

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Beatriz Capparros Yoneyama

**ESTUDO COMPARATIVO SOBRE EFETIVIDADE
DE TRATAMENTOS PARA TRANSTORNO OBSESSIVO
COMPULSIVO:
Terapia Farmacológica isolada ou em associação com Terapia
Cognitivo Comportamental em Grupo?**

**Santa Maria, RS
2019**

Yoneyama, Beatriz Capparros
ESTUDO COMPARATIVO SOBRE EFETIVIDADE DE TRATAMENTOS
PARA TOC:Terapia Farmacológica isolada ou em associação
com Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo? / Beatriz
Capparros Yoneyama.- 2019.
49 p.; 30 cm

Orientador: Angelo Batista Miralha da Cunha
Coorientadora: Gabriela de Moraes Costa
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2019

1. Transtorno Obsessivo Compulsivo 2. Terapia
Cognitivo Comportamental em Grupo I. Batista Miralha da
Cunha, Angelo II. de Moraes Costa, Gabriela III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Beatriz Capparros Yoneyama

**ESTUDO COMPARATIVO SOBRE EFETIVIDADE DE TRATAMENTOS PARA
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO: Terapia Farmacológica isolada ou
em associação com Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração em Promoção e Tecnologia em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Batista Miralha da Cunha
Coorientadora: Prof. Me. Gabriela de Moraes Costa

Santa Maria, RS
2019

Beatriz Capparros Yoneyama

**ESTUDO COMPARATIVO SOBRE EFETIVIDADE DE TRATAMENTOS PARA
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO: Terapia Farmacológica isolada ou
em associação com Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração em Promoção e Tecnologia em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Aprovado em 17 de Janeiro de 2019:

Angelo Batista Miralha da Cunha, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Mirian Haubold Barbosa, Dra. (UFSM - externo)

Michele Rechia Fighera Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Akira e Lourdes.

À Kathy e Denise, amigas que me incentivaram a concluir esse mestrado.

À Nathália, Ilsiane, Luma, amigas que me auxiliaram com a coleta de dados.

Ao professor Ygor Ferrão por toda disposição em me ajudar com esse mestrado.

Ao professor Aristides Corioli, por ter me ensinado sobre TOC e TCCG.

Aos meus professores Angelo e Hilda, por todo carinho e dedicação com seus alunos.

RESUMO

ESTUDO COMPARATIVO SOBRE EFETIVIDADE DE TRATAMENTOS PARA TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO: Terapia Farmacológica isolada ou em associação com Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo?

AUTORA: Beatriz Capparros Yoneyama
ORIENTADOR: Angelo Batista Miralha da Cunha
COORDENADOR: Gabriela de Moraes Costa

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico que acomete cerca de 2,5% da população em geral e se caracteriza por pensamentos ou imagens intrusivos, irracionais, intermitentes e que abrangem quaisquer tipos de conteúdo, são as chamadas obsessões. Muitas vezes, esses pensamentos são seguidos de comportamentos que os aliviam transitoriamente e que envolvem atitudes ou movimentos, tais comportamentos são as compulsões. Estima-se que o TOC seja o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente, superado apenas pelas fobias, depressão e dependências químicas. O tratamento farmacológico é feito principalmente com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Além disso, a psicoterapia, em especial a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) com técnica de Exposição de Prevenção de Resposta (EPR) tem sido avaliada como efetiva. A Terapia Cognitiva Comportamental em Grupo utiliza a EPR associada a técnicas cognitivas e sua eficácia na redução dos sintomas do TOC foi comprovada recentemente em nosso meio. Apesar de esses tratamentos serem eficazes para a maioria dos pacientes com TOC, cerca de 20 a 40% dos pacientes não respondem aos tratamentos atuais, e outras estratégias terapêuticas são necessárias como, por exemplo, a estratégia de terapias combinadas. Ainda é alvo de estudo o quanto a TCC em grupo associado com o tratamento farmacológico é mais eficaz do que a terapia farmacológica isolada. O presente estudo é um estudo experimental aberto com o total de 17 pacientes com sintomas de TOC selecionados entre os pacientes psiquiátricos do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria. Para a pesquisa, foi criado dentro do Ambulatório de Psiquiatria, um ambulatório específico para TOC. Conforme a necessidade, os pacientes ingressaram nesse ambulatório para melhor acompanhamento. A seguir, aos pacientes com devida indicação clínica, foi oferecida a possibilidade da TCC em grupo, mantendo a terapia farmacológica individual. Aqueles que aceitaram

participar receberam 12 sessões de terapia em grupo, com um inicial de sete participantes. Ao final da terapia, cinco pacientes concluíram todas as sessões. Todos os pacientes avaliados com sintomas de TOC foram submetidos à escala Yale Brown Obsessive Compulsive Scale(YBOCS). Foi observado melhora dos sintomas obsessivos e compulsivos daqueles tanto que completaram integralmente as sessões de TCC em grupo quanto os que seguiram apenas com seguimento farmacológico. Naqueles pacientes que seguiram os dois tratamentos, houve melhora mais expressiva.No entanto, os pacientes que desistiram do acompanhamento psicoterápico, tiveram piora dos sintomas. Foi observado que os pacientes com comorbidade associada ao TOC tiveram pior desempenho na escala YBOCS.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Obsessão. Comportamento Compulsivo.Terapia Cognitiva Comportamental em Grupo.

ABSTRACT

COMPARATIVE STUDY ON THE EFFECTIVENESS OF TREATMENTS FOR OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER: Pharmacological Therapy alone or in association with Cognitive Behavioral Therapy in Group?

AUTHOR: Beatriz CapparrosYoneyama
ADVISOR: Angelo Batista Miralha da Cunha
CO-ADVISOR: Gabriela Moraes da Costa

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a psychiatric disorder that affects about 2.5% of the general population. It is characterized by intrusive, irrational, intermittent thoughts and images that include any kind of content, these are the obsessions. Often these thoughts are followed by behaviors that evade transiently these thoughts and involve attitudes or movements, such as behaviors, these are the compulsions. It is estimated that OCD is the fourth most frequent psychiatric disorder, surpassed only by phobias, depression and chemical dependencies. Pharmacological treatment is mainly done with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs). In addition, psychotherapy, especially Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Response Prevention Exposure (RPE) technique has been evaluated as effective. Cognitive Behavioral Therapy in Group uses RPE associated with cognitive techniques and its effectiveness in reducing the symptoms of OCD has been recently proven in our environment. Although these treatments are effective for most patients with OCD, about 20 to 40% of patients do not respond to current treatments, and other therapeutic strategies are required, such as the combined therapy strategy. It is still a matter of study how much group CBT associated with pharmacological treatment is more effective than isolated pharmacological therapy. The present study is an open experimental study with a total of 17 patients with OCD symptoms selected among psychiatric patients from the Psychiatric Outpatient Clinic of the Hospital Universitário de Santa Maria. For the research, it was created within the Ambulatory of Psychiatry, a specific outpatient clinic for OCD. As needed, the patients entered this clinic for better follow-up. Next, patients with clinical indication were offered the possibility of CBT in the group, maintaining individual pharmacological therapy. Those who agreed to participate received 12 group therapy sessions, with an initial of seven participants. At the end of therapy, five patients completed all sessions. All patients evaluated with OCD symptoms were submitted to the YBOCS scale. Improvement in obsessive and compulsive symptoms was observed in both those who completed the

group CBT sessions and those who only followed pharmacological follow-up. Those patients who followed the two treatments, there was a more expressive improvement. However, patients who gave up on psychotherapeutic follow-up had worse symptoms. It was observed that patients with OCD-associated comorbidity had worse performance on the YBOCS scale.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder. Obsessive Behavior. Compulsive Behavior. Cognitive Behavioral Group Therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos pacientes do grupo A	24
Tabela 2 – Perfil dos pacientes do grupo B	24
Tabela 3 – Perfil dos pacientes do Grupo C	25
Tabela 4 – Perfil dos pacientes do grupo D	25
Tabela 5 – Variação da YBOCS do grupo A	26
Tabela 6 – Variação da YBCOS do Grupo B	26
Tabela 7 – Variação da YBOCS do Grupo C	26
Tabela 8 – YBOCS do grupo D.....	26

LISTA DE SIGLAS

DSM– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

EPR– Exposição de Prevenção de Resposta

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

IRSN– Inibidor da Recaptação de Serotonina-Noradrenalina

ISRS– Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina

SNC – Sistema Nervoso Central

YBOCS – *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale*

TAB – Transtorno Afetivo Bipolar

TCC– Terapia Cognitivo Comportamental

TCCG– Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo

TCLE– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVOS	14
3.1. OBJETIVOS GERAIS	14
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1. TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO.....	15
4.2. TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA TOC.....	16
4.3. TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA TOC	16
5. MATERIAIS E MÉTODOS	17
5.1. DELINEAMENTO.....	17
5.2. POPULAÇÃO-ALVO.....	17
5.3. AMOSTRA.....	17
5.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO AMOSTRAL	17
5.5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	19
5.6. MONITORAMENTO.....	19
5.7. INTERVENÇÃO	20
5.8. DESFECHOS.....	20
5.8.1. Avaliação do desfecho primário	20
5.8.2. Desfechos secundários	21
5.9. ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
5.10. QUESTÕES ÉTICAS.....	21
6. RESULTADOS	23
6.1. RESULTADOS DESCRITIVOS.....	23
6.2. RESULTADOS ANALÍTICOS.....	25
7. DISCUSSÃO	28
7.1. TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO.....	29
7.2. COMORBIDADES	30
7.2.1. Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos	30
7.2.2. Transtorno Afetivo Bipolar	31
7.2.3. Deficiência Intelectual Moderada	32
7.2.4. Esquizofrenia	32
7.2.5. Transtorno do Estresse Pós-Trauma	33

7.3. AMBULATÓRIO DE TOC	33
7.4. TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO	34
7.5. LIMITAÇÕES	36
7.6. FUTUROS ESTUDOS E SEGUIMENTO.....	36
8. CONCLUSÃO.....	37
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
ANEXO II – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	44
ANEXO III – YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)	45

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é considerado um transtorno mental grave, altamente prevalente na população, que acomete indivíduos de forma precoce e, se não tratado, tende a ser crônico (CORDIOLI, 2014). Em geral, caracteriza-se por pensamentos ou imagens intrusivos, irracionais, intermitentes e que abrangem conteúdos diversos, ou seja, são as chamadas obsessões. Muitas vezes, esses pensamentos são seguidos de comportamentos que os aliviam transitoriamente e que podem envolver quaisquer tipos de atitude ou movimentos, sendo as chamadas compulsões (TORRES, 2001).

O tratamento farmacológico do TOC é baseado na utilização de medicamentos que atuam na Inibição na Recaptação de Serotonina (IRS) (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina e clomipramina), em doses máximas toleradas, por 10 a 12 semanas. Já o tratamento psicoterápico baseia-se na terapia cognitivo-comportamental (TCC), em especial na técnica de exposição com prevenção de resposta (EPR). Nessa técnica, o paciente é exposto aos estímulos ansiogênicos que costuma evitar e então é orientado a resistir ao máximo o ímpeto de realizar as compulsões. A Terapia Cognitiva em Grupo (TCCG) utiliza a EPR associadas a técnicas cognitivas e sua eficácia na redução dos sintomas do TOC foi comprovada recentemente em nosso meio com a pesquisa de Cordili et al.(2003). Eles obtiveram uma taxa de resposta de 69,6% no grupo tratado contra 4,2% no controle ($p < 0,001$). O número necessário de sessões varia, mas aproximadamente 13 a 20 sessões costumam ser necessárias para uma redução significativa dos sintomas (FRANZ et al., 2013). Esses tratamentos são eficazes para a maioria dos pacientes com TOC. Porém, uma quantidade significativa, cerca de 20 a 40%, de pacientes não respondem às terapias isoladas (FRANZ et al., 2013; MIGUEL et al., 2003).

2. JUSTIFICATIVA

O Transtorno Obsessivo Compulsivo causa marcante sofrimento nos indivíduos acometidos. Isso é percebido, pois é comum que os indivíduos evitem pessoas, lugares e coisas que desencadeiam obsessões e compulsões. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014) traz como exemplo aqueles com preocupação com contaminação. Esses podem evitar situações públicas (por exemplo, restaurantes e banheiros públicos) para reduzir a exposição aos contaminantes temidos ou aqueles com pensamentos intrusivos sobre causar danos que podem evitar interações sociais.

Apesar de o TOC ser um transtorno bem estudado, vários aspectos ainda não foram abordados em sua psicopatologia ou em seu tratamento. A Terapia Cognitivo Comportamento em Grupo (TCCG) e os fármacos que atuam na Inibição Seletiva de Recaptação de Serotonina apresentam eficácia comprovada em reduzir os sintomas do Transtorno Obsessivo Compulsivo. No entanto, uma quantidade significativa dos pacientes não responde aos tratamentos atuais, e outras estratégias terapêuticas são necessárias (FRANZ et al., 2013; MIGUEL et al., 2003), como por exemplo, a estratégia de terapias combinadas. Ainda é questão em aberto e há carência de estudos que mostrem a eficácia das duas terapias combinadas.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS

1) Criar no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), um ambulatório específico para o tratamento de TOC.

2) Comparar a eficácia dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) em monoterapia e com a terapia combinada de ISRS e TCCG.

3) Implementar a Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG) no ambulatório de Psiquiatria do HUSM.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Analisar as possíveis respostas em cada paciente da TCCG associados à terapia farmacológica individual dos pacientes participantes do ambulatório de TOC do HUSM.

2) Realizar a análise descritiva sobre a população de pacientes com TOC atendidos no HUSM entre o período de Abril de 2017 até Dezembro de 2017.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é constituído por um componente cognitivo (obsessões), o qual consiste de pensamentos invasivos e intermitentes, desconfortáveis com vários temas em seu conteúdo, sendo os mais comuns de contaminação e de simetria/arrumação, e por um componente comportamental (compulsões), que são comportamentos repetitivos que servem para “aliviar” a ansiedade ou eliminar as obsessões (LECKMAN et al., 2010; PHILLIPS et al., 2010). Afeta cerca de 2,5% da população mundial (HEYMAN et al., 2003; TORRES et al., 2006) e se manifesta independentemente de sexo, raça, nível de inteligência, estado civil, nível socioeconômico, religião e nacionalidade (FONTENELLE et al., 2004). Estima-se que o TOC seja o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente, superado apenas pelas fobias, depressão e dependências químicas (SASSON et al., 1997).

A expressão clínica do TOC é complexa (MIGUEL et al., 1997) e tem sido o foco de diversos estudos de grupos de pesquisa brasileiros que encabeçam essa proposta. Por exemplo, vários estudos sugerem que o TOC é um transtorno heterogêneo com diversos subtipos baseados no gênero (FONTENELLE; MARQUES; VERSIANI, 2002), na idade de início (ROSARIO-CAMPOS et al., 2001), na presença de certos tipos de sintomas obsessivo-compulsivos (ROSARIO-CAMPOS et al., 2006), na presença de tiques (MIGUEL et al., 2003), de transtornos de controle dos impulsos (FERRAO; MIGUEL; STEIN, 2009; LOVATO et al., 2012) e da resistência ao tratamento (FERRÃO et al., 2006; SHAVITT et al., 2007). Destarte, o TOC não parece englobar uma única patologia, mas uma gama de transtornos com características diversas. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição (DSM 5) aceitou essa realidade e organizou o capítulo de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo, onde estão classificados o TOC, a Tricotilomania (mania de arrancar cabelos) a Escoriação neurótica, o transtorno Dismórfico Corporal e a Transtorno de Acumulação. A diversidade de apresentações psicopatológicas do TOC e dos transtornos associados a ele repercute na abordagem terapêutica e nas taxas de resposta aos tratamentos disponíveis (APA, 2014).

Para o diagnóstico de TOC pelo DSM-5, é necessário:

Critério A) Presença de obsessões, compulsões ou ambas.

Critério B) As obsessões ou compulsões consomem tempo (por ex. mais de uma hora por dia) ou causam desconforto clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

Critério C) Os sintomas obsessivo-compulsivos não podem ser atribuídos ao efeito fisiológico direto de uma substância ou a outra condição médica

Critério D) A perturbação não é melhor explicada pelos sintomas de algum outro transtorno mental.

4.2. TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA TOC

O tratamento farmacológico do TOC é baseado na utilização de fármacos Inibidores Seletivos na Recaptação de Serotonina (ISRS) (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina) e também em alguns tricíclicos (como a clomipramina), em doses máximas toleradas. Algumas vezes pode-se usar potencializadores, como benzodiazepínicos ou antipsicóticos atípicos (CORDIOLI et al., 2014).

4.3. TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA TOC

O tratamento psicoterápico baseia-se na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), em especial na técnica de exposição com prevenção de resposta (EPR). Nesta técnica, o paciente é exposto aos estímulos ansiogênicos que costuma evitar e então é orientado a resistir ao máximo o ímpeto de realizar as compulsões. A Terapia Cognitiva em Grupo utiliza a EPR associadas a técnicas cognitivas e sua eficácia na redução dos sintomas do TOC foi comprovada recentemente em nosso meio. Cordioli et al.(2003)obteve uma taxa de resposta de 69,6% no grupo tratado contra 4,2% no controle($p < 0,001$). O número necessário de sessões varia, mas no

mínimo 13 a 20 sessões costumam ser necessárias para uma redução significativa dos sintomas (CORDIOLI et al., 2003).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. DELINEAMENTO

Trata-se de um ensaio clínico randomizado paralelo, aberto e com dois braços. Um dos braços estudou o grupo que apenas recebeu tratamento farmacológico. O outro braço corresponde ao grupo que recebeu o tratamento farmacológico e a TCCG.

5.2. POPULAÇÃO-ALVO

Foram recrutados pacientes com sintomas de TOC no Ambulatório de Psiquiatria do HUSM.

5.3. AMOSTRA

Trata-se de um estudo inédito no HUSM e foi necessário criar um ambulatório específico dentro do Ambulatório de Psiquiatria Geral, o que restringiu a quantidade de participantes da pesquisa. Foi realizado cálculo estatístico, baseado no estudo de Souza (2005) denominado “Terapia cognitivo comportamental em grupo e sertralina no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo”. Considerando o erro inicial de 3,0 e o $n = \left[\frac{(z\alpha/2)\delta e 0}{\epsilon} \right]^2$, foi verificado um valor de 10,42 indivíduos para o ambulatório de TOC.

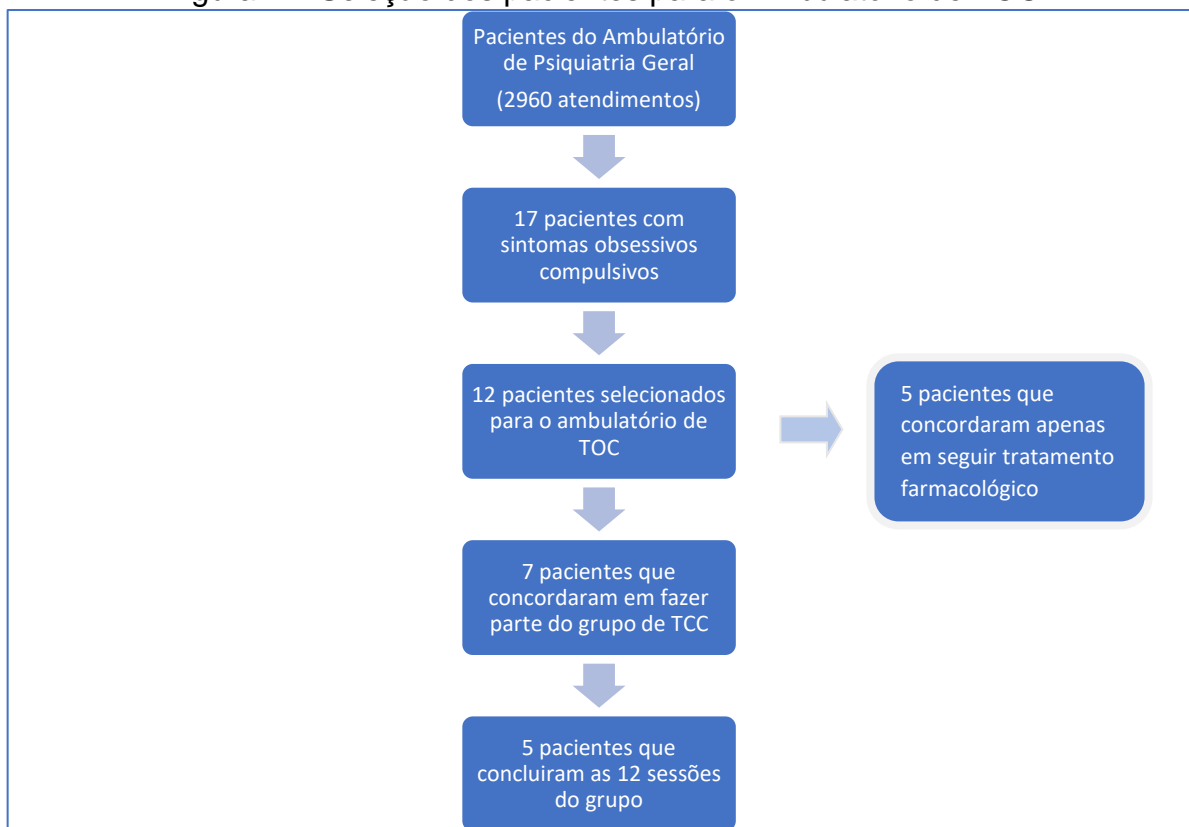
5.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO AMOSTRAL

Os pacientes foram selecionados por meio de revisão de prontuários dos pacientes do Ambulatório de Psiquiatria Geral. O diagnóstico de TOC foi dado pelo médico assistente e registrado no prontuário, levando-se em consideração os critérios do DSM (APA, 2014).

Para o projeto, foi criado um ambulatório específico para TOC no Ambulatório de Psiquiatria Geral do Hospital Universitário Santa Maria. Além de proporcionar a execução dessa pesquisa, o Ambulatório de TOC é um serviço de atendimento terciário para a população e de ensino para o HUSM.

A revisão dos prontuários foi feita no período de Maio a Julho de 2017. Conforme o Serviço de Estatística do HUSM, nesse período foram feitos 2960 atendimentos totais no Serviço de Psiquiatria. A partir disso, foram selecionados pacientes com diagnóstico de TOC e encaminhados para a formação do ambulatório específico. Ao longo desse período, foi possível selecionar 17 pacientes com sintomatologia para TOC, dos quais 12 foram encaminhados para o ambulatório de TOC.

Figura 1 – Seleção dos pacientes para o Ambulatório de TOC.



Os pacientes foram, portanto, divididos em grupos:

Grupo A: Pacientes que foram selecionados e concluíram a TCCG.

Grupo B: Pacientes que desistiram da TCCG.

Grupo C: Pacientes que permaneceram no Ambulatório de TOC, mas não fizeram TCCG.

Grupo D: Pacientes com sintomas obsessivos-compulsivos, mas não foram incluídos no ambulatório de TOC.

5.5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para participar do estudo, foram recrutados 17 pacientes que foram acompanhados no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria com sintomas obsessivos-compulsivos. Entre esses, 12 foram selecionados pelos critérios de inclusão para participar do Ambulatório específico de TOC. Os pacientes foram, então, alocados aleatoriamente por ordem de atendimento ao serviço. Ou seja, eles foram numerados pela ordem da data do primeiro atendimento e alocados por sorteio simples em um dos grupos (encaminhados para TCCG ou apenas seguindo tratamento farmacológico). Eles deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão:

- (1) ter o diagnóstico de TOC pelo médico assistente, segundo os critérios do DSM 5
- (2) ter um escore mínimo na Escala de 8 para a presença de obsessões e compulsões; 5 para a presença de apenas obsessões ou compulsões
- (3) Idade entre 18 a 65 anos
- (4) Ser alfabetizado

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão para participar do Ambulatório de TOC: ser portador de transtorno de Tourette; depressão maior ou moderada; transtorno afetivo bipolar; transtorno psicótico, abuso ou dependência de substâncias; transtornos de personalidade graves (esquizóide, esquizotípico, narcisista, borderline, antissocial); doença cerebral orgânica, história de intolerância aos ISRS.

5.6. MONITORAMENTO

Os pacientes foram monitorados primariamente através da escala Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS). Esse é um instrumento vastamente utilizado

para avaliação da intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos (GOODMAN et al., 1989).

A YBOCS (ANEXO III) é dividida em duas subescalas separadas para obsessões e compulsões. Cada subescala contém cinco itens com escores de 0 a 4, que avaliam o tempo ocupado pelos sintomas, interferência, sofrimento associado, resistência e grau de controle dos sintomas. O escore máximo é 40, o que corresponde a sintomas extremamente graves. Escores de 16 ou mais indicam um nível que pode ser considerado doença (TOC clínico). Sintomas abaixo desse nível são considerados leves ou subclínicos, e um escore total menor que 8 representa ausência de sintomas, sendo pontuado eventualmente por pessoas sem TOC (CORDIOLI, 2014).

5.7. INTERVENÇÃO

A intervenção foi realizada no serviço de psiquiatria do HUSM em uma sala para atendimento em grupo, em que havia cadeiras para acomodar os pacientes e o terapeuta. As sessões duravam duas horas, uma vez por semana, às quintas-feiras, no período de 31/08/2017 até o dia 07/12/2017, completando 12 sessões. O esquema farmacológico foi prescrito e acompanhado pelo psiquiatra assistente conforme cada caso individual. Os participantes mantiveram acompanhamento com seu psiquiatra assistente, com suas medicações individuais prescritas.

O protocolo de intervenção utilizado foi baseado no Manual de Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo para Transtorno Obsessivo Compulsivo, de autoria do professor Aristides Volpato Cordioli. Tal manual contempla 12 sessões com grupos entre 5 até 10 pacientes (CORDIOLI; 2014). A autorização para tal uso nesta pesquisa foi aprovada em Junho de 2017.

5.8. DESFECHOS

5.8.1. Avaliação do desfecho primário

O desfecho primário foi caracterizado através da análise do desempenho dos pacientes na escala YBOCS.

5.8.2. Desfechos secundários

Como desfecho secundário, houve a criação de um Ambulatório de TOC no HUSM. Também foi inédita a realização de Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo.

5.9. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o processamento de confecção do banco de dados utilizou-se o Microsoft Office Excel. Na análise estatística utilizou-se o teste estatístico não-paramétrico de Wilcoxon, com nível de significância de 5%.

5.10. QUESTÕES ÉTICAS

Esse trabalho foi submetido à Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM e ao Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde. Após, foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria aprovado em 20/07/2017 sob CAAE: 69722617.2.0000.5346. O início da coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFSM e após os indivíduos assinarem o TCLE (ANEXO I). Os pacientes foram orientados quanto ao método de intervenção, objetivos do trabalho e possíveis efeitos colaterais e, então, assinaram o TCLE. Também foram apresentados ao Termo de Confidencialidade (ANEXO II), no qual foi garantido o anonimato dos participantes bem como o armazenamento dos dados por um período de 5 anos.

A Terapia em Grupo não está relacionada a efeitos colaterais graves. No entanto, em caso de algum para efeito desconhecido ou que exigisse pronto atendimento (como uma crise de pânico causada pela exposição a fatores

estressantes durante a terapia), os pacientes seriam conduzidos pelo médico que acompanhava o procedimento até o Pronto Socorro do HUSM.

Os participantes da pesquisa foram submetidos a questionários durante as entrevistas que poderiam ser particularmente perturbadores, por poderem estimular desconforto pelos sintomas da doença. No entanto, esses pacientes com TOC já realizam tratamento tradicional e ainda mantinham os sintomas de sua doença.

Adicionalmente, o presente protocolo de pesquisa foi realizado dentro do Hospital Universitário de Santa Maria, onde há Pronto Socorro Clínico e equipe clínica de plantão 24 horas por dia de modo que a ocorrência de eventos nocivos hipotéticos poderia ser prontamente controlada pela equipe emergencista.

Salienta-se ainda que o estudo de novas intervenções e associações terapêuticas em um ambiente controlado de pesquisa mostra-se um cenário aconselhável e necessário para o progresso de novos tratamentos. As questões de cunho ético são imprescindíveis para a prática adequada da pesquisa clínica de modo que acompanharão como tem acompanhado através da história, a boa prática e o avanço da ciência.

6. RESULTADOS

6.1. RESULTADOS DESCRITIVOS

Conforme dados do serviço de Estatística do HUSM, entre Maio e Julho de 2017, foram realizados 2.960 atendimentos em Psiquiatra. Desses atendimentos, foi realizada triagem para pacientes com sintomas obsessivos-compulsivos. Foram identificados 17 pacientes com sintomas. Dos quais, 6 pacientes foram excluídos do ambulatório de TOC pois apresentavam comorbidades psiquiátricas importantes ou tinham idade excludente para a pesquisa. Os 12 pacientes restantes foram encaminhados para o recém-criado Ambulatório de TOC. Dentre esses, por sua vez, 7 pacientes iniciaram a TCCG e 5 concluíram as sessões. Para melhor organizar os grupos, os pacientes foram divididos em :

Grupo A: Pacientes que foram selecionados e concluíram a TCCG(5 participantes)

Grupo B: Pacientes que desistiram da TCCG (2 participantes)

Grupo C: Pacientes que permaneceram no Ambulatório de TOC, mas não fizeram TCCG (4 participantes)

Grupo D: Pacientes com sintomas obsessivos-compulsivos, mas não foram incluídos no ambulatório de TOC (6 participantes)

As médias de idade de cada grupo foram: Grupo A: 36,8 anos; Grupo B: 43,5 anos; Grupo C:48,75 anos; Grupo D: 42,6 anos. As tabelas abaixo mostram as demais características demográficas obtidas desses pacientes conforme o grupo.

Em relação ao perfil geral dos pacientes triados (Tabelas 1-4), verificou-se que a maioria é do sexo feminino, solteira e afastada do trabalho. Quanto aos pacientes do grupo D, foram identificados os seguintes critérios que os excluía da participação do Ambulatório específico de TOC: Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos, Transtorno Afetivo Bipolar, Deficiência Intelectual Moderada, Esquizofrenia, Transtorno de Estresse Pós-Trauma e ser menor de idade. Esses fizeram apenas uma escala YBOCS como triagem e foram reencaminhados para os ambulatórios específicos conforme sua comorbidade mais proeminente.

Tabela 1–Perfil dos pacientes do grupo A

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	4	80
Masculino	1	20
Situação Conjugal		
Casado/União	2	40
Estável	3	60
Solteiro	3	60
Viúvo	0	0
Ocupação		
Trabalha	3	60
Estudante	1	20
Afastado do trabalho	1	20

Tabela 2 – Perfil dos pacientes do grupo B

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	2	100
Masculino	0	0
Situação Conjugal		
Casado/União	1	50
Estável	1	50
Solteiro	1	50
Viúvo	0	0
Ocupação		
Trabalha	1	50
Estudante	0	0
Afastado do trabalho	1	50

Tabela 3 – Perfil dos pacientes do Grupo C

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	3	75
Masculino	1	25
Situação Conjugal		
Casado/União	3	75
Estável	1	25
Solteiro	1	25
Viúvo	0	0
Ocupação		
Trabalha	1	25
Estudante	1	25
Afastado do trabalho	2	50

Tabela 4 – Perfil dos pacientes do grupo D

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	2	33,33
Masculino	4	66,66
Situação Conjugal		
Casado/União	2	33,33
Estável	1	16,66
Solteiro	4	66,66
Viúvo	0	0
Ocupação		
Trabalha	1	16,66
Estudante	1	16,66
Afastado do trabalho	4	66,66

6.2. RESULTADOS ANALÍTICOS

As tabelas 5-7 abaixo mostram os resultados das escalas dos pacientes conforme o grupo e a diferença em porcentagem de aumento ou redução da YBOCS da inicial para a final. A aplicação da YBOCS inicial foi logo no primeiro dia de grupo e YBOCS foi reaplicada no último dia de grupo, após completas as 12 sessões. A tabela 8 evidencia o resultado da YBOCS do grupo D que apenas fez uma escala como triagem.

Tabela 5 – Variação da YBOCS do grupo A

Paciente Grupo A	YBOCS Obsessão 1	YBOCS Compulsão 1	YBOCS Total 1	YBOCS Obsessão 2	YBOCS Compulsão 2	YBOCS Total 2	Alteração YBOCS
A1	08	13	21	06	12	18	-14,29%
A2	08	05	13	04	05	09	-30,77%
A3	16	14	30	11	13	24	-20%
A4	13	14	27	13	10	23	-14,82%
A5	07	11	18	07	08	15	-16,67%

Tabela 6 – Variação da YBCOS do Grupo B

Paciente Grupo B	YBOCS Obsessão 1	YBOCS Compulsão 1	YBOCS total 1	YBOCS Obsessão 2	YBOCS Compulsão 2	YBOCS total 2	Alteração YBOCS
B1	0	14	14	0	16	16	+14,28%
B2	12	10	22	11	13	24	+9,09%

Tabela 7 – Variação da YBOCS do Grupo C

Paciente Grupo C	YBOCS Obsessão 1	YBOCS Compulsão 1	YBOCS total 1	YBOCS Obsessão 2	YBOCS Compulsão 2	YBOCS total 2	Alteração YBOCS
C1	14	10	24	09	14	23	-4,17%
C2	17	18	35	11	13	24	-31,43%
C3	06	12	18	06	11	17	-5,56%
C4	15	15	30	09	10	19	-36,67%

Tabela 8 – YBOCS do grupo D

Paciente Grupo D	YBOCS Obsessão	YBOCS Compulsão	YBOCS total
D1	16	16	32
D2	13	11	24
D3	18	18	36
D4	14	14	28
D5	14	13	27
D6	14	15	29

Para investigar o efeito da TCCG em pacientes com TOC foi utilizado o teste estatístico não-paramétrico de Wilcoxon. No entanto, para os pacientes do ambulatório de TOC que participaram do grupo de TCC (Grupo A) observou-se que o efeito da terapia não alterou significativamente a obsessão (p-valor = 0.09072) e nem a compulsão (p-valor = 0.3352), ao nível de significância de 5%.

Na pesquisa, estudaram-se também pacientes que iniciaram a terapia, porém desistiram (Grupo B). Nesse caso, usando o teste estatístico não-paramétrico de Wilcoxon, não se rejeitou a hipótese nula ao nível de significância de 5%, ou seja, pôde-se notar que para a compulsão não houve alteração comportamental (p-valor = 0,8333). Analogamente à compulsão, a obsessão também não sofreu alteração (p-valor = 0,7929) considerando coeficiente de confiabilidade de 95%.

Para os pacientes que foram encaminhados ao ambulatório de TOC e não fizeram TCCG (Grupo C), os resultados foram semelhantes aos demais grupos, pois, apenas o tratamento farmacológico não foi significativo tanto para a compulsão (p-valor = 0,7333) quanto para a obsessão (p-valor = 0,1333), ao nível de significância de 5%, verificado pelo uso do teste estatístico não-paramétrico de Wilcoxon.

7. DISCUSSÃO

Este trabalho representa a criação de um ambulatório específico para TOC no HUSM. Também marca a primeira vez em que foi realizada TCCG no serviço de Psiquiatria do presente serviço.

Foi avaliado que a diferença estatística entre os grupos A (submetidos a TCCG) e o grupo C (fez apenas tratamento farmacológico) não foi significativa, o que é justificado pelo baixo n da amostra. No entanto, todos os pacientes que se submeteram e concluíram às sessões da TCCG tiveram melhora relevante dos sintomas de TOC observados na escala YBOCS, evidenciados pela redução da pontuação da escala. Foi também expressiva a troca de experiências, compartilhamento de sentimentos e apoio que os pacientes experimentaram durante as sessões. Além disso, foi uma oportunidade de orientação para familiares e para os próprios pacientes sobre a doença.

Os pacientes que apenas usaram tratamento farmacológico (grupo C) também tiveram melhora dos sintomas, avaliados pela redução na YBOCS. No entanto, a melhora mínima observada para este grupo foi de 4,17%, enquanto a melhora mínima observada no grupo A foi de 14,29%.

O grupo que iniciou a TCCG, mas desistiu de seguir tratamento apresentou piora franca dos sintomas (Grupo B). Isso pode ser explicado por características individuais desses participantes e pela literatura do assunto. Conforme Cordioli(2014), aproximadamente 30% dos pacientes não respondem qualquer forma de terapia. Ainda conforme o autor, aproximadamente 25% dos pacientes se recusa a fazer a TCC ou abandonam prematuramente. As causas do abandono são diversas, podendo ser desde questões do terapeuta como a falha em criação de vínculo ou não tolerabilidade dos pacientes em se submeter a exercícios ansiogênicos durante as sessões(CORDIOLI, 2014). Em nosso meio, soube-se que um dos pacientes desistiu das sessões pois passou por um período de luto e o outro desistente passou por conflitos no trabalho. Esses fatores externos podem ter piorado sua doença de base e comprometido sua adesão ao tratamento.

Analisando o grupo que não foi selecionado para o ambulatório de TOC (Grupo D), percebeu-se comorbidades graves como Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar. Tais transtornos foram critérios de exclusão para participar do TCCG. Conforme a literatura, essas comorbidades poderiam influenciar no bom funcionamento da dinâmica de grupo e precisam de cuidados mais específicos(SOUZA, 2005). Por isso, esses pacientes foram excluídos do ambulatório de TOC e remanejados para o ambulatório específico de cada doença comórbida.

A presença de comorbidades entre TOC é comum, um estudo entrevistou um total 25.180 indivíduos na comunidade e encontrou 444 indivíduos com TOC, sendo que 35,7% apresentavam pelo menos uma comorbidade ao longo da vida (MOHAMMADI; GHANIZADEH; MOINI, 2007). Outros autores inferem que 50% ou mais dos pacientes com TOC apresentam comorbidades que podem interferir no tratamento (CORDIOLI, 2014). Além disso, foi observado que os escores da YBOCS são muito maiores do que dos outros grupos (YBOCS entre 24-32). Esse último fato é explicado pois características das comorbidades podem influenciar na escala YBOCS. Por exemplo, a lentificação observada em depressão pode aumentar o tempo de realização de rituais (TORRES, 2001).

Durante as sessões, foram relatados alguns sintomas mínimos de ansiedade, quando foram abordados temas mais angustiantes, como exemplificar suas obsessões e impedir que se fizessem as compulsões. Não houve nenhum quadro de urgência ou emergência como precipitação de crise de pânico.

7.1. TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Como já foi exposto, o TOC é uma doença crônica, com prevalência internacional de aproximadamente 1,1%-1,8% conforme do DSM-5 (APA, 2014). Como é comum que os sintomas acompanhem o indivíduo ao longo da vida(CORDIOLI, 2014) é fundamental oferecer a esses pacientes novas formas de lidar com seus sintomas, além de permitir a psicoeducação de familiares e amigos.

A redução dos valores da escala YBOCS evidenciou uma melhora relevante dos pacientes que se submeteram às 12 sessões da TCCG. Comparativamente, a

melhora mínima dos pacientes que se submeteram ao tratamento psicoterápico foi de 14,29% de redução da YBOCS contra 4,17% de redução do grupo que não fez a terapia em grupo.

O presente estudo está de acordo com recente estudo publicado em nosso meio. Souza (2005) realizou um estudo comparativo com uso da Sertralina e TCCG em grupo, evidenciando redução média de sintomas de 43% dos sintomas para os pacientes que associaram TCCG em grupo com o uso da medicação, enquanto os pacientes apenas em farmacoterapia tiveram redução de 23% dos sintomas.

O grupo também serviu como apoio e troca de experiências dos pacientes, para que possam enfrentar melhor os sintomas de TOC.

7.2. COMORBIDADES

As comorbidades verificadas neste estudo foram Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos, Transtorno Afetivo Bipolar, Deficiência Intelectual Moderada, Esquizofrenia, Transtorno de Estresse pós Trauma.

Devido a características desses outros transtornos, os pacientes foram alocados em seus ambulatórios específicos para melhor acompanhamento e também para não prejudicar a dinâmica do grupo formado para a TCCG.

7.2.1. Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos

Um Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos é descrito pelo CID-10 como rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associados em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Além disso, existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e são frequentes ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. Além dessas alterações de humor, o paciente apresenta nesse transtorno alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de gravidade tal que todas as atividades sociais normais se tornam impossíveis

A depressão é a comorbidade mais comum no TOC. As taxas entre os estudos são muito variadas entre aproximadamente 44% e 67,2%. A comorbidade pode estar relacionada à própria psicopatologia do transtorno, ser secundária a ele ou ser independente. No TOC, é muito comum a depressão associada a obsessões indesejáveis de conteúdo agressivo, sexual ou blasfemo. Na prática, quando os sintomas depressivos são consequência do TOC, a melhora dos sintomas obsessivos-compulsivos acompanha a melhora do humor (CORDIOLI, 2014).

7.2.2. Transtorno Afetivo Bipolar

O CID-10 caracteriza o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) como um transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que esse distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

Em relação ao TOC, foi verificado que é uma comorbidade muito frequente. Em estudo realizado em 2011 (DARBY; AGIUS; ZAMAN, 2011), os autores demonstraram que 16% dos pacientes com diagnóstico de TOC apresentavam Transtorno Afetivo Bipolar. Alguns sintomas em comum podem confundir o diagnóstico. Um exemplo são as compras compulsivas, no paciente com TAB as compras são acompanhadas de humor elevado, fuga de ideias e grandiosidade, enquanto no TOC a compulsão por comprar vem acompanhada por ansiedade e medo, além de, em geral, acompanhar compulsão por acumular e dificuldade de descarte.

A comorbidade de TOC e TAB representa pior prognóstico e também tem implicações clínicas importantes como risco de virada maníaca com o uso de antiobsessivos e pior adesão aos exercícios de EPR.

7.2.3. Deficiência Intelectual Moderada

O DSM-5 caracteriza essa condição como um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quando adaptativos nos domínios conceitual, social e prático. Na especificação Moderada, as habilidades conceituais individuais ficam bastante atrás da dos companheiros, há também diferenças marcadas em relação aos pares no comportamento social e na comunicação durante o desenvolvimento. É possível que o indivíduo alcance autonomia para fazer suas necessidades pessoais como se vestir e se alimentar, ainda que seja necessário um período prolongado de ensino (APA, 2014).

As deficiências intelectuais podem ter as mais variadas causas. No caso da Síndrome de Down, por exemplo, que pode cursar com Deficiência Intelectual Moderada, existe uma prevalência relativamente alta de TOC, quase o dobro da que se tem sido descrita na população em geral. Entre os indivíduos com SD e TOC são comuns a lentidão obsessiva, a necessidade de exatidão e compulsões de ordenamento/organização (CHARLOT; FOX; FRIEDLANDER, 2002).

7.2.4. Esquizofrenia

A doença é caracterizada pelo DSM-V como a presença de delírios, alucinações, discurso desorganizado – necessariamente deve ter um desses critérios –, além de comportamento grosseiramente desorganizado e catatônico ou sintomas negativos. É importante que sinais contínuos de perturbação persistam durante, pelo menos seis meses (APA, 2014).

A presença de sintomas OC é comum em pacientes esquizofrênicos e foi descrito em 8 – 25% dos casos. Está associado a sintomas psicóticos mais graves, pior prognóstico, nível de funcionamento geral menor e, aparentemente, uma resistência maior ao tratamento (POYUROVSKY; BERGMAN; WEIZMAN, 2006).

É importante nessa situação, investigar se os sintomas OC não estão relacionados ao uso de antipsicóticos como a risperidona e clozapina. Existem diversos relatos descrevendo tal ocorrência, mas o papel do medicamento no

aparecimento dos sintomas permanece não esclarecido(MUKHOPADHAYA et al., 2009).

7.2.5. Transtorno do Estresse Pós-Trauma

De forma concisa, o DSM-5 traz como critérios para essa condição, a exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão ou violência, além de sintomas intrusivos angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático. Também são critérios presença de sonhos angustiantes, reações dissociativas, sofrimento psicológico intenso. Ocorre também evitação persistente de estímulos que associados ao evento traumático. Além de alteração negativa de humor e na cognição.

Pesquisas recentes sugeriram que o TOC e o TEPT são, de fato, dois distúrbios no mesmo contínuo(GERSHUNY et al., 2003). Por essa polêmica nos estudos e carência de maior evidência científica sobre o caso, foi optado por excluir esse paciente do Ambulatório de TOC e mantê-la no Ambulatório do TEPT.

7.3. AMBULATÓRIO DE TOC

Como já foi exposto, estima-se que o TOC seja a quarta doença psiquiátrica mais frequente. Além disso, é uma doença de apresentação heterogênea, crônica e, muitas vezes, não há remissão completa dos sintomas. Por isso, o tratamento adequado para esses pacientes é difícil e complexo. Assim, é necessária a existência de um serviço especializado para atender esses pacientes.

Foi criando um ambulatório específico de TOC dentro do Ambulatório de Psiquiatria Geral do HUSM. Tornou-se estágio obrigatório para os residentes do 3º ano de Psiquiatria. Além de ser fonte de ensino para a residência e graduação, também é uma base para pesquisa sobre o assunto e ainda oferece atendimento especializado à população.

No Brasil, existem alguns exemplos de ambulatórios específicos para esse transtorno, em geral em capitais brasileiras. É o caso do Ambulatório de TOC e Tourette da UNIFESP, em São Paulo – SP. Este ambulatório apresenta uma

parceria com a ASTOC (Associação Brasileira da Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo-Compulsivo), entidade sem fins lucrativos, criada em 1996, com o objetivo de dividir experiências, divulgar o conhecimento e incentivar as pesquisas para a descoberta de novos medicamentos e tratamentos cada vez mais eficazes e seguros(LUCA; CARVALHO, 1996).

Outra capital brasileira com serviços específicos de TOC é Porto Alegre – RS. Dentre elas, destacam-se o Hospital de Clínicas de Porto Alegre com o PROTAN (Programa de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade), o Ambulatório de Transtornos de Ansiedade da PUC vinculado ao Hospital de São Lucas e o Programa de Atendimento de Transtornos Obsessivo-Compulsivos do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Em 2015, também em Porto Alegre, foi iniciado a Rede de Pesquisa em Transtornos do Espectro Obsessivo Compulsivo (ReTOC). O objetivo geral dessa rede é desenvolver projetos de pesquisa e de tratamento de forma sistemática na área dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (TOC), de maneira colaborativa entre centros de excelência em diferentes regiões do Rio Grande do Sul. O presente estudo e o ambulatório criado no HUSM serão vinculados ao ReTOC.

7.4. TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO

O presente estudo proporcionou a primeira experiência para o serviço de Psiquiatria do HUSM de Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo. Essa modalidade de terapia está sendo cada vez mais utilizada no tratamento de vários transtornos psiquiátricos em razão da sua confirmada eficácia, baixo custo e possibilitar acesso a um número maior de pacientes(BROFMAN, 2008).

Os fatores terapêuticos já observados em terapias de grupo são diversos. Foram também presenciados durante essa experiência de TCCG e auxiliaram na melhora dos nossos pacientes. Primeiramente, há instalação de esperança de melhora e sentimento de universalidade, pois a descoberta de que de que os problemas e fantasias assustadoras e inaceitáveis são comuns à maioria dos pacientes é uma forma de alívio e funciona como facilitador de novas decisões. Um

dos fatores centrais é o compartilhamento de informações; o paciente aprende sobre funcionamento psíquico, significados dos sintomas e a dinâmica interpessoal, o que ajuda a perceber suas próprias emoções.

O altruísmo é outro fator terapêutico fundamental. A possibilidade de ajudar alguém (e nesse caso, com a mesma doença, o TOC), gera um impacto positivo na maioria dos pacientes e melhora a autoestima dos indivíduos. A formação de um grupo permite a recapitulação corretiva do grupo familiar primário, isto é, pela dinâmica do grupo há semelhança com uma família: com personagens parentais de autoridade (o terapeuta) e figuras fraternas (os colegas). Isso favorece o aparecimento de reações distorcidas (que são as transferências), isso permite a compreensão de vínculos familiares internalizados que cada um carrega e corrige no momento do grupo. Há também desenvolvimento de técnicas de socialização, muitas vezes os pacientes com TOC se isolam por seus sintomas, o que torna a socialização já um efeito terapêutico (CORDIOLI, 2014).

No grupo, os pacientes com TOC aprendem como as outras pessoas, em especial o terapeuta, lidam com situações que para eles são insuportáveis (como conferir o trinco da porta apenas uma vez). Isso se chama comportamento imitativo e o ajuda fazer identificações mais saudáveis. A aprendizagem interpessoal tem papel fundamental na melhora pela terapia em grupo: no microcosmo social em que o grupo é formado é possível denunciar a distorção transferencial do paciente e, depois, produzir um consenso que ajuda o paciente a mudar sua visão distorcida. A coesão grupal, também é apontada como um fato importante é uma condição em que o grupo consegue lidar com conflitos no grupo, revelações e transformando essas situações em crescimento.

Por fim, a catarse, manifestação emocional de afetos reprimidos e a reflexão de fatores existenciais (reconhecer que a vida nem sempre é justa; enfrentar as questões básicas de minha vida e da morte e assim viver minha vida de forma mais honesta e me prender menos a trivialidades) são evidenciados como fatores terapêuticos importantes.

Nesse estudo, foram evidenciados e refletidos esses fatores. Em especial a Universalidade, pois muitos pacientes acreditavam que apenas eles eram

acometidos pelos sintomas de TOC e que ninguém mais os iriam compreender. A Aprendizagem Interpessoal também foi um fator de destaque, em especial com os exercícios realizados e com os comportamentos adaptativos ensinados. Isso foi constatado pela melhora pela escala YBOCS em todos que participaram e seguiram no grupo.

7.5. LIMITAÇÕES

Fatores limitantes importantes do estudo incluem o pequeno número de participantes, o que dificulta generalizações. O baixo n da amostra é principalmente justificado pela dificuldade na triagem dos pacientes, o que ocorre devido ao impasse burocrático de consultas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isto é, pacientes com TOC que poderiam ingressar na pesquisa necessariamente passam primeiro pelo atendimento em Unidade Básica de Saúde e só depois são encaminhadas para o serviço ambulatorial de psiquiatra do HUSM. Não houve, portanto, uma porta direta de acesso ao serviço para pacientes com sintomas de TOC.

Também houve limitação do tamanho da equipe, o que dificultou a busca de novos participantes e realização de mais grupos de terapia.

7.6. FUTUROS ESTUDOS E SEGUIMENTO

Esse estudo proporcionou a criação de um ambulatório específico para TOC no serviço de Psiquiatria do HUSM. Isso permitiu atendimento especializado para os pacientes e um campo de ensino e pesquisa para o assunto.

Até hoje, o ambulatório de TOC ainda está em funcionamento, recebe pacientes novos e mantém o atendimento dos pacientes já selecionados. Proporciona, portanto, uma estrutura de estudo e pesquisa para acadêmicos, residentes e professores.

8. CONCLUSÃO

Este trabalho evidenciou que pacientes com TOC submetidos ao tratamento farmacológico em associação com TCCG tiveram melhora dos sintomas obsessivos-compulsivos medidos pela escala YBOCS. Também houve melhora dos pacientes que apenas fizeram tratamento farmacológico, porém a resposta foi menos expressiva. Foi evidenciado que pacientes com TOC e outras comorbidades psiquiátricas tiveram pior desempenho na YBOCS.

O Ambulatório de TOC foi criado com sucesso, permitindo melhor atendimento e avaliação desse transtorno. Com a criação do ambulatório, foi realizado o primeiro grupo de TCCG para TOC dentro do serviço. Além disso, permitiu-se maior aprofundamento sobre o assunto para docentes e residentes da Instituição.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BROFMAN, G. Psicoterapia psicodinâmica de grupo. In: COLABORADORES, C. E (Ed.). . **Psicoterapias- abordagens atuais**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2008. p. 299–316.
- CHARLOT, L.; FOX, S.; FRIEDLANDER, R. Obsessional slowness in Down's syndrome. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 46, n. 6, p. 517–524, 2002.
- CORDIOLI, A. V. et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 72, n. 4, p. 211–216, 2003.
- CORDIOLI, A. V. **Manual de terapia cognitivo comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DARBY, L.; AGIUS, M.; ZAMAN, R. **Co-morbidity of bipolar affective disorder and obsessive compulsive disorder in a bedford community psychiatry team**. *Psychiatria Danubina*. **Anais...**2011
- FERRÃO, Y. A. et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 94, n. 1–3, p. 199–209, 2006.
- FERRAO, Y. A.; MIGUEL, E.; STEIN, D. J. Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: how closely are they related? **Psychiatry research**, v. 170, n. 1, p. 32–42, nov. 2009.
- FONTENELLE, L. F. et al. **Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: A description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies***Journal of Psychiatric Research*, 2004.
- FONTENELLE, L.; MARQUES, C.; VERSIANI, M. The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, n. 1, p. 7–11, 2002.
- FRANZ, A. et al. Treating refractory obsessive-compulsive disorder: What to do when conventional treatment fails? **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 35, n. 1, p. 24–35, 2013.
- GERSHUNY, B. S. et al. Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: A case series. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n. 9, p. 1029–1041, 2003.
- GOODMAN, W. K. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. **Archives of general psychiatry**, v. 46, n. 11, p. 1006–1011, nov. 1989.
- HEYMAN, I. et al. **Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health***International Review of Psychiatry*, 2003.
- LECKMAN, J. F. et al. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. **Depression and anxiety**, v. 27, n. 6, p. 507–527, jun. 2010.
- LOVATO, L. et al. Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive

disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v. 53, n. 5, p. 562–568, 2012.

LUCA, C. DE; CARVALHO, M. **Associação Brasileira de Síndrome de Tourette, Tiques e Transtorno Obsessivo Compulsivo**. Disponível em: <<http://www.astoc.org.br/source/php/001.php>>. Acesso em: 15 Mar. 2018.

MIGUEL, E. et al. How to treat OCD in patients with Tourette syndrome. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 55, p. 49–57, 2003.

MIGUEL, E. C. et al. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. **British Journal of Psychiatry**, v. 170, n. FEB., p. 140–145, 1997.

MOHAMMADI, M. R.; GHANIZADEH, A.; MOINI, R. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder with psychiatric disorders in a community sample. **Depression and Anxiety**, v. 24, n. 8, p. 602–607, 2007.

MUKHOPADHAYA, K. et al. Obsessive-compulsive disorder in UK clozapine-treated schizophrenia and schizoaffective disorder: A cause for clinical concern. **Journal of Psychopharmacology**, v. 23, n. 1, p. 6–13, 2009.

PHILLIPS, K. A. et al. **Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?** *Depression and Anxiety*, 2010.

POYUROVSKY, M.; BERGMAN, J.; WEIZMAN, R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. **Journal of Psychiatric Research**, v. 40, n. 3, p. 189–191, 2006.

ROSARIO-CAMPOS, M. C. et al. Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 11, p. 1899–1903, 2001.

ROSARIO-CAMPOS, M. C. et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): An instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. **Molecular Psychiatry**, v. 11, n. 5, p. 495–504, 2006.

SASSON, Y. et al. **Epidemiology of obsessive, compulsive disorder: A world view** *Journal of Clinical Psychiatry*, 1997.

SHAVITT, R. et al. Tratamento farmacológico dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. In: DE OLIVEIRA, I.; DO ROSÁRIO, M.; MIGUEL, E. (Eds.). **Princípios e prática em transtornos do espectro obsessivo-compulsivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 180–226.

SOUZA, M. B. DE. **Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo e Sertralina no Tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5548/000516454.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

TORRES, A. R. Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. suppl 2, p. 21–23, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600007>. Acesso em: 12 Ago. 2018.

TORRES, A. R. et al. Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, Comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. **American Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 11, p. 1978–1985, 2006.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo comparativo sobre efetividade de tratamentos para TOC:
Terapia Farmacológica isolada ou em associação com Terapia Cognitivo
Comportamental em Grupo?

Dados de Identificação

Paciente	
Carteira de identidade:	_____
CPF:	_____
Sexo: ()F ()M	Data de nascimento: ____/____/____
Endereço:	_____
no.:	_____ apto:_____
Bairro:	_____ Cidade:_____ CEP:_____
Telfixo()_____	ou Celular()_____
Email:	_____

Proposta da Pesquisa

A proposta deste trabalho é compreender os a eficácia de tratamentos farmacológico isolado e farmacológico associado com Terapia Cognitivo Comportamental de Grupo para o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Você está sendo convidado a participar do projeto por apresentar manifestações que estão envolvidas com o TOC.

Procedimentos

Caso aceite participar deste estudo, num primeiro momento (Fase 1), terá que responder a uma série de entrevistas que podem durar cerca de uma hora para seu total preenchimento. Essas entrevistas serão sobre seus sintomas (de TOC, ansiedade, depressão), gravidade desses sintomas, personalidade, sobre suas condições de vida (profissional, pessoal, relações pessoais e familiares, etc). Num segundo momento (Fase 2), você participará de um dos seguintes grupos: o primeiro grupo receberá o tratamento medicamentoso padrão para o TOC, o segundo grupo receberá além da medicação, Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG), em que cada 5-8 pessoas participarão de sessões semanais com cerca de duas horas de duração cada uma durante 12 semanas.

No final dessas 12 semanas, você responderá novamente os questionários realizados no início da intervenção, independente do grupo em que foi alocado. Após seis meses do início da intervenção, você deverá responder novamente os mesmos questionários, para verificar a durabilidade dos tratamentos.

Riscos e Inconveniências

Os riscos possíveis para essa pesquisa são aqueles inerentes às medicações para o TOC. Todos os medicamentos que serão utilizados para essa pesquisa são aprovados para o uso nesse transtorno e tem efeitos colaterais bem conhecidos. O seu médico esclarecerá o uso, dose, posologia e efeitos colaterais dependendo da escolha da medicação para o seu caso específico. Se desejar, os resultados das avaliações poderão ser enviados ao seu médico ou psicólogo. Dependendo de sua necessidade e desejo, você poderá ser encaminhado para tratamento em centros de referência públicos ou privados, de acordo com as ofertas disponíveis em seu município.

A Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo não oferece riscos aos participantes e nem apresenta efeitos colaterais, entretanto, é possível um passageiro aumento da ansiedade e do desconforto por ocasião da realização da dinâmica do grupo.

Benefícios

O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode incrementar o conhecimento sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e suas formas de tratamento. O potencial benefício direto para você é que você estará recebendo uma detalhada avaliação psiquiátrica que poderá ser útil na clarificação de seu diagnóstico e até mesmo de seu tratamento.

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.

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.

Demais Informações

Eu entendo que poderei obter mais informações com o Pesquisador abaixo, que está apto a responder minhas dúvidas. Aceito que serei informado de qualquer conhecimento

significativo descoberto durante esse projeto, o qual poderá influenciar a minha participação e continuidade no projeto. 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.

Declaro não estar grávida e que eu ou meu companheiro estamos utilizando método anticonceptivo efetivo e de maneira adequada (pílula anticoncepcional, DIU, laqueadura tubária, vasectomia). E, se mesmo assim engravidar durante o tratamento, comprometo-me a notificar imediatamente o médico pesquisador.

Este documento será assinado em duas vias, sendo uma cópia arquivada com o pesquisador e outra ficará em minha posse.

Data: _____ de _____ de 20____

Paciente

Pesquisador que obteve o
Consentimento

ANEXO II – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Estudo comparativo sobre efetividade de tratamentos para TOC:Terapia Farmacológica isolada ou em associação com Terapia Cognitivocomportamental em Grupo?

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Angelo B. M. Cunha; Residente Beatriz CapparrosYoneyama

Instituição/Departamento: Hospital Universitário de Santa Maria, Ambulatório de Psiquiatria na Avenida Roraima, nº1000

Telefone para contato: (55) 32131864

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes. Concordam, igualmente, que as informações coletadas das escalas serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala de Coordenação da Psiquiatria, no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria, avenida Roraima, nº 1000, por um período de 5 anos, sob responsabilidade do Prof. Angelo B. M. Cunha. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE.....

Santa Maria,de.....de 2017

Assinatura do pesquisador responsável: Prof.Dr. Angelo Batista Miralha da Cunha

ANEXO III – YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)

YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)

Instruções para o preenchimento

Para responder às perguntas da Y-BOCS, identifique junto com o terapeuta uma ou mais de suas obsessões (as que mais lhe incomodam) e procure responder às cinco questões relativas a obsessões. Depois, identifique uma ou mais das suas compulsões (as que mais lhe prejudicam) e, da mesma forma, responda às cinco perguntas relativas a compulsões. Você obterá três notas: uma correspondente à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre obsessões, outra relativa à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre compulsões e o escore total.

OBSESSÕES

1. Tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos (ou obsessões)

Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

0. Nenhum

1. **Leve:** menos de uma hora por dia ou intrusões (invasões de sua mente) ocasionais
2. **Moderado:** uma a três horas por dia ou intrusões frequentes
3. **Grave:** mais de três horas até oito horas por dia ou intrusões muito frequentes
4. **Muito grave:** mais de oito horas por dia ou intrusões quase constantes

2. Interferência gerada pelos pensamentos obsessivos

Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em sua vida social ou profissional?

0. Nenhuma interferência

1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
3. **Grave:** provoca comprometimento considerável no desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave:** incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar?

0. Nenhuma perturbação

1. **Leve:** pouca perturbação
2. **Moderada:** perturbador, mas ainda controlável
3. **Grave:** muito perturbador
4. **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante

4. Resistência às obsessões

Até que ponto você se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando invadem sua mente?

0. **Sempre faz esforço para resistir**, ou tem sintomas 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 obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça algum esforço para afastá-las**
4. **Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário**

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

0. Controle total

1. **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
2. **Controle moderado:** algumas vezes é 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 são experimentadas como completamente involuntárias; raras vezes capaz, mesmo que de forma momentânea, de modificar seus pensamentos obsessivos

COMPULSÕES (RITUAIS)

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos (compulsões ou rituais)

Quanto tempo você gasta executando rituais? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras devido aos seus rituais?

0. Nenhum

1. **Leve:** passa menos de uma hora por dia realizando compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
2. **Moderado:** passa uma a três horas por dia realizando compulsões, ou execução frequente de comportamentos compulsivos
3. **Grave:** passa de três a oito horas por dia realizando compulsões, ou execução muito frequente de comportamentos compulsivos
4. **Muito grave:** passa mais de oito horas por dia realizando compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos muito numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou em suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que você deixa de fazer em razão das compulsões?

0. Nenhuma interferência

1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
3. **Grave:** comprometimento considerável do desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave:** incapacitante

8. Desconforto relacionado ao comportamento compulsivo

Pergunta: Como você se sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?

0. Nenhum desconforto

1. **Leve:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas ou ligeiramente ansioso durante a sua execução
2. **Moderado:** a ansiedade subiria para um nível controlável se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

3. **Grave:** aumento acentuado e muito perturbador da ansiedade se as compulsões fossem interrompidas ou aumento acentuado e muito perturbador durante a sua execução

4. **Muito grave:** ansiedade incapacitante com qualquer intervenção que possa modificar as compulsões ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência às compulsões

Até que ponto você se esforça para resistir às compulsões?

0. **Sempre faz esforço para resistir**, ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa

1. **Tenta resistir na maioria das vezes** 2. **Faz algum esforço para resistir**

3. **Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que as faça com alguma relutância**

4. **Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário**

10. Grau de controle sobre as compulsões

Pergunta: Com que pressão você se sente obrigado a executar as compulsões? Até que ponto consegue controlá-las?

0. Controle total

1. **Bom controle:** sente-se pressionado a executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário

2. **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade

3. **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem de ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a realização das compulsões

4. **Nenhum controle:** sente-se completamente dominado pela pressão para executar as compulsões; tal pressão é sentida como fora do controle voluntário. Raramente se sente capaz de retardar a execução de compulsões

Escores: Obsessões: _____ Compulsões: _____ Escore total: _____