Melin K, Torp NC, Dahl K, Valderhaug R, Skarphedinsson G, Storch EA, Thomsen PH. Obsessive-compulsive symptom dimensions: Association with comorbidity profiles and cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2018; 270:317-323.

Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S, Thennarasu K. Sex differences in Indian patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50:70–75.

Karadag F, Oguzhanoglu NK, Ozdel O, Atesci FC, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and Anxiety* 2006;23, 145–152.

Kichuk SA, Torres AR, Fontenelle LF, Rosário MC, Shavitt RG, Miguel EC, Pittenger C, Bloch MH. Symptom dimensions are associated with age of onset and clinical course of obsessive–compulsive disorder. *Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry* 2013; 44:233– 239.

Koch K, Wagner G, Schachtzabel C, Schultz CC, Straube T, Güllmar D, ReichenbachJR, Peikert G, Sauer H, Schlösser RG. White matter structure and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2012; 46(2): 264–270.

Kohlrausch FB, Giori IG, Melo-Felippe FB, Vieira-Fonseca T, Velarde LG, de Salles Andrade JB, Fontenelle LF. Association of GRIN2B gene polymorphism and Obsessive Compulsive disorder and symptom dimensions: a pilot study. *Psychiatry Research* 2016; 243:152-155.

Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA., Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154:911–917.

Leckman JF. Questionário sobre História Natural do Transtorno ObsessivoCompulsivo Yale, versão traduzida para o português 06/2002.

Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessivecompulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry* 1996;169(1):101-107.

Levy HC, McLean CP, Yadin E, Foa EB. Characteristics of individuals seeking treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy* 2013; 44(3):408-416.

Li Y, Marques L, Hinton DE, Wang Y, Xiao Z. Symptom Dimensions in Chinese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 2009; 15: 276–282.

Lochner C e Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harvard Review of Psychiatry* 2003; 11:113–32.

Lochner C, McGregor N, Hemmings S, Harvey BH, Breet E, Swanevelder S, Stein DJ. Symmetry symptoms in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2016; 38(1): 17-23.

Masi G, Millepiedi S, Perugi G, Pfanner C, Berloffia S, Pari C, Mucci M, Akiskal HS. A naturalistic exploratory study of the impact of demographic, phenotypic and comorbid features in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2010; 43(2):69-78.

Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factoranalyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(9):1409-1416.

Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:228–238.

Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N, Heyman I. Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 47(7):773-778.

Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Fujimoto K, Kasai S, Kaye WH. Prevalence and symptomatology of comorbid obsessive-compulsive disorder among bulimic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999; 53(6):661-6.

Matsunaga H, Maebayashi K, Hayashida K, Okino K, Matsui T, Iketani T, Kiriike N, Stein DJ. Symptom structure in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165:251–253.

Matsunaga H, Hayashida K, Kiriike N, Maebayashi K, Stein DJ. The clinical utility of symptom dimensions in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2010; 180(1):25-29.

Mayerovitch JI, du Fort GG, Kakuma R, Bland RC, Newman SC, Pinard G. Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Comprehensive Psychiatry* 2003;44(2):162-8.

Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG, Mercadante MT, Chacon P, Pauls DL. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry* 2005; 10(3):258-75.

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. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2008; 30(3):187-198.

Pinto A, Eisen JL, Mancebo MC, Greenberg BD, Stout RL, Rasmussen SA. Taboo thoughts and doubt/checking: a refinement of the factor structure for obsessive-compulsive disorder symptoms. *Psychiatry Research* 2007; 151:255–258.

Pitman RK. A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28 (4): 334–343.

Prabhu L, Cherian AV, Viswanath B, Kandavel T, Math SB, Reddy YCJ. Symptom dimensions in OCD and their association with clinical characteristics and comorbid disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2013; 2:14–21.

Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992; 15(4): 743-758.

Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT, Shavitt RG, Prado HS, Sada P, Zamignani D, Miguel EC. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2001 Nov;158(11):1899-903.

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.

Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrão Y, Findley D, Katsoyich L, Scahill L, King RA. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): An instrument for assessing obsessivecompulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry* 2006; 11:495–504.

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

Sica C, Caudek C, Chiri LR, Ghisi M, Marchetti I. “Not just right experiences” predict obsessive–compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: A one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2012; 1:159– 167.

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

Stein DJ, Andersen EW, Overo KF. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2007; 29(4): 303-307.

Storch EA, Bussing R, Jacob ML, Nadeau JM, Crawford E, Mutch PJ, Mason D, Lewin AB, Murphy TK. Frequency and correlates of suicidal ideation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development* 2015; 46(1):75-83.

Summerfeldt LJ, Richter MA, Antony MM, Swinson RP. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factoranalytic study. *Behavior Research and Therapy* 1999; 37: 297-311.

Summers BJ, Fitch KE, Cogle JR. Visual, tactile, and auditory “not just right” experiences: Associations with obsessive-compulsive symptoms and perfectionism. *Behavior Therapy* 2014; 45(5): 678-689.

Sunol M, Contreras-Rodríguez O, Macià D, Martínez-Vilavella G, Martínez-Zalacáin I, Subira M, Pujol J, Sunyer J, Soriano-Mas, C. Brain Structural Correlates of Subclinical Obsessive-Compulsive Symptoms in Healthy Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2018;57(1):41–47.

Taberner J, Fullana MA, Caseras X, Pertusa A, Bados A, van den Bree M, Torrubia R; Mataix-Cols D. Are obsessive–compulsive symptom dimensions familial in nonclinical individuals? *Depression and Anxiety* 2009; 26:902–908.

Timpano KR, Carbonella JY, Zuckerman E, Çek D. Treatment of Symmetry- Obsessive-Compulsive Disorder (Chapter). In: Storch EA, Lewin AB. *Clinical handbook of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*. Springer Ed. 2016, pp 69-83.

Torres AR; Fontenelle LF; Shavitt RG; Ferrão YA; 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. *Journal of Affective Disorders* 2016; 190:508–516.

Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, de Mathis MA, Diniz JB, Ferrão YA, Miguel EC, Torres AR. Sex differences in phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50: 63–69.

Tukel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, Atli H, Ozyildirim I. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2005; 21:112–117.

Valente Jr AA, Miguel EC, Castro CC, Amaro Jr E, Duran FL, Buchpiguel CA, et al. Regional gray matter abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a voxelbased morphometry study. *Biological Psychiatry* 2005; 58(6):479e87.

Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, Cuffe SP. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 33(6):782-91.

van den Heuvel OA, Remijnse PL, Mataix-Cols D, Vrenken H, Groenewegen HJ, Uylings HB, van Balkom AJ, Veltman DJ. The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain* 2009; 132:853–868.

Visser HA, van Oppen P, van Megen HJ, Eikelenboom M, van Balkom AJ. Obsessive-compulsive disorder; chronic versus non-chronic symptoms. *Journal of Affective Disorders* 2014; 152-154:169-174.

Vivan AS, Rodrigues L, Wendt G, Bicca MG, Braga DT, Cordoli AV. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2014; 36:111–118.

Wang X, Cui D, Wang Z, Fan Q, Xu H, Qiu J, Chen J, Zhang H, Jiang K, Xiao Z. Cross-sectional comparison of the clinical characteristics of adults with early-onset and late-onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2011 Feb;136(3):498-504.

Wilhelm S, Deckersbach T, Coffey BJ, Bohné A, Peterson AL, Baer L. Habit reversal versus supportive psychotherapy for Tourette's disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 2003 Jun;160(6):1175-7.

Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S. Symptom dimensions in obsessivecompulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology* 2013; 46(6):365-76.

Zhang X, Liu J, Cui J, Liu C. Study of symptom dimensions and clinical characteristics in Chinese patients with OCD. *Journal of Affective Disorders* 2013; 151 (3): 868-874.

TABELA 1. Características sociodemográficas dos pacientes com (TOC + SIM) e sem (TOC - SIM) sintomas da dimensão de simetria.

	TOTAL <i>n</i> = 1001	TOC + SIM <i>n</i> =869 (86,8%)	TOC - SIM <i>n</i> = 132 (13,2%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)
<u>Idade</u> (anos) - média (DP) ^a	34,8 (13,0)	34,4 (12,9)	37,9 (13,2)	0,003	0,27^d
<u>Sexo</u> (masculino)	432 (43,2%)	371 (42,7%)	61 (46,2%)	<u>0,447</u>	<u>1,15 (0,80-1,67)</u>
<u>Estado civil</u>					
Solteiro	544 (54,4 %)	484 (55,7%)	60 (45,5%)	0,028	1,51 (1,04-2,18)
Casado ou coabitando	377 (37,7%)	314 (36,1%)	63 (47,7%)	0,010	0,62 (0,43-0,90)
Ter filho(s)	390 (39,0%)	323 (37,2%)	67 (50,8%)	0,003	0,57 (0,40-0,83)
Morar sozinho	73 (7,3%)	64 (7,4%)	9 (6,8%)	0,822	1,09 (0,53-2,24)
Anos de educação – média (DP) ^a	14,6 (5,0)	14,6 (4,8)	14,3 (5,9)	0,591	0,06 ^d
<u>Status ocupacional</u>					
Desempregado	154 (15,4%)	135 (15,5%)	19 (14,4%)	0,735	1,09 (0,65-1,84)
Trabalhando	497 (49,8%)	422 (48,8%)	75 (56,8%)	0,083	0,72 (0,40-1,05)
Prática religiosa ^b	547 (54,7%)	473 (54,4%)	74 (56,1%)	0,726	0,94 (0,65-1,35)
Etnia (não caucasiana)	169 (16,9%)	144 (16,6%)	25 (18,9%)	0,498	0,85 (0,53-1,36)
<u>Classe social^c</u>					
A/B (mais altas)	554 (55,3%)	474 (54,6%)	80 (60,6%)	0,192	1,28 (0,88-1,86)
C/D/E (mais baixas)	447 (44,7%)	395 (45,5%)	52 (39,4%)		

Valores em negrito representam os resultados estatisticamente significativos. As variáveis sublinhadas foram incluídas na análise de regressão logística.

TOC + SIM = transtorno obsessivo-compulsivo com sintomas de simetria, TOC - SIM = transtorno obsessivo-compulsivo sem sintomas de simetria, *n*=tamanho da amostra,

^a Desvio padrão

^b Quando o paciente relatou ter algum tipo de prática religiosa regular.

^c Com base nos critérios socioeconômicos da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME).

^d D de Cohen

TABELA 2. Características clínicas de pacientes com (TOC + SIM) e sem (TOC - SIM) sintomas da dimensão de simetria.

	Total <i>n</i> =1001	TOC+SIM <i>n</i> =869 (86,8%)	TOC - SIM <i>n</i> = 132 (13,2%)	<i>p</i>	D de Cohen
Curso clínico					
<u>Idade de início dos SOC</u> - anos, média (DP) ^a	12,6 (7,3)	11,8 (6,5)	17,4 (9,9)	<0,001^e	0,77
Idade de início das obsessões - anos, média (DP) ^a	13,2 (8,0)	12,5 (7,3)	17,5 (10,5)	<0,001^f	0,63
Idade de início das compulsões - anos, média (DP) ^a	13,0 (7,7)	12,2 (6,9)	18,2 (10,1)	<0,001^e	0,80
<u>Idade de interferência^b pelos sintomas</u> , média (DP) ^a	21,8 (10,6)	21,3 (10,5)	24,5 (11,1)	0,002^e	0,30
Idade quando primeiro tratamento, média (DP) ^a	29,4 (12,9)	29,1 (12,9)	31,2 (13,2)	0,096 ^e	0,16
Gravidade clínica					
<u>Y-BOCS – escore total</u> média (DP) ^a	25,5 (7,5)	25,7 (7,3)	23,9 (8,8)	0,010^e	0,24
Y-BOCS - escore obsessões média (DP) ^a	12,7 (3,9)	12,8 (3,9)	12,2 (4,4)	0,115 ^e	0,15
Y-BOCS - escore compulsões média (DP) ^a	12,8 (4,1)	13,0 (4,0)	11,8 (5,0)	0,002^e	0,29
DY-BOCS - escore total atual, média (DP) ^a	21,1 (6,3)	21,3 (6,1)	19,9 (7,0)	0,030^f	0,22
DY-BOCS – escore total passado, média (DP) ^a	23,6 (5,1)	23,8 (5,0)	22,8 (5,5)	0,082 ^f	0,20
<u>BDI - escore total</u> , média (DP) ^a	16,4 (11,2)	16,8 (11,2)	14,2 (11,3)	0,014^e	0,23
BAI - escore total, média (DP) ^a	15,9 (11,3)	16,2 (11,3)	14,4 (11,3)	0,091 ^e	0,16
Fenômenos Sensoriais					
<u>Presença^c</u>	615 (65,6%)	578 (70,6%)	37 (30,6%)	<0,001	5,49 (3,56-8,47)^g
Escore total atual, média (DP) ^{a**}	4,9 (4,6)	5,3 (4,6)	2,2 (4,0)	<0,001^f	0,67
Escore total pior fase, média (DP) ^{a***}	5,29 (5,0)	5,7 (5,0)	2,4 (4,4)	<0,001^f	0,66
Escala de Avaliação de Crenças de Brown (BABS)					
<u>Escore total BABS</u> , média (DP) ^a	6,8 (5,5)	7,0 (5,5)	5,7 (5,0)	0,015^f	0,24

CONTINUA

CONTINUAÇÃO TABELA 2:

OR (IC 95%)

Início insidioso dos sintomas (> 1 semana)

<u>Obsessões</u>	694 (68,8%)	612 (70,4%)	77 (58,3%)	0,005	<u>1,70 (1,17-2,48)</u>
<u>Compulsões</u>	694 (69,3%)	622 (71,6%)	72 (54,6%)	<0,001	<u>2,10 (1,44-3,06)</u>

Curso

Contínuo/Crônico	62 (6,2%)	54 (6,2%)	8 (6,1%)	0,946	1,03 (0,48-2,21)
Flutuante (períodos de melhora/piora)	313 (31,3%)	270 (31,1%)	43 (32,6%)	0,728	0,93 (0,63-1,38)
Episódico	871 (87,0%)	758 (87,2%)	113 (85,6%)	0,606	1,15 (0,68-1,94)
Piora com <i>plateau</i>	386 (38,6%)	336 (38,7%)	50 (37,9%)	0,863	1,03 (0,71-1,51)

Escala de impressão clínica global TOC

Gravidade limítrofe ou leve	141 (14,1%)	117 (13,5%)	24 (18,2%)	0,295	1,21 (0,94-1,57)
Gravidade moderada	336 (33,6%)	291 (33,5%)	45 (34,1%)		
Grave a extremamente grave	524 (52,4%)	461 (53,1%)	63 (47,7%)		

Nível de crítica/insight (pobre ou ausente)	118 (11,8%)	104 (12,0%)	14 (10,6%)	0,651	1,15 (0,63-2,07)
--	-------------	-------------	------------	-------	------------------

História familiar de SOC	503 (50,0%)	446 (51,4%)	57 (43,2%)	0,079	1,39 (0,96-2,01)
História de experiências traumáticas	677 (67,6%)	593 (68,2%)	84 (63,6%)	0,292	1,23 (0,84-1,80)
História de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	109 (11,2%)	101 (12,1%)	8 (6,2%)	0,052	2,06 (0,98-4,36)

Comportamento suicida^d

Já pensou de que a vida não vale a pena	569 (59,3%)	507 (60,9%)	62 (49,2%)	0,013	1,61 (1,10-2,34)
Já desejou estar morto	438 (45,7%)	391 (46,9%)	47 (37,3%)	0,043	1,49 (1,01-2,19)
<u>Já teve pensamentos suicidas</u>	348 (36,3%)	313 (37,6%)	35 (27,8%)	0,033	<u>1,57 (1,03-2,37)</u>
Já planejou como se matar	199 (20,7%)	181 (21,7%)	18 (14,3%)	0,055	1,67 (0,98-2,82)
<u>Já tentou suicídio</u>	104 (10,8%)	98 (11,8%)	6 (4,8%)	0,018	<u>2,67 (1,14-6,24)</u>
Pensamentos suicidas atuais	104 (10,8%)	93 (11,2%)	11 (8,7%)	0,413	1,31 (0,68-2,53)

Valores em negrito representam os resultados estatisticamente significativos. Variáveis grifadas foram as incluídas na análise de regressão logística.

^a Desvio padrão^b Idade quando os sintomas começam a interferir no funcionamento do paciente^c 63 dados faltantes^d 42 dados faltantes^e teste *t* Student^f teste Mann-Whitney^g Odds Ratio (OR (IC95%))^{**}20 dados faltantes/⁹⁷ ^{***}dados faltantes

BDI: Beck Depression Inventory

BAI: Beck Anxiety Inventor

TABELA 3. Transtornos psiquiátricos comórbidos (na vida) em pacientes com (TOC + SIM) e sem (TOC - SIM) sintomas da dimensão de simetria.

	TOTAL <i>n</i> =1001	TOC+SIM <i>n</i> =869 (86,8%)	TOC - SIM <i>n</i> = 132 (13,2%)	<i>p</i>	OR (IC 95%)
Qualquer transtorno comórbido	881 (88,0%)	770 (88,6%)	111 (84,1%)	0,137	1,47 (0,88-2,46)
Qualquer transtorno de humor	609 (60,8%)	541 (62,3%)	68 (51,5%)	0,018	1,55 (1,07-2,25)
<u>Transtorno depressivo maior</u>	565 (56,4%)	503 (57,9%)	62 (47,0%)	0,018	1,55 (1,07-2,24)
Distímia	119 (11,9%)	106 (12,2%)	13 (9,9%)	0,437	1,27 (0,69-2,34)
Transtorno Bipolar I	38 (3,8%)	36 (4,1%)	2 (1,5%)	0,141	2,81 (0,67-11,83)
Transtorno Bipolar II	44 (4,4%)	40 (4,6%)	4 (3,0%)	0,412	1,54 (0,54-4,39)
Qualquer transtorno de ansiedade	699 (69,8%)	616 (70,9%)	83 (62,9%)	0,062	1,44 (0,98-2,11)
Transtorno de ansiedade de separação	276 (27,6%)	246 (28,3%)	30 (22,7%)	0,181	1,34 (0,87-2,07)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	343 (34,3%)	307 (35,3%)	36 (27,3%)	0,069	1,46 (0,97-2,19)
Transtorno de ansiedade social	346 (34,6%)	302 (34,8%)	44 (33,3%)	0,749	1,07 (0,72-1,57)
Fobia específica	314 (31,4%)	272 (31,3%)	42 (31,8%)	0,905	0,98 (0,66-1,45)
Transtorno de pânico/ agorafobia	202 (20,2%)	179 (20,6%)	23 (17,4%)	0,397	1,23 (0,76-1,99)
<u>Transtorno de estresse pós-traumático</u>	191 (19,1%)	175 (20,1%)	16 (12,1%)	0,029	1,83 (1,05-3,17)
Qualquer transtorno do controle de impulso	362 (36,2%)	323 (37,2%)	39 (29,6%)	0,089	1,41 (0,95-2,10)
Compras compulsivas	108 (10,8%)	96 (11,1%)	12 (9,1%)	0,500	1,24 (0,66-2,33)
<i>Skin picking</i>	167 (16,7%)	150 (17,3%)	17 (12,9%)	0,208	1,41 (0,82-2,42)
Tricotilomania	60 (6,0%)	52 (6,0%)	8 (6,1%)	0,972	0,99 (0,46-2,13)
Cleptomania	28 (2,8%)	25 (2,9%)	3 (2,3%)	0,695	1,27 (0,38-4,28)
Transtorno explosivo intermitente	75 (7,5%)	68 (7,8%)	7 (5,3%)	0,305	1,52 (0,68-3,38)
Qualquer transtorno somatoforme	175 (17,5%)	155 (17,8%)	20 (15,2%)	0,449	1,22 (0,73-2,02)
Hipocondria	34 (3,4%)	28 (3,2%)	6 (4,6%)	0,434	0,70 (0,28-1,72)
Transtorno dismórfico corporal	117 (11,7%)	107 (12,3%)	10 (7,6%)	0,114	1,71 (0,87-3,37)

CONTINUA

CONTINUAÇÃO TABELA 3:

Qualquer transtorno alimentar	114 (11,4%)	101 (11,6%)	13 (9,9%)	0,550	1,20 (0,65-2,21)
Anorexia nervosa	26 (2,6%)	23 (2,7%)	3 (2,3%)	0,801	1,17 (0,35-3,95)
Bulimia nervosa	27 (2,7%)	23 (2,7%)	4 (3,0%)	0,800	0,87 (0,30-2,56)
Transtorno de compulsão alimentar	80 (8,0%)	73 (8,4%)	7 (5,3%)	0,221	1,64 (0,74-3,64)
Transtorno por uso de álcool	79 (7,9%)	70 (8,1%)	9 (6,8%)	0,623	1,20 (0,58-2,46)
Abuso ou dependência de drogas	35 (3,5%)	28 (3,2%)	7 (5,3%)	0,225	0,59 (0,25-1,39)
<u>TDAH^a</u>	137 (13,7%)	128 (14,7%)	9 (6,8%)	<u>0,014</u>	<u>2,36 (1,17-4,78)</u>
<u>Transtorno de tiques</u>	284 (28,4%)	258 (29,7%)	26 (19,7%)	<u>0,018</u>	<u>1,72 (1,09-2,71)</u>
Síndrome de Tourette	88 (8,8%)	80 (9,2%)	8 (6,1%)	0,234	1,57 (0,74-3,33)

Valores em negrito representam os resultados estatisticamente significativos. As variáveis sublinhadas foram incluídas na análise de regressão logística.
a Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade OR: odds ratio, IC: intervalo de confiança

Tabela 4. Variáveis que se mantiveram associadas à dimensão de simetria na regressão logística.

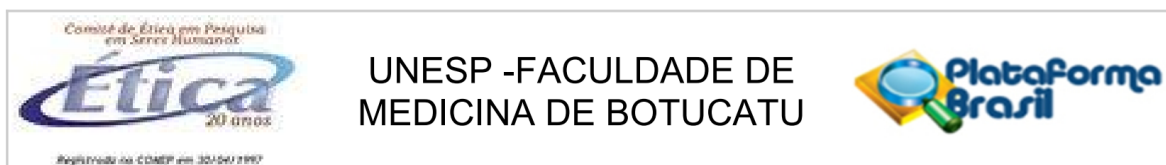
	OR ajustado (IC 95%)	z	p
Idade de início dos SOC	0,92 (0,90 - 0,95)	-6,17	<0,001
Início insidioso das compulsões	2,01 (1,31 - 3,10)	3,19	0,001
BDI* – escore total	1,02 (1,00 - 1,04)	2,15	0,031
Presença de fenômenos sensoriais	4,76 (3,07 - 7,38)	6,99	<0,001

SOC – Sintomas obsessivo-compulsivos; BDI - *Beck Depression Inventory*; OR - *Odds ratio*; IC - *Intervalo de confiança*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os resultados obtidos no estudo original que compõe esta dissertação são coerentes com estudos prévios, como se pode observar no artigo de revisão. Os resultados do artigo original que estão de acordo com o de revisão são: estado civil solteiro, início mais precoce dos sintomas obsessivo-compulsivos (OC), maior gravidade dos sintomas OC (pontuação nas escalas Y-BOCS e DY-BOCS), maior frequência fenômenos sensoriais (escore da USP-SPS), pior crítica (escore da BABS), comportamento suicida e comorbidade com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de tiques.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dimensão de simetria no transtorno obsessivo-compulsivo: prevalência, gravidade e correlatos.

Pesquisador: ALINE PAES VELLOZO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68414017.7.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento Neurologia, Psicologia e Psiquiatria

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.104.036

Apresentação do Projeto:

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) apresenta prevalência, na população geral, estimada em 2 a 3% ao longo da vida, em geral tem início precoce e causa grande impacto negativo na vida ocupacional e social dos portadores e de seus familiares. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o TOC está entre as dez condições médicas mais incapacitantes em todo o mundo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Investigar a prevalência, a gravidade e os correlatos sociodemográficos e clínicos de sintomas da dimensão de simetria, ordenação, repetição e contagem (dimensão de "simetria") em uma amostra clínica de pacientes do banco de dados do Consórcio Brasileiro de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo - C-TOC.

Objetivos específicos

- Estimar a prevalência atual e ao longo da vida da dimensão de simetria na casuística;
- Estimar a gravidade dos sintomas da dimensão de simetria na casuística;
- Comparar o perfil sociodemográfico de pacientes com e sem sintomas da dimensão de simetria;
- Comparar as características clínicas de pacientes com e sem sintomas da dimensão de simetria,

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

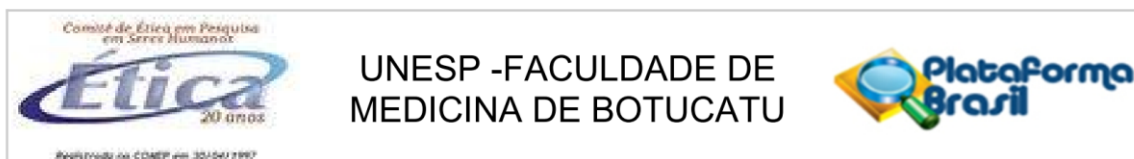
UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.104.036

Orçamento financeiro: 500,00 com financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto tem relevância clínica, e consta dos termos de apresentação obrigatória:

- Projeto original
- Termo de anuência do Escritório de apoio a pesquisa
- Folha de rosto assinada pelo Diretor da Faculdade de Medicina
- Os autores solicitam dispensa do TCLE por se tratar de análise secundária de dados com cálculo de prevalência e análise de gravidade de pacientes de um banco de dados (2003-2009) que já assinaram o TCLE no período do estudo, e considero aceitável essa justificativa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação sem necessidade de envio a 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_BÁSICAS_DO_PROJETO_893305.pdf	16/05/2017 09:56:49		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_Aline_Paes_Vellozo.pdf	16/05/2017 09:56:17	ALINE PAES VELLOZO	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_Aline_Paes_Vellozo.pdf	16/05/2017	ALINE PAES	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

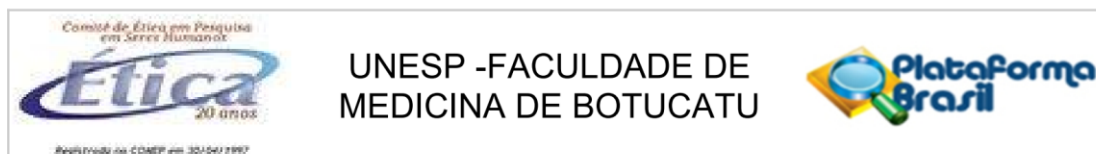
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.104.036

/ Brochura Investigador	Projeto_Aline_Paes_Vellozo.pdf	09:31:05	VELLOZO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Aline_Paes_Vellozo.pdf	16/05/2017 09:30:29	ALINE PAES VELLOZO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 07 de Junho de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

ANEXO B

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	SERTO	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 (SERTO-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

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 sangüíneo ou de outra espécie, desde que não estejam envolvidos riscos para a minha saúde. O material poderá ser congelado para eventuais análises em projetos futuros. Caso a utilização desse material seja enquadrada em algum projeto que necessite de aprovação específica, estou ciente de que poderei ser novamente contatado para dar meu novo consentimento.

Riscos e Inconveniências

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

Benefícios

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

Alternativas para participação

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

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

Uso de material

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

Sigilo e privacidade

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

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

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

Demais informações

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

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

Data: _____ de _____ de 20_____.

Paciente

Pesquisador que obteve o consentimento

QUESTIONÁRIO MÉDICO E SOBRE FATORES DE RISCO

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

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

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

Estado Civil: _____ Adotado? Sim Não

Números de Filhos: _____ Não Tem Filhos

Naturalidade (Cidade e Estado onde nasceu): _____

Procedência (Cidade e Estado onde mora): _____

Com quem mora? ☐ Pais ou um dos pais ☐ Outros ~~pais~~
 ☐ 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 | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não sei |
| 2. Taxa elevada de açúcar no sangue | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não sei |
| 3. Sangramento vaginal | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não sei |
| 4. Proteína na urina | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não sei |
| 5. Convulsão/ "ataques" | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não sei |
| 6. Pressão elevada do sangue | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não sei |
| 7. Diagnóstico de toxoplasmose ou rubéola? | ☐ Sim | ☐ Não | ☐ Não sei |
| 8. Outros _____ | | | |

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

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se Sim, especifique o trimestre:

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

Tipo de teste: _____

Razão: _____

Durante a gestação, a mãe do paciente...

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, quantos? _____

Quando? ☐ 1º trimestre ☐ 2º trimestre ☐ 3º trimestre

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, quantas? _____

Quando? ☐ 1º trimestre ☐ 2º trimestre ☐ 3º trimestre

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, quantas? _____

Quando? ☐ 1º trimestre ☐ 2º trimestre ☐ 3º trimestre

☐ Usou algum tipo de droga ou medicamento?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, quanto tempo? _____

Que tipo? Especifique: _____

Quando? ☐ 1º trimestre ☐ 2º trimestre ☐ 3º trimestre

PARTO DO PACIENTE:

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

Houve alguma das seguintes intercorrências?

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

- Qual era o peso do bebê ao nascer? _____
Baixo peso? (< 2.500 gr) Sim Não Não sei

- O bebê foi prematuro (antecipou mais que 2 semanas)?
 Sim Não

- Esta foi uma gravidez múltipla? (gêmeos, trigêmeos, quadrigêmeos)
 Sim Não Não sei

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

- | | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|---------|
| 1. Introdução de oxigênio | Sim | Não | Não sei |
| 2. Ressuscitamento | Sim | Não | Não sei |
| 3. Medicação | Sim | Não | Não sei |
| 4. Incubadora | Sim | Não | Não sei |
| 5. UTI | Sim | Não | Não sei |
| 6. Cirurgia | Sim | Não | Não sei |
| 7. Transfusão de sangue | Sim | Não | Não sei |
| 8. Outros (favor descrever) _____ | | | |

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

Se sim, explicar _____

Primeiro ao quinto ano de vida da criança (Desenvolvimento neuropsicomotor):

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

Sim Não

Se sim, especifique: _____

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

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 ☐ 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? <u>SIM</u> <u>NÃO</u>	Idade em que tomou? (em anos)	Duração do tratamento (em meses)	Tomando agora? <u>SIM</u> <u>NÃO</u>	Dose atual	Dose máxima	Uso adequado? (legenda acima)	Resposta ao Tratamento (legenda acima)
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)
Minalcitrano (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)

Para paciente e entrevistador preencherem

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 (Amipictil, 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

3. _____ semanas

5. _____ semanas

2. _____ semanas

4. _____ 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	0
primário incompleto	
primário completo	5
ginasial incompleto	
ginasial completo	10
colegial incompleto	
colegial completo	15
superior incompleto	
superior completo	21

Itens de conforto familiar - critério ABIPEME

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

Itens de posse	Não tem	Quantidade possuída					
		1	2	3	4	5	6 e+
Automóvel		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

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 Colecionismo
- 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, Katsoyich 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 consequências terríveis. Por exemplo, ficar longe de objetos pontiagudos ou quebráveis. Evitar manusear facas, tesouras, vidro.
				14. Preciso repetir atividades rotineiras para prevenir consequências 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 consequências. 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	
☐	☐	0 = Nenhum
☐	☐	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
☐	☐	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
☐	☐	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
☐	☐	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
☐	☐	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

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

Pior fase Atual

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

				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.
--	--	--	--	---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agora tente pensar *somente* nestas obsessões e compulsões relacionadas a 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 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
☐	☐	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
☐	☐	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

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

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

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

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

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 circulo "não", passe para a próxima sessão (Dimensão V), em "Obsessões e Compulsões de Coletorismo".

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

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

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

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

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

Pior fase	Atual	
☐	☐	0 = Nenhum
☐	☐	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
☐	☐	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
☐	☐	3 = 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 (obsessões de contaminação e compulsões de limpeza).

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

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

Pior fase	Atual	
☐	☐	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 V - Obsessões e Compulsões de Coleccionismo

A. Lista de Sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade de Início	Colecionismo
				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 incontrollável 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 colecionismo.
				61. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de colecionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.

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 circulo "não", passe para a próxima sessão (Dimensão VI), em "Obsessões e Compulsões Diversas".

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

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

4. Quanto incômodo (ansiedade, culpa, um grande sentimento de medo ou um sentimento de exaustão) estas obsessões e compulsões relacionadas causam? Pode ser útil perguntar: quanto incômodo você sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Quanto incômodo você sente por ter que repetir suas compulsões várias vezes? Como você se sentiria se encontrasse algo (pessoa, lugar ou coisa) que estivesse evitando? Considere somente incômodo ou desconforto que pareça relacionado aos sintomas (obsessões, necessidade de realizar compulsões ou ao incômodo associado a evitação) dessa dimensão (obsessões 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 circulouse “**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	
☐	☐	0 = Nenhum
☐	☐	1 = Raramente , presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
☐	☐	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
☐	☐	3 = Freqüentemente, 1 a 3 horas/dia – freqüente intrusão, necessidade de realizar compulsões, ou comportamentos de evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia, mas muitas horas do dia são livres destas obsessões, compulsões ou comportamentos de evitação).
☐	☐	4 = Quase sempre, mais do que 3 e menos do que 8 horas/dia – Intrusão muito freqüente, necessidade de realizar compulsões ou evitação (ocorre mais do que 8 vezes por dia e ocorre durante a maior parte do dia)
☐	☐	5 = Sempre, mais do que 8 horas/dia – Intrusão quase constante de obsessões, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (muitos sintomas para serem contados e raramente uma hora se passa sem varias obsessões, compulsões e/ou evitação)

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

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

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

Pior fase Atual

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

**Gravidade Global 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. Reveia 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 _____

_____ Coleccionismo _____

_____ 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

_____ Coleccionismo

_____ 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 consequência é real ou ocorrerá de fato?

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

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

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

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

Avaliação Clínica de Prejuízo

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

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

funcionamento acadêmico ou profissional.

☐

☐

9 MODERADO. As obsessões e compulsões estão associadas a alguns problemas evidentes na auto-estima, na vida familiar, na aceitação social ou no funcionamento acadêmico e profissional. Episódios de disforia, períodos de tensão ou desavenças familiares, choros frequentes 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.

1. <u>TEMPO OCUPADO</u> 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	4. <u>RESISTÊNCIA</u> 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
2. <u>INTERFERÊNCIA</u> 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	5. GRAU DE <u>CONTROLE</u> 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.
3. <u>SOFRIMENTO</u> 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	Uso do entrevistador ESCORE OBSESSÕES (parcial)

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

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

6. TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais? 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)	9. RESISTÊNCIA às COMPULSÕES P.: Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões? 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
7. INTERFERÊNCIA provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado) 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	10. GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO P.: Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões? 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
8. SOFRIMENTO relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria? 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	Uso do entrevistador ESCORE COMPULSÕES

ESCORE TOTAL: _____
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

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

Nome: _____

Data da Avaliação: ____ / ____ / ____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

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

Se Sim, qual medicação: _____

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

Se Sim, há quanto tempo: _____

Avaliador: _____

Prezado paciente,

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

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

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

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

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

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

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

Obrigado por sua participação!

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

Rosário-Campos MC; Prado HS; Shavitt RG; Hounie AG; Chacon PJ; Mathis ME; Mathis MA; Leckman JF; Miguel EC. Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo. 2005. 10ª. Versão.

Exemplos de Fenômenos Sensoriais

- A. Sensações Físicas:** sensações desconfortáveis na pele (táteis), músculos ou ossos (músculo-esquelética) e/ou nas vísceras (órgãos internos). Você pode ter a necessidade de realizar um comportamento repetitivo até obter alívio ou se livrar (eliminar) desta sensação física.
- B. “Estar em ordem” (“just-right”) relacionado a estímulos sensoriais visuais, auditivos e táteis:**
- VISUAIS: necessidade dos objetos parecerem visualmente “em ordem”;
- AUDITIVAS: necessidade de objetos ou pessoas “soarem de uma determinada maneira” ou “em ordem”;
- TÁTEIS: necessidade de tocar em pessoas ou objetos até obter uma sensação tátil de estar “em ordem” nas mãos ou em outra parte do corpo.
- C. Sensação de incompletude ou necessidade de sentir-se “em ordem” (“just-right”):** sensação interna de desconforto, que pode desencadear a necessidade de realizar os comportamentos até sentir alívio. Sensação interna de não estar “em ordem”, que desencadeia ou acompanha a necessidade de realizar o comportamento até sentir que “está legal”, que está “em ordem”.
- D. Sensação de energia interna:** uma energia interna que cresce e precisa ser descarregada. Sensação generalizada de tensão ou energia que cresce e precisa ser descarregada pela realização de comportamentos repetitivos.
- E. “Ter que fazer”:** apenas “tenho que fazer” o comportamento. Os comportamentos não são precedidos por nenhuma obsessão nem por nenhum tipo de Fenômeno Sensorial ou percepção.

A. Parte I – Lista de exemplos de Fenômenos Sensoriais

Exemplos de Fenômenos Sensoriais	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
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 lambe os lábios ou passar batom ou manteiga de cacau para aliviar esta sensação.				
☉ Caso você tenha outro tipo de sensação física tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
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. O que você sentiria se não pudesse realizar seus atos compulsivos? Para aqueles pacientes que relatam que **quando impedidos apresentaram obsessões** combinou-se QUE os mesmos não receberiam um escore na USP-SPS relativo a este sintoma

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

Curso do TOC

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

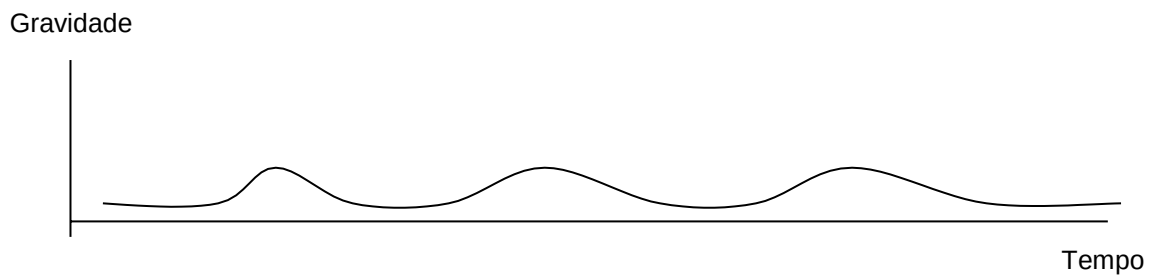
Escolha um dos gráficos abaixo marcando um “X”

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

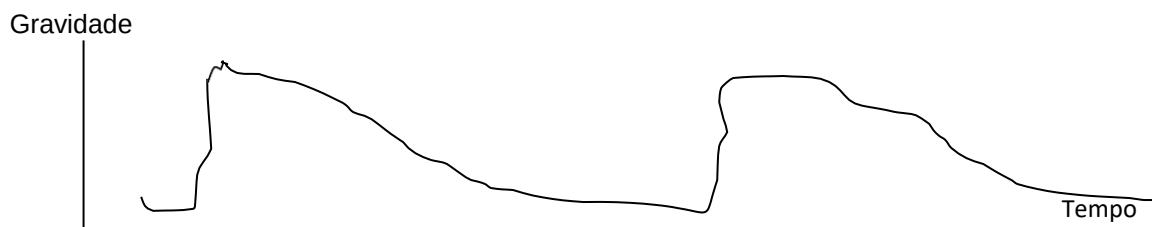
- a) Contínuo/Crônico (sem remissão)



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

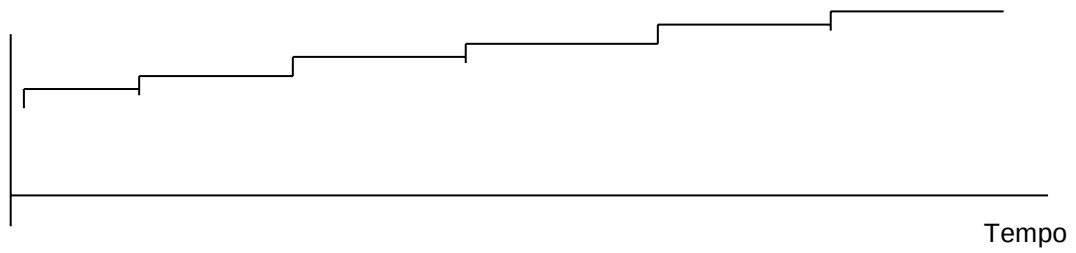


- c) Episódica (períodos de grande gravidade dos sintomas seguidos de períodos de remissão - pelo menos 3 meses - ou quase remissão dos sintomas)



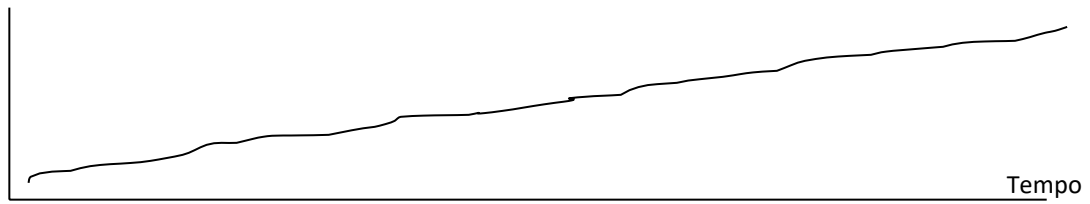
d) Piora com *plateau* (piora repentina seguida por período sem alteração)

Gravidade



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

Gravidade



f) Desenho do gráfico (alternativo):

ATENÇÃO: este gráfico deve ser diferente dos outros

Gravidade



Questionário sobre História Natural de TOC - Yale

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

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

Junho de 2002, versão 06/2002

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

Caro Paciente e/ou Família,

Por favor, leia esta introdução.

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

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

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

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

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

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

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

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

Obrigado!

Parte I – Início dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Não (0)
☐ Sim (1)

3(b). Onde você estava morando?

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

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

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

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

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

- ☐ Desde o nascimento ☐ _____ anos

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

- ☐ Não (0) ☐ Sim (1)

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

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

Se “Sim”, escolha aquelas que se aplicam:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| () 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:

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

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

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

() Não (0) () Sim (1)

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

(Marque todas as que se aplicam)

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

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

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

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

() Não (0) () Sim (1)

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

(Marque todas as que se aplicam)

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

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

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

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

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

() Não (0) () Sim (1)

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

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

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

() Não (0) () Sim (1)

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

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

Se "Sim" para alguma das alternativas, descreva:

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

() Não (0) () Sim (1)

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

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

18(e). Você havia recentemente ficado grávida?

() Não (0) () Sim (1)

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

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

() Não (0) () Sim (1)

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

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

() Não (0) () Sim (1)

Se “Sim”, descreva qual doença ou condição médica:

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

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

() Não (0) () Sim (1)

PARTE II – CURSO DOS SINTOMAS

OBSESSIVO-COMPULSIVOS

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

	Nenhum efeito	Aumenta sintomas	Diminui sintomas	Não se aplica
Álcool				
Café				
Cigarros				
Vitaminas ou suplementos minerais				
Certos tipos de comida ou dietas				
Infecções de garganta estreptocócicas				
Recorrências de febre reumática				
Outras doenças				
Traumas físicos (como acidente sério)				
Traumas emocionais (como a morte de alguém amado)				
Período menstrual				
Tempo quente				
Tempo frio				
Estar longe de casa				
Durante o sono				
Enquanto pratica esportes				
Quando 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				

6. Começando pela idade em que os sintomas obsessivo-compulsivos vieram PELA PRIMEIRA VEZ, dê um grau para sua gravidade, sendo “1” igual a “menos grave” e “5” igual ao “mais grave”. Não compare o indivíduo sendo descrito aqui com outras pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Queremos saber que períodos foram mais ou menos graves somente para a pessoa que está sendo descrita neste questionário.

[illegible]

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

() Não () Sim

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

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

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

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

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

A medicação teve algum papel?

() Não () Sim

Alguma forma de Terapia Cognitivo-Comportamental teve algum papel?

() Não () Sim

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

() Não () Sim

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

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

() Não () Sim

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

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

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

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

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

A medicação teve algum papel?

() Não () Sim

Alguma forma de Terapia Cognitivo-Comportamental teve algum papel?

() Não () Sim

PARTE III – PIOR FASE DOS SINTOMAS

OBSESSIVO-COMPULSIVOS

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

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

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

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

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

- | | | |
|-----|---|-------|
| () | Obsessões sobre ações agressivas ou pensamentos e compulsões relacionadas | _____ |
| () | Obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas | _____ |
| () | Obsessões de simetria, ordem, arranjo e compulsões relacionadas | _____ |
| () | Obsessões de contaminação e compulsões de limpeza | _____ |
| () | Obsessões de colecionismo e compulsões relacionadas | _____ |
| () | Outras obsessões e compulsões | _____ |

Gradue usando esta escala:

99 = Nenhum sintoma nesta área

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Há quanto tempo você estava vivendo com eles? _____ meses.
- Havia ocorrido alguma modificação recente nas pessoas que estavam vivendo com você?

() Não

() Sim

- Se “Sim”, descreva as circunstâncias:

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

Descreva: _____

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

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

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

Se “Sim”, descreva:

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

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

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

Se “Sim”, qual ou quais? _____

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

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

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

- Você havia recentemente tido alguma outra doença?

() Sim () Não () Não se aplica

Se "Sim", que doença foi? _____

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

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

() Sim () Não

Se "Sim", por favor, descreva:

QUESTIONÁRIO TS-OC (YGTSS e Y-BOCS)

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

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

Questionário Auto-Aplicável desenvolvido com base nos seguintes instrumentos:

A) YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE - YGTSS

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

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY
YALE UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

Tradução Brasileira: Projeto dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC)

- Maria Conceição do Rosário-Campos, Marcos T. Mercadante, Ana G. Hounie e Eurípedes Constantino Miguel Filho.

A.1. – LISTA DE SINTOMAS (TIQUES)

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

DESCRIÇÃO DE TIQUE MOTOR:

Tique motor tem início geralmente na infância e é caracterizado por solavancos, abalos rápidos ou movimentos tais como piscar de olhos ou abalos rápidos da cabeça de um lado para o outro. Ocorrem em episódios durante o dia, apresentando piora durante os períodos de cansaço e/ou estresse. Vários tiques ocorrem sem alarme e podem não ser percebidos pela pessoa que os tem. Outros são precedidos por uma súbita sensação ou vivência de desconforto, de difícil descrição (alguns se assemelham a uma necessidade de coçar). Em vários casos é possível suprimir os tiques, voluntariamente, por breves períodos de tempo. Embora qualquer parte do corpo possa estar afetada, as áreas mais comuns são face, pescoço e ombros. Durante semanas ou meses os tiques motores aumentam ou diminuem e os tiques antigos podem ser substituídos por outros totalmente novos. Alguns tiques podem ser complexos, tais como, fazer uma expressão facial ou um movimento de encolher os ombros (como se expressasse dúvida), que poderia ser mal entendido pelos outros (isto é: como se a pessoa estivesse dizendo "eu não sei", ao invés de apresentar um tique de encolher os ombros). Tiques complexos podem ser difíceis de serem diferenciados das compulsões, embora não seja frequente 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 sequência 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 sequenciais 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 sequência). 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	
☐	☐	0 = Nenhum
☐	☐	1 = Tique único
☐	☐	2 = Tiques múltiplos e distintos (2 a 5)
☐	☐	3 = Tiques múltiplos e distintos (> 5)
☐	☐	4 = Tiques múltiplos e distintos com ao menos um padrão de orquestração de tiques múltiplos simultâneos ou sequenciais, difíceis de distinguir dos tiques únicos, distintos
☐	☐	5 = Tiques múltiplos e distintos com vários (mais do que 2) paroxismos orquestrados de tiques simultâneos ou sequenciais difíceis de distinguir

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

Número (0 a 5)

Fônico ou vocal

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

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

FREQÜÊNCIA DOS TIQUES

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

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

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

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

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

INTENSIDADE DOS TIQUES

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

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

Pior fase	Atual	
☐	☐	0 = Ausente . Sem evidência de tiques motores
☐	☐	1 = Mínima . Tiques podem não ser percebidos por outros porque eles têm intensidade mínima
☐	☐	2 = Suave . Tiques não são mais fortes do que as ações voluntárias comparadas e não são observados por outros por sua intensidade suave
☐	☐	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
☐	☐	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
☐	☐	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	
☐	☐	0 = Ausentes . Sem evidência de tiques fônicos
☐	☐	1 = Mínima . Tiques não são audíveis pelos outros, pois sua intensidade é mínima
☐	☐	2 = Suave . Tiques não são mais barulhentos do que as emissões voluntárias, não sendo observadas pela sua intensidade leve
☐	☐	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
☐	☐	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
☐	☐	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 | ☐ | 0 = Nenhuma . Se presentes, todos os tiques são simples (abruptos, breves, sem significado). |
| o | ☐ | 1 = Limítrofe . Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos mínimos e breves, tais como arrumar, que podem ser prontamente camuflados. |
| o | ☐ | 2 = Leve . Alguns tiques são complexos (com significado aparente) e parecem comportamentos automáticos breves, tais como arrumar, que podem ser prontamente camuflados. |
| o | ☐ | 3 = Moderada . Alguns tiques são mais complexos (com significado e mais prolongados) e podem ocorrer crises de orquestração que seriam difíceis de camuflar, mas podem ser racionalizados ou explicados como comportamentos normais (pegar, bater). |
| o | ☐ | 4 = Marcada . Alguns tiques são muito complexos e tendem a ocorrer em crises prolongadas de orquestração que seriam difíceis de camuflar e não poderiam ser facilmente racionalizados como comportamentos normais, pela sua duração ou pela sua impropriedade, bizarria e caráter obscuro (uma prolongada contorção facial, toques em genitália) |
| o | ☐ | 5 = Grave . Alguns tiques envolvem crises lentas de comportamento orquestrado que seriam impossíveis de serem camufladas ou racionalizadas como normais pela sua duração ou extrema impropriedade, raridade, bizarria ou caráter obscuro (prolongadas exhibições envolvendo copropraxia ou auto-injúria). |

COMPLEXIDADE (0 A 5)**Vocal**

Pior fase Atual

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

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

COMPROMETIMENTO GERAL (considerar todos os tiques presentes)

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

RESULTADO DA YALE GLOBAL TIC SEVERTY SCALE (YGTSS) - 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 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

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?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
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?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
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?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
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?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
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?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
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)?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
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?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
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?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado
A9. MUITAS VEZES ESQUECE. Você se esquece de encontros, compromissos, pagamento de contas, entregar as coisas no prazo? Com que frequência isso acontece?	(1) não (2) sublimiar (3) sim (4) sim, somente no passado

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, versão 1.1) Paulo M et al. acima de 18 anos

Preencher apenas se tiver diagnóstico de THDA pela K-SADS -

Responda a <u>todas</u> as perguntas abaixo. Marque um X no espaço que melhor descreve você <u>nos últimos 6 meses</u> (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. Aflicção excessiva em Antecipação de/ou durante a Separação
(PARA CRIANÇA ABAIXO DE 6 anos, AFLIÇÃO DE PROPORÇÕES DE UM ATAQUE DE PÂNICO)
Você fica (ficava) aflita quando () vai (ia) embora sem você? O que você faz (fazia)? Chorava? Suplicava () de não ir embora?
() Sim () Não

No caso de alguma indicação de ansiedade de separação o entrevistador deve estabelecer a cronologia e perguntar pelos sintomas para o(s) surto (s) atuais e/ ou pior(es). A classificação da entrevista deve ser para o pior surto. Se a esse ponto não houver indicação de ansiedade de separação determine se alguma vez houve outros sintomas. Se três ou mais itens forem positivos determine se ocorreram ao mesmo tempo, se foram relacionados à ansiedade de separação (i.é., pergunte novamente os 3 primeiros itens), e se duraram pelo menos duas semanas.

4. Relutância ou Recusa da Escola
Você às vezes tenta (tentou) não ir à escola porque você queria ficar em casa com (). O que acontecia quando você ficava em casa? Alguém tinha que obrigar você a ir para a escola?
() Sim () Não
5. Relutância ou Recusa de Dormir Só
Você tenta (tentou) dormir com ()? Você está (estava) com medo de dormir só? Você poderia dormir fora de casa? Você conseguiu?
() Sim () Não
6. Evitação Persistente de Ficar Só
Alguma vez você tem (teve) medo de ficar só (num quarto) mesmo sabendo que tem alguém em casa? (PARA ADOLESCENTES, SOZINHOS EM CASA). Às vezes você segue (seguia) () pela casa?
() Sim () Não
7. Pesadelos Repetidos de Separação
Às vezes você tem (teve) uma porção de sonhos ruins sobre ser separado de ()? ou que alguma coisa iria acontecer para () ou para você (DÊ EXEMPLOS). Isso aconteceu quantas vezes?
() Sim () Não

8. Queixas físicas ao Antecipar a Separação
Você tem, (já teve) muitas dores de estômago, de cabeça (etc.)? Isso acontece somente em dias de escola (OU OUTROS DIAS DE SEPARAÇÃO)? Quantas vezes?
() Sim () Não
9. Aflicção Excessiva, Disforia, Problema de Concentração quando Separado
Como você se sente (sentia) quando você não está (estava) com ()? Era mais difícil de se concentrar ou se divertir? Você tem (teve) que ligar para casa ou quis ir para casa?
() Sim () Não
10. Agarramento ou Seguimento
Você segue (seguia) () por todo canto onde ele/ela vai (ia)? Você fica (ficava) bem juntinho de () sem deixar ele/ela longe de sua vista?
() Sim () Não

INÍCIO: Quantos anos você tinha quando teve uma porção desses sintomas pela primeira vez?

FIM: Quantos anos você tinha quando teve uma porção desses sintomas pela última vez?

Ansiedade de Separação

Duração mínima = duas semanas

* Questionar diversas fases de vida*

	Passado	Presente	Início	Término	Comentários
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Mínimo de três dos sintomas 1 a 9 acima é codificado 3 (três) e devem ser duradouros.

Duração mínima de duas semanas. A instalação deve ser apropriada para o desenvolvimento (> 4 anos de idade – especificar quando for subclínico).

ATENÇÃO: SE PACIENTE APRESENTOU SINTOMAS NO PASSADO, PORÉM NÃO ATUAL, CODIFICAR “PASSADO”

☒ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

No. de sintomas passado: _____ No. sintomas Atual: _____

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 de metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 4 no geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 5 o tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FILHOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIDA FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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?)	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).
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>	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.

3. Explicação das diferentes visões 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?) <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>	0. Completamente convencido de que a crença não é real ou que ela é absurda. (Ex.: “minha mente está pregando peças em mim.”) 1. Bastante convencido de que as crenças não são reais. 2. Incerto sobre porque os outros não concordam – as crenças podem não ser reais <u>ou</u> então os outros estão errados. 3. Bastante convencido de que as crenças são verdadeiras; a visão dos outros é menos correta. 4. Completamente convencido de que as crenças são verdadeiras; a visão dos outros é incorreta.
4. Rigidez de idéias Se eu dissesse que suas crenças não são verdadeiras, qual seria sua reação? [Pausa] Eu poderia convencê-lo de que elas são erradas? <i>(Se necessário, dar um exemplo não confrontador)</i> <i>(Marque o escore tomando como base o quanto o paciente poderia ser convencido, não o quanto ele gostaria de ser convencido)</i>	0. Desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; não demonstra relutância em aceitar essa possibilidade. 1. Razoavelmente desejoso de considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; a relutância em aceitar essa possibilidade é mínima. 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. 3. Claramente relutante em considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas; a relutância é significativa. 4. Recusa-se totalmente a considerar a possibilidade de que as crenças poderiam ser falsas, isto é, as crenças estão rígidas.
5. Tentativa de refutar as idéias Com que frequência 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? <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>	0. Sempre envolvido em tentar refutar as crenças, ou não é necessário refutá-las porque as crenças não são verdadeiras. 1. Geralmente tenta refutar as crenças. 2. Algumas vezes tenta refutar as crenças. 3. Raramente tenta refutar as crenças. 4. Não faz tentativa alguma de refutar as crenças.

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? <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> <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>	0. As crenças certamente têm causa psiquiátrica/psicológica. 1. As crenças provavelmente têm causa psiquiátrica/psicológica. 2. As crenças possivelmente têm causa psiquiátrica/psicológica. 3. As crenças provavelmente não têm causa psiquiátrica/psicológica. 4. As crenças certamente não têm causa psiquiátrica/psicológica.
ESCORE TOTAL da BABS _____	= Soma das Questões de 1 a 6

(não incluir no Escore Total)

ITEM ADICIONAL

7. Idéias/Delírios de referência 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?) <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>	0. Não; os outros certamente não me dão uma atenção especial. 1. Os outros provavelmente não me dão uma atenção especial. 2. Os outros podem ou não me dar uma atenção especial. 3. Os outros provavelmente me dão uma atenção especial. 4. Os outros certamente me dão uma atenção especial.
---	--

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? _____	

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 para tiques motores e vocais, a pessoa recebeu diagnóstico de Transtorno de Tourette?	
() Sim () Não () Não sei	
Se SIM, quando? _____	Por quem? _____

TIQUES

HEREDOGRAMA

Legenda:

Sexo masculino	□
Sexo feminino	○
Sexo desconhecido	◇
Morto	∅
Casados	○—□ ou □—○
Separado	○—//—□ ou □—//—○
Natimorto	λ
Gêmeos monozigóticos	Gêmeos dizigóticos



Obs.: Hachurar (marcar) os afetados e fazer legenda
Apontar o entrevistado com uma seta (↑)

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**Episódio Hipomaníaco Atual****IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**☐ Ausente ☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A82					A104				
A83					A105				
A84					A106				
A85					A107				
A86					A108				
A87					A109				
A88					A110				
A89					A111				
A90					A112				
A91					A113				
A92					A114				
A93					A115				
A94					A116				
A95					A117				
A96					A118				
A97					A119				
A98					A120				
A99					A121				
A100					A122				
A101					A123				
A102					A124				
A103					A125				

Episódio Maníaco Passado**IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**☐ Presente ☐ Subclínico**Hipomaníaco Passado****IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS**☐ Ausente ☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente

	?	1	2	3		?	1	2	3
A126					A144				
A127					A145				
A128					A146				
A129					A147				
A130					A148				
A131					A149				
A132					A150				
A133					A151				
A134					A152				
A135					A153				
A136					A154				
A137					A155				
A138					A156				
A139					A157				
A140					A158				
A141					A159				
A142					A160				
A143					A161				
					A162				

Transtorno Distímico - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
A163					A175				
A164					A176				
A165					A177				
A166					A178				
A167					A179				
A168					A180				
A169					A181				
A170					A182				
A171					A183				
A172					A184				
A173					A185				
A174					A186				

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

Bipolares - IDADE DE INÍCIO:_____ ANOS

Transtornos de Humor

Tipo(s) de Transtorno de Humor:

☐ Unipolar ☐ Bipolar I ☐ Bipolar II ☐ Bipolar I

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)

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Extrema

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

Esquizofrenia - IDADE DE INÍCIO:_____ANOS

Transtorno Esquizofreniforme - IDADE DE INÍCIO:_____ANOS

Transtorno Esquizoafetivo - IDADE DE INÍCIO: _____ **ANOS**

[illegible]

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 ☐ PassadoP

Pânico sem Agorafobia ☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Pasado

Agorafobia sem Pânico ☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F1					F24				
F2					F25				
F3					F26				
F4					F27				
F5					F28				
F6					F29				
F7					F30				
F8					F31				
F9					F32				
F10					F33				
F11					F34				
F12					F35				
F13					F36				
F14					F37				
F15					F38				

F16					F39				
F17					F40				
F18					F41				
F19					F42				
F20					F43				
F21					F44				
F22					F45				
F23					F46				

Fobia Social-
IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

Fobia Específica
IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado ☐

Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F47					F66				
F48					F67				
F49					F68				
F50					F69				
F51					F70				
F52					F71				
F53					F72				
F54					F73				
F55					F74				
F56					F75				
F57					F76				
F58					F77				
F59					F78				
F60					F79				
F61					F80				
F62					F81				
F63					F82				
F64					F83				
F65					F84				

TOC - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
F85					F94				
F86					F95				
F87					F96				
F88					F97				
F89					F98				
F90					F99				
F91					F100				
F92					F101				
F93					F102				

ATENÇÃO: A SEGUIR, TODOS OS PACIENTES DEVEM RESPONDER AO “QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA”, QUE APRESENTA UMA LISTA DE POSSÍVEIS EVENTOS QUE PODEM ELICIAR UM TRAUMA.

QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DE TRAUMA

Green BL., Trauma History Questionary

A série de questões a seguir diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida.. Após a sua ocorrência, eles afetam a maneira pela qual as pessoas sentem, reagem e/ou pensam a respeito das coisas. O conhecimento sobre a ocorrência de tais eventos assim como a reação a eles vai nos auxiliar a desenvolver programas de prevenção, educação e outros serviços. O questionário é dividido em perguntas que abordam experiências relacionadas a crime, perguntas sobre desastre em geral e trauma e perguntas sobre experiências físicas e sexuais.

Para cada evento, por favor, indique se aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes e a sua idade aproximada na época. Além disso, diga a natureza da relação entre você e a pessoa envolvida e o tipo específico do evento, se for apropriado.

Eventos relacionados a crime

Em caso afirmativo

			Nº de vezes	Idade aproximada
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

Em caso afirmativo

			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 vezes	Idade aproximada
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?	Não	Sim	_____	_____
<u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.				
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?	Não	Sim	_____	_____
<u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.				
8. Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?	Não	Sim	_____	_____
9. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)?	Não	Sim	_____	_____
<u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.				
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)?	Não	Sim	_____	_____
<u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.				
11. Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto?	Não	Sim	_____	_____
<u>Se responder sim</u> , por favor, especificar quem.				

Desastre em geral e trauma**Em caso afirmativo****Nº de
vezes****Idade
aproximada**

12. Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo?

Se responder sim, por favor, especificar.

Não**Sim**

13. Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado?

Se responder sim, 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)?

Se responder sim, 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?

Se responder sim, 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?

Se responder sim, 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?

Se responder sim, 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

Tipo(s) de Transtorno Ansioso: _____

Idade de Início; _____

Condição Atual: ☐ Doente ☐ Remissão Parcial ☐ Remissão Total

Modo de Instalação: ☐ Agudo ☐ Insidioso

Tipo de Evolução: ☐ Crônica ☐ Episódica
☐ Com ☐ Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

Descrição dos Principais Sintomas:

Gravidade da Doença (no pior momento):

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Extrema

Somatização - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G1					G21				
G2					G22				
G3					G23				
G4					G24				
G5					G25				
G6					G26				
G7					G27				
G8					G28				
G9					G29				
G10					G30				
G11					G31				
G12					G32				
G13					G33				
G14					G34				
G15					G35				
G16					G36				
G17					G37				
G18					G38				
G19					G39				
G20					G40				

Transtorno Doloroso - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
G41					G44				
G42					G45				
G43									

T. S. Indiferenciado- IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS Hipocondria- IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado ☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
--	---	---	---	---	--	---	---	---	---

G46					G56				
G47					G57				
G48					G58				
G49					G59				
G50					G60				
G51					G61				
G52					G62				
G53					G63				
G54									
G55									

Transtornos Somatoformes

☐ Presente

☐ 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

Bulimia Nervosa

IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

☐ Presente ☐ Subclínico ☐ Ausente ☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
H1					H11				
H2					H12				
H3					H13				
H4					H14				
H5					H15				
H6					H16				
H7					H17				
H8					H18				
H9					H19				
H10					H20				
					H21				
					H22				

Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica - IDADE DE INÍCIO: _____ ANOS

☐ Presente

☐ Subclínico

☐ Ausente

☐ Passado

	?	1	2	3		?	1	2	3
H23					H31				
H24					H32				
H25					H33				
H26					H34				
H27					H35				
H28					H36				
H29					H37				
H30									

Transtornos Alimentares

☐ Presente

☐ Subclínico

☐ Ausente

☐ Passado

Tipo(s) de Transtorno Alimentar: _____

Idade de Início: _____

Condição Atual: ☐ Doente ☐ Remissão Parcial ☐ Remissão Total

Modo de Instalação: ☐ Agudo ☐ Insidioso

Tipo de Evolução: ☐ Crônica ☐ Episódica
☐ Com ☐ Sem Períodos de Remissão Total

Relação com os Sintomas Obsessivo-Compulsivos outros diagnósticos psiquiátricos (se houver):

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.

1. FREQÜÊNCIA DA NECESSIDADE/ IMPULSO Quão freqüentemente você sente a vontade irresistível de cutucar a sua pele?	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.
2. INTENSIDADE DOS IMPULSOS Quão forte e intensos são os impulsos de cutucar a sua pele?	0 = Mínima ou nenhuma 1 = Branda 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Extrema
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?.	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.

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?)	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.
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?	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.
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.)	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.
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?	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.
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?	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.

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. Sentir-se <i>distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ”?	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado?</i>	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

Questionário de Experiências Dissociativas

Peritraumáticas

- Versão Auto-Applicativa -

Adaptação transcultural para o português do PDEQ-SRV – Fiszman et al.

Instruções: Por favor, preencha os itens abaixo **marcando** a opção que melhor descreve **suas sensações** e reações durante o evento que você considera mais traumático em sua vida e/ou imediatamente após este acontecimento. Para cada item, marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você. Se o item não ocorreu, marque “Não”.

Houve momentos em que eu perdi a noção do que estava acontecendo – “Me deu um branco” ou “eu saí do ar” ou de alguma forma eu senti como se eu não fizesse parte do que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti que eu estava no “piloto automático” – Eu acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Minha noção do tempo mudou – as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

O que estava acontecendo parecia que não era real, como se eu estivesse num sonho ou assistindo um filme ou uma peça de teatro. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se estivesse assistindo a tudo o que estava acontecendo comigo pelo lado de fora, como um espectador, ou como se eu estivesse flutuando, vendo tudo de cima. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Houve momentos em que a noção que eu tinha do meu próprio corpo parecia distorcida ou modificada. Eu me senti desligado do meu corpo ou que meu corpo estava maior ou menor do que o habitual. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu senti como se as coisas que estavam acontecendo com outras pessoas estivessem acontecendo comigo – por exemplo, alguém foi preso, e eu senti que era eu quem estava sendo preso. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu fiquei surpreso por descobrir mais tarde que várias coisas que tinham acontecido naquela ocasião eu não havia percebido, principalmente coisas que eu normalmente teria notado. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti confuso, ou seja, houve momentos em que eu tive dificuldade para entender o que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

Eu me senti desorientado, ou seja, houve momentos em que eu me senti perdido no tempo e no espaço. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

