

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

Patrycia Chedid Danna

**Estigmatização contra pacientes com
Transtorno Obsessivo-compulsivo: um
estudo exploratório.**

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2023**

Patrycia Chedid Danna

Estigmatização contra pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo exploratório.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Ygor Arzeno Ferrão

Coorientador: Angelo Brandelli Costa

Porto Alegre

2023

Catálogo na Publicação

Danna, Patrycia Chedid

Estigmatização contra pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo exploratório / Patrycia Chedid Danna. -- 2023.

140 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2023.

Orientador(a): Prof. Dr. Ygor Arzeño Ferrão ;
coorientador(a): Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa.

1. Estigmatização. 2. Transtorno Obsessivo-Compulsivo.
3. Exclusão Social. 4. Discriminação Percebida. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

*Dedico esta dissertação à minha família que,
não mediu esforços no apoio e incentivo,
para que este sonho se tornasse possível*

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Eduardo pelo constante apoio, dividindo cada vitória e cada dificuldade, sempre presente para que eu pudesse seguir e nunca desistir dos meus objetivos.

Às minhas filhas Anita e Aurora pela generosidade de abdicar da minha presença e cuidados em muitos momentos.

À minha mãe Cati pela paciência, suporte e zelo, me acompanhando nos momentos em que eu precisei.

Ao meu orientador, Dr. Ygor Arzeno Ferrão por me guiar em todo este processo, sempre disponível e generoso, me incentivando a buscar e aprender mais. Um exemplo de docência que levarei como referência. Ao Dr. Angelo Brandelli Costa pela coorientação e incentivo através do compartilhamento dos seus conhecimentos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA, pelo acolhimento e solicitude.

SUMÁRIO

1- Revisão da Literatura	12
Transtorno Obsessivo-compulsivo	12
Fenômenos Sensoriais	13
Estigmatização	14
Estigma Internalizado	15
Sub-escores de Estigma Internalizado	17
2- Referências Bibliográficas da Revisão de Literatura.	19
3- Objetivos	25
4- Métodos	26
5- Resultados: Artigo Científico	34
6- Tabelas e Figura do artigo	63
7- Conclusão	71
8- Anexos	72

ANEXOS:

Anexo A – Parecer Comitê de Ética e Pesquisa.....	72
Anexo B - Normas de Publicação da Revista	79
Anexo C - Folder	88
Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89
Anexo E - Dados sociodemográficos ReTOC.....	92
Anexo F - YBOCS.....	94
Anexo G - DY-BOCS.....	98
Anexo H - Escala de fenômenos sensoriais da USP.....	121
Anexo I - BDI II.....	127
Anexo J - BAI I.....	130
Anexo K – ISMI.....	131
Anexo L – Perceived Devaluation and Discrimination Scale.....	132
Anexo M – The Stigma Scale.....	133
Anexo N – Escala de Discriminação Explícita.....	134
Anexo O – Escala de Autoestima de Rosenberg.....	137
Anexo P – Medication Adherence Questionnaire.....	138
Anexo Q – Qualidade de Vida – WHOQOL - Breve.....	139

LISTA DE ABREVIACÕES

TOC - Transtorno Obsessivo-compulsivo

SOC – Sintomas Obsessivo-compulsivos

EI – Estigma Internalizado

FS – Fenômenos Sensoriais

ReTOC – Rede Gaúcha de Pesquisa sobre Transtorno Obsessivo-compulsivo

ISRS – Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

TCC - Terapia Cognitivo Comportamental

THB – Transtorno do Humor Bipolar

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TABELAS E FIGURA

ARTIGO	34
- TABELA 1	63
- TABELA 2	64
- TABELA 3	65
- TABELA 4	66
- TABELA 5	68
- TABELA 6	69
- FIGURA 1	70

RESUMO

Introdução: Historicamente, portadores de transtornos psiquiátricos ou com manifestações psicopatológicas evidentes são alvo constante de estigmatização, caracterizada por um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou grupo. Uma das possíveis manifestações da estigmatização é o Estigma Internalizado (EI), ou auto estigma, entendido como o estigma que o indivíduo dirige contra si mesmo, relacionado a sua condição patológica. A relação entre o Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC), doença heterogênea e debilitante, que acomete cerca de 2% da população (EXCLUIR) e EI, não está bem estabelecida. **Métodos:** Este estudo exploratório teve como objetivo relacionar os conceitos de estigmatização, EI e TOC, bem como avaliar as suas associações. Participaram do estudo 83 pacientes com TOC, em âmbito nacional, através de medidas de autorrelato, como a discriminação experienciada, o EI e a percepção acerca do estigma decorrente de se ter tal patologia. A coleta de dados ocorreu através da plataforma *REDCAP*, que oportunizou o acesso dos portadores de TOC, de forma on-line e segura, aos instrumentos: Questionário de dados sócio-demográficos da ReTOC; Escala Obsessiva-Compulsiva de Yale-Brown - Y-BOCS; Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos -DY-BOCS; Escala para avaliação de presença e gravidade de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS); Inventário de Depressão de Beck – Versão Português (BDI II); Inventário de Ansiedade de Beck (BECK-A) – BAI; *Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI*; Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM 5 (INCLUIR). **Resultados:** O EI apresentou correlação direta e moderada com a severidade dos sintomas do TOC, as dimensões de Agressividade e Simetria, a presença de fenômenos sensoriais e a ansiedade. A depressão mostrou correlação direta e moderada a forte com EI. Vida sexual ativa se mostrou inversamente proporcional ao EI e, história familiar de TOC, idade de início e tempo de duração do transtorno, não apresentaram associação. O constructo Resistência ao Estigma não apresentou associação com as variáveis estudadas. **Conclusão:** O EI nos pacientes com TOC parece ser uma variável que impacta na apresentação do transtorno. A presença de depressão se mostrou o maior preditor de EI no estudo. Dada a escassez de dados sobre este tema, a sua investigação oportuniza maiores informações e o fomento de políticas públicas de saúde mental para esta população específica.

Palavras-chave: Estigmatização; Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Exclusão, Social; Discriminação Percebida.

ABSTRACT

Introduction: Historically, bearers of psychiatric disorders or with obvious psychopathological manifestations are the constant target of stigmatisation, characterized by an adverse social judgment on a person or group. One of the possible manifestations of stigmatisation is internalized stigma (IES), or self-stigma, understood as the stigma that the individual directs against himself, related to his pathological condition. The relationship between obsessive-compulsive disorder (OCD) and IS, is not well established. **Methods:** This exploratory study aimed to relate the concepts of stigmatisation, EI and TOC, as well as to evaluate their associations. 83 patients with OCD participated in the study, nationally, through self-reporting measures, such as discrimination experienced, IS and perception about the stigma arising from having such a pathology. The data collection took place through the REDCAP platform, which provided OCD patients with online and secure access to the instruments: ReTOC sociodemographic data questionnaire; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - Y-BOCS; Dimensional Scale for Assessing the Presence and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms -DY-BOCS; Scale for assessing the presence and severity of sensory phenomena from the University of São Paulo (USP-SPS); Beck Depression Inventory – Portuguese Version (BDI II); Beck Anxiety Inventory (BECK-A) – BAI; Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI; Structured Clinical Interview for DSM 5 Axis I Disorders. **Results:** EI showed direct and moderate correlation with the severity of OCD symptoms, the dimensions of Agressiveness and Symmetry, the presence of sensory phenomena and anxiety. Depression showed direct and moderate to strong correlation with IS. Active sexual life was shown to be inversely proportional to IS and, family history of OCD, age of onset and duration of the disease, showed no association. The construction Stigma Resistance did not present association with the variables studied. **Conclusion:** AI in patients with OCD seems to be a variable that impacts on the presentation of the disease. The presence of depression proved to be the greatest predictor of IS in the study. Given the scarcity of data on this topic, their research enables more information and the promotion of public mental health policies for this specific population.

Keywords: Stigmatization; Obsessive-Compulsive Disorder; Exclusion, Social; Perceived Discrimination.

REVISÃO DA LITERATURA

Transtorno Obsessivo-compulsivo

O Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição heterogênea, multifacetada e complexa (Vellozo et al.,2021), que acomete cerca de 2% da população, cuja apresentação clínica é composta por obsessões e compulsões (Fawcett et al.,2020); (Ruscio et al.,2010). As obsessões são caracterizadas por pensamentos intrusivos, indesejados e recorrentes. As compulsões, por sua vez, são comportamentos ritualísticos que têm a finalidade de aliviar o desconforto causado pelos pensamentos obsessivos. Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*DSM-5*), para a realização do diagnóstico é necessário que as obsessões e/ou compulsões tragam sofrimento, prejuízos funcionais ou tomar tempo significativo na vida do indivíduo. A sintomatologia e a gravidade podem variar, com rituais que levam a diferentes formas de prejuízo de funcionalidade (Abramovitch et al., 2019). O TOC costuma ter uma apresentação egodistônica, ou seja, o indivíduo percebe o exagero dos sintomas mas, ainda assim, não consegue ter controle sobre os mesmos (Alonso et al., 2008). Não é à toa que o TOC foi o transtorno psiquiátrico mais banalizado em uma pesquisa conduzida por Robinson et al. (2019), muito provavelmente devido à natureza dos sintomas e pela forma como o transtorno é divulgado nas mídias sociais. O cinema tende, por exemplo, a divulgar o TOC com filmes do tipo comédia.

Segundo Rosário et al. (2006) o TOC pode apresentar subtipos embasados nos conteúdos ou temas sintomatológicos, como por exemplo: 1. agressão, violência, desastres naturais; 2. sexo, religião e aspectos morais; 3. simetria, organização e arranjos; 4. contaminação, limpeza e lavagem e 5. acumulação. Durna et al. (2019) sugeriram que os portadores de TOC com sintomas de conteúdo Sexual e Violência/Agressividade sofrem de rejeição social tanto quanto pacientes com esquizofrenia, enquanto os portadores de sintomas com conteúdo Religioso, de Contaminação e de Verificação não sofrem tanto desse distanciamento.

O atraso pela busca de tratamento é um sério problema para os portadores de TOC, que podem levar de 16 a 18 anos para chegar ao tratamento adequado (Miguel

et al., 2008). Poyraz et al. (2019) descreveram que o atraso no tratamento pode acometer até 12,5% dos pacientes.

Conforme Del Casale et al. (2019) e Reid et al., (2021), o tratamento de primeira linha para o TOC deve ser individualizado, sendo a combinação dos psicofármacos e da psicoterapia as opções com maior nível de evidência. As medicações de primeira escolha para o tratamento são os antidepressivos, em especial os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) (Maziero et al., 2022). Apesar das evidências de eficácia e segurança, doses elevadas dos ISRS usualmente são necessárias – o que ocasiona mais efeitos colaterais (Carvalho et al., 2016). Segundo Hirschtritt et al. (2017), em geral as doses antidepressivas no tratamento do TOC são elevadas, e quando associadas a outros antidepressivos e/ou antipsicóticos, podem aumentar os efeitos colaterais, como ganho ponderal, alterações cardiometabólicas e disfunção sexual.

Com relação ao tratamento psicoterápico do TOC, a opção com maior nível de evidência é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), com a técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR) (Reid et al., 2021). A TCC objetiva a reestruturação cognitiva, bem como mudanças comportamentais – através de exposições a situações que induzam às obsessões e à evitação da realização das compulsões, de forma assistida ou não. Com essa exposição gradual os sintomas reduzem progressivamente (Abramowitz et al., 2018).

Indivíduos com TOC comumente desenvolvem, ao longo da vida, alguma outra condição psiquiátrica. A taxa de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos pode chegar a até 90%, sendo os transtornos de humor e de ansiedade mais comum. Pelo menos 50% dos indivíduos apresentam um episódio depressivo ao longo da vida (Brakoulias et al., 2017).

Fenômenos Sensoriais

Muitos pacientes portadores de TOC, apresentam sentimentos gerais, impulsos ou sensações corporais, físicas, desconfortáveis que precedem ou acompanham os comportamentos repetitivos, das compulsões do TOC. Tais experiências subjetivas são denominadas fenômenos sensoriais (FS) e apresentam níveis de gravidade variados (Miguel et al., 2000; Rosário et al., 2008; Ferrão et al., 2012).

Avila et al. (2019) encontraram associação entre FS e *insight* pobre. Tal como sugerido pelos autores, a presença de FS pode indicar o fracasso do tratamento, bem como o aumento do estigma internalizado (EI), de forma que os FS (e uma menor percepção sobre os sintomas) reforçariam o “ciclo vicioso” do TOC. O *insight* pobre sobre os sintomas permite que o indivíduo tenha menor capacidade de interromper ou controlar os sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) (especialmente as compulsões) (Jakubovski et al., 2011), percebendo-os como “corretos”, “adequados”, “relevantes” ou até mesmo “necessários”. Então, tanto a falha no tratamento, quanto a cronificação dos SOC, podem ser responsáveis pelo EI nesses pacientes. De outro modo, o menor *insight* em relação às compulsões, proporcionado pelos FS pode ser fator que possibilita o aparecimento de EI, uma vez que os pacientes não entendem por que fazem as compulsões e acreditam que realmente são “diferentes, estranhos”, sem questionar tais comportamentos.

Estigmatização

Dependendo da apresentação psicopatológica, o TOC pode ocasionar um certo grau de estigmatização de seus portadores que, de acordo com Weiss et al. (2006), pode ser definida como “um processo social, experienciado ou antecipado, caracterizado por exclusão, rejeição, culpa ou desvalorização resultantes de experiências, percepções ou antecipações de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou grupo”. Uma das manifestações da estigmatização é a discriminação, isto é, o comportamento de tratar os membros de um grupo de maneira desvalorativa em relação a outro. Perceber estar sendo vítima de discriminação é uma situação estressora (Pascoe e Richman, 2009) e, quanto mais o sujeito percebe que foi discriminado, maior a sua tendência de ter manifestações clínicas potencialmente patológicas (Richman et al., 2010) ou, maior reatividade física a situações sociais estressoras (Guyl et al., 2001). Tais fatores podem levar a maior vulnerabilidade a doenças físicas (Gee et al., 2007) tais como hipertensão e obesidade (Williams e Mohammed, 2009). Estudos constataram que o preconceito e o estigma associados aos transtornos mentais promovem intenso sofrimento psíquico, acarretando a piora do quadro psicopatológico (Silva e Marcolan, 2018; Rocha et al., 2015). A estigmatização parece ser uma das barreiras que pode influenciar no atraso

terapêutico, embora não exista um corpo de evidências que consubstancie essa afirmativa.

Estigma Internalizado

Apesar de vários portadores de TOC não descreverem sofrer estigmatização, eles concordam que tendem a esconder a presença dos sintomas, o que pode resultar no que se conhece por Estigma Internalizado (EI), (N'Diaye et al., 2017). Steinberg et al. (2017) descrevem que muitos pacientes evitam relatar seus sintomas, pois alguns conteúdos sintomatológicos ou são de natureza íntima, ou são egodistônicos, causando sofrimento associado à vergonha, pelas naturezas específicas desses conteúdos (incestuosos, violência sexual, etc).

Assim, podemos conceituar EI, ou auto estigma, como um processo subjetivo, caracterizado por sentimentos negativos em que a pessoa dirige o estigma contra si mesma, devido a sua condição patológica – internalizando os três pilares do estigma e virando-os contra si: autoesteriotipação, autopreconceito e autodiscriminação. Desta forma, EI é uma estigmatização similar àquela vinda de terceiros, porém oriunda de si mesmo (Corrigan e Watson, 2002b).

O TOC está associado a emoções desagradáveis e negativas que podem estar relacionadas com o EI. Na verdade, não existem muitos estudos que avaliem a implicação do diagnóstico de TOC na internalização do estigma, na gravidade ou manutenção dos sintomas, nem como fatores dificultadores de resposta ao tratamento. Sardão (2022) aponta que pacientes com esquizofrenia e transtorno bipolar internalizam mais o estigma do que os diagnosticados com ansiedade. Além disso, menciona que o grau de EI é menor em pacientes com transtorno afetivo unipolar, comparativamente aos transtornos psicóticos, bem como o impacto que os sintomas positivos graves têm em relação ao auto estigma.

Assim, a maior gravidade dos SOC medidos pela *Y-BOCS* parecem fazer com que o sujeito tenha uma sensação subjetiva de inferioridade em relação aos seus semelhantes, possivelmente pela discriminação sofrida e crença de menor capacidade laboral, dificuldade nos relacionamentos, além da falta de controle dos pensamentos obsessivos e/ou comportamentos repetitivos. Um estudo anterior Piner e Kahle (1984), evidenciou que o grupo de pessoas que sofre de transtornos mentais tende a sofrer mais discriminação do que pessoas com doenças físicas ou deficiências

e tem menor probabilidade de ser empregado (Corrigan e Watson, 2002a; Williams et al., 2008), além de maior chance de ser falsamente denunciado/acusado de crimes violentos (Sosowsky, 1980; Steadman, 1981). Os pacientes com TOC grave também sentem que são tratados de modo diferente, percebem uma certa discriminação por parte da sociedade. Isso pode ser uma realidade, em virtude da existência dos sintomas ou, por outro lado, pode ser apenas um entendimento do portador de TOC, sem necessariamente corresponder à realidade. Essa consciência do estereótipo pode ocorrer pelo fato de as obsessões serem egodistônicas, ou seja, o sujeito tem (na maior parte das vezes) ciência de que seus pensamentos e comportamentos compulsivos são sem sentido, estranhos e que, ao realizá-los, sabe que serão vistos e compreendidos como tal pela maior parte das pessoas (Avila et al., 2019). Segundo Pascoe e Richman (2009) perceber estar sendo vítima de discriminação é uma situação estressora e Richman et al. (2010) quanto mais o sujeito percebe que foi discriminado, maior sua tendência de ter manifestações clínicas potencialmente patológicas ou maior reatividade física a situações sociais estressoras (Guyl et al., 2001). Em um estudo de Howland et al. (2016) a internalização do estigma ocorre principalmente pela percepção e consciência dos estereótipos sociais, seguida pela aceitação e concordância com tais estereótipos.

Quanto mais graves os sintomas do transtorno, possivelmente maior a exposição a julgamentos negativos, levando à concordância com eles. Nem todas as pessoas diagnosticadas com um transtorno mental aplicam os estereótipos a si mesmas, embora a tendência seja de aceitação do estereótipo, conforme Sardão (2002). Talvez esta assimilação possa se configurar como uma “estratégia de sobrevivência”, porque se opor ao estigma do transtorno mental constitui um desafio, uma vez que exige do indivíduo a interiorização de perspectivas positivas, contrariamente às imposições sociais dos estereótipos. Um estudo mostrou que incorporar em sua identidade tais estereótipos de seus transtornos mentais pode gerar prejuízos, como baixa autoestima, baixa autoeficiência e menor adesão medicamentosa (Livingston e Boyd, 2010).

Os aspectos egodistônicos do TOC parecem ter papel significativo na associação com EI, uma vez que ter os sintomas de mais difícil controle podem gerar vergonha em seus portadores em situações sociais, pois poderão estar mais sujeitos ao julgamento das pessoas. Alguns estudos demonstram que a discriminação contra pessoas com diagnóstico de saúde mental desgasta o *status* social dos indivíduos e

pode causar constrangimento (Smith e Cashwell, 2010), exclusão social e isolamento, com consequências significativas para o seu tratamento (Ritscher et al., 2003; Javed et al., 2021). Outro estudo identificou que quando os indivíduos se percebem pertencentes a uma categoria socialmente desvalorizada, tendem a antecipar o preconceito e a sua desvalorização, mesmo que estes não ocorram de fato (Felicissimo et al., 2013). De acordo com Rocha et al. (2015): “As consequências negativas do estigma influenciam as percepções internas, as emoções e as crenças da pessoa estigmatizada gerando o auto estigma, em que a pessoa adota conduta passiva, envergonhada e de autodesvalorização e deixa de desempenhar o seu papel social”.

Sub-escores de Estigma Internalizado

Diversas escalas existem para avaliação de EI, sendo a Internalized Stigma of Mental Illness (*ISMI*) (Boyd et al., 2014) uma das mais utilizadas e validadas internacionalmente. No Brasil, tal escala foi validade e adequada à realidade brasileira (Soares et al., 2015). A escala conta com 29 itens aleatoriamente distribuídos e dividida em cinco constructos de EI: Alienação (6 itens), Aprovação do Estereótipo (7 itens), Percepção da Discriminação (5 itens), Evitação Social (6 itens) e Resistência ao Estigma (5 itens) (Ritscher et al., 2003).

Se compararmos o EI no TOC com o EI em outros transtornos psiquiátricos, percebemos que no TOC, de modo geral, os constructos que apresentaram maiores escores são os de Alienação, de Percepção da Discriminação e de Resistência ao Estigma. Conforme Viscardi et al. (2023) pacientes com diferentes diagnósticos de saúde mental compartilham estigmatizações comuns em relação ao constructo Alienação, significando que portadores de transtornos mentais, de modo geral, percebem não pertencer à sociedade, sentem-se deslocados do mundo por serem portadores de um transtorno mental, experienciando subjetivamente sentimento de inferioridade em relação às demais pessoas. Adicionalmente, o EI nos portadores de esquizofrenia se apresenta com pontuações mais baixas para Percepção da Discriminação e Evitação Social, enquanto, portadores de TDAH e THB tendem mais a evitar pessoas e atividades do que indivíduos com esquizofrenia (submetido à publicação). Pessoas portadoras de patologias psiquiátricas, segundo Sardão (2022),

mostraram que a Resistência ao Estigma é maior nas patologias do humor, como o transtorno bipolar, do que na esquizofrenia. A razão parece prender-se ao fato de que os pacientes com esquizofrenia parecem estar expostos a uma maior discriminação social. Mas não há estudos comparando diretamente portadores das diversas patologias psiquiátricas, com portadores de TOC em relação aos constructos de EI.

Os conceitos envolvidos na estigmatização e EI ainda não estão devidamente estudados, no que se refere ao TOC. O acesso a maiores informações sobre o tema pode ser de grande valia para a avaliação e o planejamento terapêuticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO DE LITERATURA:

Abramovitch A, McCormack B, Brunner D, Johnson M, Wofford N. The impact of symptom severity on cognitive function in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2019 Feb;67:36-44. doi: 10.1016/j.cpr.2018.09.003. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30528984.

Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., & Buchholz, J. L. (2018). New directions in the cognitive-behavioral treatment of OCD: Theory, research, and practice. *Behavior Therapy*, 49(3), 311-322.

Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, Vallejo J (2008) Clinical implications of insight assessment in obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 49:305–312.

Avila RCS. de, do Nascimento LG, Porto RLM, Fontenelle L, Filho ECM, Brakoulias V, Ferrão YA. Level of Insight in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: An Exploratory Comparative Study Between Patients With "Good Insight" and "Poor Insight". *Front Psychiatry*. 2019 Jul 3;10:413. doi: 10.3389/fpsy.2019.00413. PMID: 31333508; PMCID: PMC6619338).

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–571.

Boyd, J.E., Adler, E.P., Otilingam, P.G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 221–231.

Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, Lochner C, Marazziti D, Matsunaga H, Miguel EC, Reddy YCJ, do Rosario MC, Shavitt RG, Shyam Sundar A, Stein DJ, Torres AR, Viswasam K. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Compr Psychiatry*. 2017 Jul;76:79-86. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.04.002. Epub 2017 Apr 12. PMID: 28433854.

Carvalho, A. F., Sharma, M. S., Brunoni, A. R., Vieta, E., & Fava, G. A. (2016). The safety, tolerability and risks associated with the use of newer generation antidepressant drugs: a critical review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(5), 270-288.

Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002b), The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.

Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002a). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16 – 20.

Del Casale, A., Sorice, S., Padovano, A., Simmaco, M., Ferracuti, S., Lamis, D. A., ... & Pompili, M. (2019). Psychopharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Current neuropharmacology*, 17(8), 710-736.

Durna, Gülsah; Yorulmaz, Orçun; Aktaş, Ayça. Public stigma of obsessive compulsive disorder and schizophrenic disorder: Is there really any difference? *Psychiatry Res* ; 271: 559-564, 2019 01.

Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM. Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *J Clin Psychiatry*. 2020 Jun 23;81(4):19r13085. doi: 10.4088/JCP.19r13085. PMID: 32603559.

Felicissimo FB, Ferreira GCL, Soares RG, Silveira PS da, Ronzani TM. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol Teor E Prática*. 2013;15:116–29.

Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Prado, H., Fontenelle, L. F., Malavazzi, D. M., de Mathis, M. A., ... & do Rosário, M. C. (2012). Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: an exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry research*, 197(3), 253-258].

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

Gee, G.C., Spencer, M., Chen, J., & Takeuchi, D. (2007). A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *American Journal of Public Health*, 97 (7), 1275 – 1282.

Goodman, L.A. (1961). Snowball Sampling *The Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148-170. <http://www.jstor.org/stable/2237615>).

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1012–1016.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006–1011.

Guyll, M., Matthews, K.A., & Bromberger, J.T. (2001). Discrimination and unfair treatment: Relationship to cardiovascular reactivity among African American and European American women. *Health Psychology*, 20(5), 315 – 325.

Harris, P.A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J.G. (2009). Research electronic data capture (REDCap)--a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of biomedical informatics*, 42(2), 377–381.

Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews Ca. Obsessive-compulsive disorder. Advances in diagnosis and treatment. *JAMA* 317(13):1358-1367, 2017.

Howland M, Levin J, Blixen C, Tatsuoka C, Sajatovic M. Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2016;70:174–80.

Jakubovski E, Pittenger C, Torres AR, Fontenelle LF, do Rosario MC, Ferrão YA, et al. Dimensional correlates of insight pobre in obsessive– transtorno compulsivo. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* (2011) 35(7):1677–81. doi: 10.1016/j.pnpbp.2011.05.012).

Javed A, Lee C, Zakaria H, Buenaventura RD, Cetkovich-Bakmas M, Duailibi K, et al. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatry*. 2021;58:102601.

Livingston, J.D., & Boyd, J.E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic reviews and meta-analysis. *Social Science & medicine*, 71 (12), 2150 – 2161.

Maziero, M. P., Macaya, D., Shavitt, R. G., Diniz, J. B., Miguel, E. C., Silva, R. M. F. D., & Costa, D. L. D. C. (2022). Management of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: Focus on Pharmacotherapy. *Psychiatric Annals*, 52(4), 143-151.

N'Diaye, K; Fernandez-Vidal, S; Clair, A-H; Mallet, L; Morgiève, M. Le trouble obsessionnel compulsif vu par ceux qui y sont confrontés : enquête auprès de patients, de proches et de cliniciens/ Obsessive-compulsive disorder as seen by those who are confronted with it: A survey of patients, relatives and clinicians. *Encephale* ; 43(6): 528-539, 2017 Dec.

Pascoe, E.A., & Richman, L.S. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 135 (4), 531 – 554.

Piner, K.E., & Kahle, L.R. (1984). Adapting to the stigmatizing label of mental illness: foregone but not forgotten. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(4), 805 – 811.

Poyraz, Cana Aksoy; Turan, Senol; Saglam, Nazife Gamze Usta; Batun, Gizem Çetiner; Yassa, Ahmet; Duran, Alaattin. Factors associated with the duration of untreated illness among patients with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry* ; 58: 88-93, 2015 Apr.

Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry*, 106, 152223.

Richman, L.S., Pek, J., Pascoe, E., & Bauer, D.J. (2010). The effects of perceived discrimination on ambulatory blood pressure and affective responses to interpersonal stress modeled over 24 hours. *Health Psychology*, 29 (4), 403 – 411.

Ritsher, J.B., Otilingam, P.G., & Grajales, M. (2003). Internalized Stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121 (1), 31 – 49.

Robinson, Patrick; Turk, Daniel; Jilka, Sagar; Cella, Matteo. Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* ; 54(1): 51-58. 2019 Jan.

Rocha, F. L., Hara, C., & Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma. *Rev. Med. Minas Gerais*, 25(4), 590-596. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>.

Rosário, M. C., da Silva Prado, H; Lee, J., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., & Miguel, E. C. (2008). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature. *CNS spectrums*, 13(5), 425-432.

Rosario, M.C., Prado, H.S., Borcato, S., Diniz, J.B., Shavitt, R.G., Hounie, A.G., Mathis, M.E., Mastroso, R.S., Velloso, P., Perin, E.A., Fossaluza, V., Pereira, C.A., Geller, D., Leckman, J., & Miguel, E. (2009). Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS spectrums*, 14(6), 315–323.

Rosario-Campos, M.C., Miguel, E.C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsoyich, L., Scahill, L., King, R.A., Woody, S.R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., & Leckman, J.F. (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular psychiatry*, 11(5), 495–504.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Jan;15(1):53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94. Epub 2008 Aug 26. PMID: 18725912; PMCID: PMC2797569.

Sardão, Beatriz Guedes. Estigma internalizado na doença mental grave. Orientador: Ana Sofia da Silva Pinto. 2022. 45 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2022. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/141684>. Acesso em: 17 out. 2023.

Silva, T. C. M. F., & Marcolan, J. F. (2018). Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravo do sofrimento. *Rev. Enferm. UFPE*, 12(8), 2089-2098. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234776/29713>.

Smith, A.L., & Cashwell, C.S. (2010). Stigma and mental health illness: investigating attitudes of mental health and non-mental-health professionals and trainees.

Soares, R.G., Silveira, P.S., Noto, A.R., Boyd, J.E., & Ronzani, T.M. (2015). Validação da Versão Brasileira da Escala ISMI Adaptada para Dependentes de Substâncias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31 (2), 229 – 238.

Sosowsky, L. (1980). Explaining the increased arrest rate among mental patients: a cautionary note. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1602 – 1604.

Steadman, H. (1981). Critically reassessing the accuracy of public perceptions of the dangerousness of the mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 310 – 316.

Steinberg, Daniel S; Wetterneck, Chad T. OCD Taboo Thoughts and Stigmatizing Attitudes in Clinicians. *Community Ment Health J* ; 53(3): 275-280, 2017 04.

Vellozo AP, Fontenelle LF, Torresan RC, Shavitt RG, Ferrão YA, Rosário MC, Miguel EC, Torres AR. Symmetry Dimension in Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Severity and Clinical Correlates. *J Clin Med*. 2021 Jan 13;10(2):274. doi: 10.3390/jcm10020274. PMID: 33451078; PMCID: PMC7828517.

Viscardi LH, Rosa V, Vilanova F, Grevet EH, Bau CHD, Lobato MIR, Passos IC, Costa AB. The Association Between Internalized Stigma and Adherence to Treatment of Psychiatric Patients. Submetido à publicação.

Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55:738–48.

Weiss, M.G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277 – 287.

Williams, D.R., & Mohammed, S.A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20 – 47.

Williams, D.R., Gonzalez, H.M., Williams, S., Mohammed, S.A., Moomal, H., & Stein, D.J. (2008). Perceived discrimination, race and health in South Africa. *Social Science & Medicine*, 67(3), 441 – 452.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Estabelecer a relação entre os conceitos relacionados ao Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) e ao Estigma Internalizado (EI).

Objetivos específicos:

Avaliar as associações entre EI e as características clínicas do TOC como:

- A gravidade do transtorno;
- As dimensões de conteúdos sintomatológicos;
- A ocorrência/gravidade de fenômenos sensoriais;
- Os sintomas psiquiátricos associados (ansiedade, depressão).

Método

Delineamento: Trata-se de um estudo piloto, transversal e exploratório em uma população de adultos com diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo no Brasil.

População/Amostra/Amostragem: Considerando uma prevalência de 2% para uma população de 220.000.000 habitantes do Brasil, um nível de confiança de 99% e margem de erro de 10%, o tamanho amostral desejado era de 167 sujeitos.

Em função da situação da pandemia por *COVID 19* no Estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Porto Alegre, realizamos os questionários e instrumentos deste projeto com os participantes no formato *online*, reduzindo desta forma, o risco de exposição ao coronavírus (tanto para pesquisadores quanto para participantes) durante a entrevista. Folder digital sobre a pesquisa foi divulgado através de mídias sociais e, as pessoas que aceitarem participar da pesquisa, acessaram a plataforma do *REDCAP*, através do *link* contido no folder, que iniciava automaticamente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes só conseguiram iniciar a pesquisa ao concordarem com o mesmo.

A pesquisa ocorreu através da Plataforma *REDCAP*, que oportunizou de forma segura que os portadores de TOC pudessem responder aos questionários sobre dados sociodemográficos, clínicos e de estigmatização. A plataforma *REDCAP* foi desenvolvida pela Universidade Vanderbilt para colheita de dados e gerenciamento de bancos de dados colaborativos (<https://www.redcapbrasil.com.br/>). É um software livre, mas que precisa inscrição institucional, o que já ocorre com a UFCSPA (Instituição Proponente deste projeto - <https://redcap.ufcspa.edu.br/>). A plataforma *REDCAP* gera questionários que podem ser enviados aos respondedores por um link ou por QR code (*self-report*), ou preenchidos *online* com acompanhamento de um avaliador.

Assim, a amostragem foi por “bola de neve” (método não-probabilístico), quando um participante portador de TOC poderia convidar outros participantes com o mesmo diagnóstico para participar. A bola de neve é usada com frequência para acessar a populações de doenças de baixa incidência e indivíduos de difícil acesso por parte do pesquisador.

A divulgação da pesquisa se deu por meio de mídias digitais, como Facebook, Instagram, WhatsApp e email, e contou com o apoio de profissionais de saúde

(psiquiatras e psicólogos) que atendiam pacientes com TOC e que os convidaram a participar da pesquisa. Os convites também ocorreram através da Associação Solidária de TOC e Síndrome de Tourette (ASTOC - <https://www.astocst.com.br/>) e pelas Ligas de Psiquiatria das Universidades Brasileiras. O material de divulgação (folder digital) que veiculou nessas mídias digitais está no Anexo.

Critérios de Inclusão: Ter o diagnóstico de TOC pelo DSM 5 ou CID 10 - o diagnóstico de TOC deveria ter sido dado por algum profissional da área de saúde mental (psicólogo ou psiquiatra). O item sobre o diagnóstico foi autopreenchido, e foi critério de inclusão, portanto constou de uma pergunta cujas opções eram: a- Tenho TOC diagnosticado por psiquiatra ou psicólogo(a); b- Tenho TOC, mas não tive diagnóstico de psiquiatra ou psicólogo (a); c- Não tenho TOC. Todos poderão responder aos questionários, mas apenas o grupo “a” será considerado como positivo para Diagnóstico de TOC. Um outro cuidado com o procedimento para confirmação diagnóstica ocorreu por um subgrupo de 35 sujeitos sorteados entre os primeiros 140 sujeitos avaliados que concordaram explicitamente para terem seus diagnósticos confirmados por entrevista síncrona por meio de plataforma digital (*Google Meet*) com um dos membros da equipe, que então aplicou a entrevista estruturada do *DSM 5* (SCID-5), capítulo específico sobre o TOC. Os critérios de inclusão para o estudo foram:

- Idade superior a 18 anos
- Ser alfabetizado(a)
- Ser legalmente capaz de responder por si mesmo(a)
- Concordar e aceitar o Termo de Consentimento livre e esclarecido

Critério de exclusão:

- A não concordância em consentir com a participação no estudo
- Participantes com sintomas psicóticos ativos durante o período da entrevista, quadro demencial ou déficit intelectual, que prejudiquem a compreensão dos questionamentos
- Estar sob o efeito de substâncias psicoativas durante o preenchimento dos questionários

Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA e respeitou a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar. Em relação aos riscos da pesquisa, os indivíduos envolvidos poderiam apresentar desconforto por ter de responder algumas perguntas dos questionários e pelo tempo elevado para concluir todos questionários. Porém, foram orientados que poderiam abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo em relação ao tratamento já estabelecido no ambulatório de referência. Além disso, poderiam interromper o preenchimento e voltar a responder o questionário após, já que as respostas ficariam salvas. Em função do agravamento da pandemia por *COVID 19* no ano de 2021, propomos realizar nossas entrevistas no formato *online*. Utilizamos a plataforma *REDCAP* para a disponibilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento dos instrumentos que eram autoaplicáveis ou aplicados via *online* pelo avaliador (*Google meet*). Também usamos o *Google Meet* para um número limitado de pacientes, que tiveram seu diagnóstico revisado através da aplicação de entrevistas estruturadas conforme *DSM-5* (descritos na seção *instrumentos*) sendo que nenhuma imagem foi gravada, garantindo o sigilo dos participantes. Acreditamos que o momento de Pandemia exigiu muita sensibilidade para com os participantes, principalmente por tratar-se de uma população vulnerável, já que apresentavam diagnóstico psiquiátrico prévio. Portanto, utilizamos o modelo de entrevista *online*, a fim de manter maior isolamento social. Ao final dos questionários, caso o participante desejasse, receberia um relato sobre os resultados encontrados. Além disso, com as novas descobertas a respeito da estigmatização nos pacientes com TOC, opções terapêuticas poderiam ser desenvolvidas para alívio dos sintomas destes indivíduos.

Instrumentos

A. **Questionário de dados sóciodemográficos da ReTOC:** Questionário com dados sócio-demográficos: sexo, idade, peso, altura, estado civil, ocupação, religiosidade, escolaridade (mensurada em anos completos de estudo), etnia, Classificação Sócio-Econômica (ABEP) e histórico profissional – Questionário

autoaplicável

pelo

REDCAP;

B. **Histórico Psiquiátrico da ReTOC:** Questionamentos sobre histórico de tratamento psicofarmacológico, psicoterápico e internações prévias - Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

C. **Escala Obsessivo-compulsiva de YALE-BROWN - Y-BOCS** – escala utilizada na avaliação da gravidade das obsessões e compulsões do TOC; Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

D. **Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos -DY-BOCS** – escala utilizada para avaliação individual das dimensões do TOC; Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

E. **Escala para avaliação de presença e gravidade de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)**– avalia a presença de fenômenos sensoriais que antecedem ou tem relação com os sintomas compulsivos ; Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

F. **Qualidade de Vida –WHOQOL - Breve**; Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*

G. **Inventário de Depressão de Beck – Versão Português (BDI II)** – avalia a presença e gravidade de sintomas depressivos; Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*

H. **Inventário de Ansiedade de Beck (BECK-A)** – avalia a presença e gravidade dos sintomas ansiosos ; Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*

I. **Escala de Autoestima de Rosenberg:** Esse instrumento é composto por 10 itens, respondidos por meio de uma escala tipo *Likert* de quatro pontos que avalia o grau de concordância do participante em relação à assertiva. Desenvolvida por Rosenberg (1965), é considerada padrão-ouro internacional para avaliação do construto autoestima 64 69 72. No Brasil, esse instrumento foi adaptado e

normatizado pelo grupo de pesquisas do Prof. Dr. Claudio Hutz 70 71 72. Os resultados dos estudos de evidências de validade e precisão do instrumento indicam que o mesmo apresenta propriedades psicométricas adequadas. O instrumento foi normatizado no Brasil para população entre 10 e 50 anos de idade 71. Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

J. **Perceived Devaluation and Discrimination Scale** (Link, 1987). Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

K. **The Stigma Scale** (King et al., 2007). Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

L. **Escala de Discriminação Explícita** (Bastos et al., 2012) - traduzida para português e tiveram suas propriedades psicométricas avaliadas na população brasileira. Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

M. **Medication Adherence Questionnaire** (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008). Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

N. **Internalized Stigma of Mental Illness** (Ritsher et al., 2003) - traduzida para português e tiveram suas propriedades psicométricas avaliadas na população brasileira (Soares, Silveira, Noto, Boyd & Ronzani, 2015). Questionário autoaplicável pelo *REDCAP*;

As versões avaliadas para o contexto brasileiro foram as utilizadas no presente estudo, com exceção da última que em sua versão traduzida foi adaptada para indivíduos com dependência de substância química, o que fez com que alguns ajustes tivessem que ser feitos para melhorar a compreensão no contexto dos transtornos mentais. Como a *Perceived Devaluation and Discrimination Scale*, a *Medication Adherence Questionnaire* e a *The Stigma Scale* não tiveram suas propriedades psicométricas avaliadas para o contexto brasileiro, elas foram traduzidas de inglês para português por dois indivíduos bilíngues separadamente, levando em conta os

aspectos relevantes para tradução de instrumentos entre culturas. As discordâncias foram resolvidas por um terceiro par.

Para fins da elaboração da Dissertação de Mestrado, apenas um dos questionários de Estigma (**Internalized Stigma of Mental Illness** (Ritsher et al., 2003)) foi utilizado nas análises psicopatológicas do TOC. Os demais questionários e escalas serão explorados posteriormente em outros artigos.

Análise de dados

As variáveis categóricas foram descritas por valores absolutos (n) e relativos (%). As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio-padrão (DP) ou por mediana e valores mínimo e máximo (min-max), conforme apresentassem distribuição normal ou não, avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

Análise Univariada

A comparação dos escores contínuos das escalas de estigmatização e de gravidade de sintomas foi realizada por teste t de Student ou Mann-Whitney quando a comparação for entre 2 grupos (ex.: sexo, presença ou não de alguma condição), ou por One Way ANOVA (com post hoc de Sheffé) ou Kruska-Wallis quando a comparação for entre 3 ou mais grupos (ex.: tipos de conteúdos de sintomas obsessivo-compulsivos). A comparação das taxas (%) foi realizada pelo qui-quadrado de Yates (no caso de variáveis dicotômicas) ou qui-quadrado de Pearson (para variáveis politômicas).

Regressão Linear Múltipla (RLM)

Para o projeto optamos por realizar 3 modelos de RLM para cálculo da predição da influência das variáveis categóricas e das gravidades dos sintomas (variáveis independentes) serão conduzidas com as seguintes variáveis dependentes:

- Modelo 1 - Predição do Preconceito internalizado (Internalized Stigma of Mental Illness) – ARTIGO 1

- Variáveis independentes: sexo; etnia; estado civil; ocupação; história familiar de TOC; o escore total na Perceived Devaluation and Discrimination Scale; o escore total na Escala de Discriminação Explícita; os escores por fator da The Stigma Scale; Escala de Autoestima de Rosenberg; Escore total da DY-BOCS; escores das

dimensões da DY-BOCS; escores totais das escalas de depressão e ansiedade de Beck.

- Modelo 2 - Predição do engajamento ao tratamento (Medication Adherence Questionnaire) – ARTIGO 2

-Variáveis independentes: sexo; etnia; estado civil; ocupação; história familiar de TOC; o escore total na Perceived Devaluation and Discrimination Scale; escore total de Internalized Stigma of Mental Illness escore total na Escala de Discriminação Explícita; os escores por fator da The Stigma Scale; Escala de Autoestima de Rosenberg; Escore total da DY-BOCS; escores das dimensões da DY-BOCS; escores totais das escalas de depressão e ansiedade de Beck.

- Modelo 3 - Predição da gravidade de sintomas obsessivo-compulsivos (DY-BOCS) – ARTIGO 3

-Variáveis independentes: sexo; etnia; estado civil; ocupação; o escore total na Perceived Devaluation and Discrimination Scale; escore total de Internalized Stigma of Mental Illness escore total na Escala de Discriminação Explícita; os escores por fator da The Stigma Scale; Escala de Autoestima de Rosenberg; escores totais das escalas de depressão e ansiedade de Beck; escore total da Medication Adherence Questionnaire.

A análise estatística foi realizada através do programa Statistical Package for Social Sciences 23.0 (SPSS). Os testes de significância para comparações realizados foram embasados em análises de variância múltiplas, sendo que apenas valores de $p < 0,05$ serão considerados significantes.

Revista científica

Optamos por redigir um artigo *“Stigmatization against patients with Obsessive-Compulsive Disorder: an exploratory study”*.

O artigo será submetido para o periódico *“Psychiatry Research”*. As regras da Revista estão anexadas à dissertação.

Artigo:

Stigmatization of patients with obsessive-compulsive disorder: An exploratory survey

Patrycia Chedid Danna^{a,b,*}, Patrick Backes Bolzan^a, Angelo Brandelli Costa^c, Ygor Arzeno Ferrão^{a,d,e}

^a School of Medicine, Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA), Rua Sarmiento Leite, 245, Centro Histórico, 90050-170, Porto Alegre, RS, Brazil. E-mails: patryciad@gmail.com, bolzanpatrick@gmail.com, ygoraf@ufcspa.edu.br

^b School of Medicine, Federal University of the Southern Frontier (UFFS), Rua Capitão Araújo, 20, Centro, 99010-121, Passo Fundo, RS, Brazil. E-mail: patryciad@gmail.com

^c School of Health and Life Sciences, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS), Avenida Ipiranga, 6681, Partenon, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brazil. E-mail: angelo.costa@pucrs.br

^d Coordination, Obsessive-Compulsive Disorder Research Network (ReTOC), Rua Gomes Carneiro, 1, Centro, 96010-610, Pelotas, RS, Brazil. E-mail: ygoraf@ufcspa.edu.br

^e The Latin American Trans-ancestry INitiative for OCD genomics (LATINO). E-mail: ygoraf@ufcspa.edu.br

*Corresponding Author:

Patrycia Chedid Danna

BR-285, 6100

99022-100 – Passo Fundo, RS

Brazil

Tel: +55 54 991151755

patryciad@gmail.com

Abstract

Historically, people with psychiatric disorders or overt psychopathological manifestations have been a constant target of stigma, defined as an adverse social judgment about a person or group. One possible manifestation of stigma is internalized stigma (IS) or self-stigma, i.e., the stigma people experience about their own condition. The relationship between obsessive-compulsive disorder (OCD) and IS remains poorly understood. This exploratory study aimed to evaluate potential associations between stigma, IS, and OCD. 83 participants with OCD completed self-report measures on experiences of discrimination, IS, and perceived stigma resulting from OCD. Data were collected through the secure online Research Electronic Data Capture (REDCAP) platform. IS showed a direct and moderate correlation with the severity of OCD symptoms, the Aggression and Symmetry dimensions, the presence of sensory phenomena, and anxiety. Depression showed a direct, moderate-to-strong correlation with IS. An active sex life was inversely proportional to IS. Family history of OCD, age of onset, disease duration, and the Stigma Resistance construct were not associated with the variables of interest. We conclude that IS appears to influence the presentation of OCD. In this study, depression was the strongest predictor of IS.

Keywords: Stigmatization; Obsessive-Compulsive Disorder; Exclusion, Social; Perceived Discrimination.

1. Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a heterogeneous, multifaceted, and complex condition (Vellozo et al., 2021). Stigma appears to be one of the barriers that can influence this delay, although there is no evidence to substantiate this hypothesis. Poyraz et al. (2015) note that treatment delay can affect up to 12.5% of patients. Durna et al. (2019) note that OCD patients with symptoms involving sexual and violence/aggression content experience as much social rejection as persons with schizophrenia, while those with symptoms involving religiousness/scrupulosity, contamination, and checking compulsions do not suffer as much social distance. In a survey conducted in 2019, OCD was the most trivialized psychiatric disorder (Robinson et al., 2019), most likely due to the nature of its symptoms and depictions of the disorder in the media.

OCD may be divided into subtypes based on symptom content or theme (Rosario-Campos et al., 2006), e.g., 1. aggression, violence, and natural disasters; 2. Sexual, moral, and religious obsessions; 3. symmetry, organization (“just right”), and ordering/arrangement; 4. Contamination and cleaning/washing; and 5. hoarding. Many patients with OCD experience nonspecific unpleasant feelings, urges, or physical/bodily sensations before or during their performance of repetitive behaviors (compulsions). Such subjective experiences are called sensory phenomena and occur with varying levels of severity (Miguel et al., 2000; Prado et al., 2008; Ferrão et al., 2012).

Thus, depending on its psychopathological presentation, OCD can expose the sufferer to varying degrees of stigmatization. According to Weiss et al. (2006, p. 280), stigma can be defined as “a social process, experienced or anticipated, characterized by exclusion, rejection, blame or devaluation that results from experience or reasonable anticipation of an adverse social judgment about a person or group”. One of the manifestations of stigma is discrimination, i.e., the behavior of treating members of one group in a disparaging manner in

relation to another. Realizing that one is a victim of discrimination is a stressful event (Pascoe and Smart Richman, 2009), and the more a subject realizes that they have been discriminated against, the greater their tendency to develop potentially pathological manifestations (Smart Richman et al., 2010) or increased physical reactivity to stressful social situations (Guyll et al., 2001). Such factors can lead to greater vulnerability to physical illnesses (Gee et al., 2007) such as hypertension and obesity (Williams and Mohammed, 2009).

Although many persons with OCD do not report experiencing stigma, all agree that they tend to hide the presence of symptoms, which can result in what is known as Internalized Stigma (IS) (Morgiève et al., 2017). Many patients also avoid reporting their symptoms, as these are often either of a very intimate nature or egodystonic, causing suffering due to the shame associated with their specific contents (Steinberg et al., 2017).

IS, or self-stigma, can thus be conceptualized as a subjective process characterized by negative feelings directed against oneself, internalizing the three pillars of stigma – stereotypes, prejudice, and discrimination – and turning them against oneself (self-stereotyping, self-prejudice, and self-discrimination). Therefore, IS is stigmatization similar to that coming from others, but originating from oneself (Corrigan et al., 2002a).

Several instruments have been developed to assess IS; the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale is among those most widely used and validated internationally (Boyd et al., 2014). In Brazil, this scale has been validated and found to be applicable to the local reality (Soares et al., 2015). The scale consists of 29 randomly distributed items divided into five IS constructs: Alienation (6 items), Stereotype Endorsement (7 items), Perceived Discrimination (5 items), Social Withdrawal (6 items), and Stigma Resistance (5 items) (Ritsher et al., 2003). The concepts involved in stigma and IS have not yet been adequately studied when it comes to OCD. Access to more information on this topic can be of great value for patient assessment and treatment planning.

Within this context, the objective of this study was to establish the relationship between concepts related to OCD and IS. We also sought to evaluate associations between IS and clinical characteristics of OCD, such as disease severity, symptom content dimensions, the occurrence and severity of sensory phenomena, and associated psychiatric symptoms (anxiety, depression).

Our main hypotheses were that there would be associations between IS and OCD, especially with symptom dimensions related to aggression and sex/religion, as these dimensions – which together are known as “taboo thoughts” – tend to lead to greater discomfort and embarrassment among patients (Brakoulis et al., 2013).

2. Material and Methods

2.1. Design and procedures

This cross-sectional, exploratory study evaluated a population of 83 adults with a DSM-V diagnosis of OCD (First et al., 2002). Participants were recruited from several states in Brazil, and 38 (45.8%) were female. Both recruitment and data collection took place between 2021 and 2022, fully online, through the Research Electronic Data Capture (REDCAP) platform (Harris et al., 2009).

REDCAP (<https://www.redcapbrasil.com.br/>) was developed by Vanderbilt University for collaborative data collection and management. It is free software, but requires institutional registration, which in this case was provided by the project sponsor, UFCSPA (<https://redcap.ufcspa.edu.br/>). The REDCAP platform enables generation of self-report questionnaires that can be accessed securely and directly by respondents through a Web link or QR code (Harris et al., 2009).

Due to restrictions imposed by the COVID-19 pandemic during the data collection period, the study was publicized on social media (including Facebook, Instagram, and

WhatsApp) and via email, through an electronic press kit containing an access link for prospective participants. This eliminated any risk of coronavirus exposure for both researchers and participants. All respondents signed an Informed Consent Form (ICF) before completing any of the questionnaires and instruments.

Invitations were sent by professionals registered with Associação Solidária de TOC e Síndrome de Tourette (ASTOC, <https://www.astocst.com.br/>, a nongovernmental organization) and psychiatry interest groups across several Brazilian medical schools. Furthermore, snowball sampling (a nonprobabilistic method whereby a participant invites other persons they know with the same diagnosis to take part in the study) was also used.

The OCD screener was self-completed and consisted of the following items: a) “I have OCD diagnosed by a psychiatrist or psychologist”; b) “I have OCD, but I wasn’t diagnosed by a psychiatrist or psychologist”; or c) “I don’t have OCD”. All participants were allowed to complete the questionnaires, but only those who answered “a” on the screener were considered for purposes of analysis. The inclusion criteria were age over 18 years, ability to read and write, legal competence to complete the questionnaires, and provision of written informed consent.

Of the 186 individuals who registered via REDCAP, 178 (96.7%) agreed to participate. Of these, 26 (14.0%) claimed not to have OCD and 11 (5.9%) claimed to have OCD, but not diagnosed by a psychiatrist or psychologist; 58 others (31.2%) did not complete the questionnaires, even after three or more attempts at contact, and were thus excluded. Therefore, 83 participants (44.6%) were included in the analysis. Of these, 38 (45.7%) were randomly selected for confirmation of OCD diagnosis through the Structured Clinical Interview for DSM-5 (First et al., 2002). All had their diagnoses confirmed.

The sociodemographic characteristics of participants are described in Table 1. The profile of the sample was predominantly male, heterosexual, single but in a current sexual relationship, employed, and self-identifying as white.

INSERT TABLE 1 HERE

2.2. Assessment instruments

The self-report assessment instruments, all administered through REDCAP, are described in brief below.

- ReTOC sociodemographic data questionnaire: Designed to collect sociodemographic data: sex, age, weight, height, marital status, occupation, religiosity, educational attainment (measured in years of schooling completed), ethnicity, socioeconomic classification (per the Brazilian Association of Research Companies criteria), and occupational history.

- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): designed to assess the severity of OCD obsessions and compulsions; consists of 10 items ranging from 0 (no symptoms) to 4 (extreme severity), for a maximum score of 40 (20 for obsessions and 20 for compulsions) (Goodman et al., 1989a; Goodman et al., 1989b).

- Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an 88-item scale used to test for the presence and severity of six dimensions of OCD symptoms: harm/aggression, sexual/religious, contamination/cleaning, symmetry, collecting/hoarding, and miscellaneous. The clinical severity of each dimension (both currently and during the respondent's worst phase) is assessed in terms of frequency, distress, and interference, with a maximum score of 15.5 for each aspect. It also provides for assessment of the overall severity of OCD, which ranges from 0 to 15 for symptoms and from 0 to 15 for the impairment they cause, with a total overall score ranging from 0 to 30 (Rosario-Campos et al., 2006).

- University of São Paulo Sensory Phenomena Scale (USP-SPS) – assesses the presence and severity of sensory phenomena (SP) that precede or accompany compulsive symptoms. Sensory phenomena include bodily sensations (usually tactile, muscular, or skeletal-visceral) and mental sensations (e.g., discomfort, urge to release an “energy”, a feeling of incompleteness, or not feeling “just right”). Current and past scores range from 0 to 15, with higher scores indicating more severe SP. This variable was analyzed both as categorical (presence/absence of SP) and quantitative (severity of SP) (Rosario et al., 2009).

- Beck Depression Inventory (BDI II), Portuguese Version: assesses the presence and severity of depressive symptoms. The BDI consists of 21 items that investigate symptoms and attitudes related to depressive disorders, with intensity ranging from 0 to 3 (maximum score: 63). Symptoms are graded as absent or minimal (score 0 to 9), mild (10–18), moderate (19–29), or severe symptoms (30–63) (Beck et al., 1961).

- Beck Anxiety Inventory (BAI): assesses the presence and severity of anxious symptoms. It also consists of 21 items scored from 0 to 3 (maximum: 63). Each item describes subjective, somatic, or panic-related anxiety symptoms in the previous week (Beck et al., 1988).

- Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) (Ritsher et al., 2003): translated into Portuguese and validated psychometrically in the Brazilian population (Soares et al., 2015). This scale is a measure of the internalization of social stigma related to mental illness. It is composed of 29 items assessing 5 constructs of IS: Alienation, Stereotype Endorsement, Perceived Discrimination, Social Withdrawal, and Stigma Resistance.

Alienation concerns the subjective feeling of inferiority or not belonging in relation to society. Stereotype Endorsement measures the degree to which the respondent agrees with, or sanctions, stereotypes related to their illness. Perceived Discrimination assesses the respondent’s perception of being treated differently. Social Withdrawal assesses the way an

individual behaves socially, with emphasis on avoidant behaviors. Finally, Stigma Resistance demonstrates the respondent's ability to not internalize stigma but rather counter the imposition of stereotypes related to their mental illness (Sardão, 2022). Thus, among the IS sub-scores of the scale, Stigma Resistance is the only construct that opposes negative stereotypes of mental illness.

- Structured Clinical Interview for DSM 5 Axis I Disorders, Patient Edition (SCID I/P): The SCID was used to screen for comorbidities and confirm the diagnosis of OCD. This widely used, semi-structured interview is considered the gold standard for evaluating Axis I psychiatric diagnoses against the DSM-5 criteria (First et al., 2002).

2.3. Ethical aspects

The Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA) Research Ethics Committee approved the study protocol on April 27, 2021 (opinion no. 2104036), in compliance with National Health Council (CNS) Resolution 466/2012. All participants signed the ICF online, via the REDCAP platform. Participants were informed that they could discontinue their participation at any time. We believe the circumstances imposed by the pandemic required extraordinary sensitivity towards the participants, especially because they constitute a vulnerable population due to their psychiatric diagnosis. Once all questionnaires were completed, participants were shown their scores. The authors took measures to ensure the secure storage and confidentiality of the collected data and safeguard the anonymity of all participants.

2.4. Statistical analysis

Categorical variables were expressed as absolute (n) and relative (%) frequencies. Continuous variables were described as means (μ) and standard deviations (SD) or medians

(Md) and ranges (min-max), depending on their normality of distribution, as assessed by the Kolmogorov–Smirnov test.

To calculate the prevalence of IS, we divided the sample into quartiles and agreed that individuals with a total score below the 25th percentile (lowest quartile) would be defined as not having IS, whereas values between the 25th and 75th percentiles (second and third quartiles) would denote “subclinical IS” and scores above the 75th percentile (top quartile) would represent “clinical IS”. The same reasoning was applied to IS severity sub-scores.

Univariate exploratory analysis

Spearman's rank correlation test was used to test for correlation between ISMI scores/sub-scores and the scores/sub-scores of the obsessive-compulsive symptom scales. Student's *t*-test was used for comparison of mean ISMI scores and sub-scores between groups. The significance level was set at 5%.

Multiple linear regression (MLR)

After univariate analysis, 2 MLR models were run to predict the influence of independent variables on IS. Both MLR models included only those variables that achieved statistical significance ($p < 0.05$) on univariate analysis.

- Model 1: Prediction of internalized prejudice (Internalized Stigma of Mental Illness). Prediction of the internalized stigma of mental illness by the severity of obsessive/compulsive symptoms (YBOCS total score), sensory phenomena (USP-SPS), and depression (BDI-II) and anxiety (BAI) symptoms. The correlations between these variables were not high (all below 0.8). There was no collinearity between these variables (variance inflation factors [VIFs] of

1.63, 1.51, 2.56, and 2.22, respectively, i.e., all below 10). Testing detected no autocorrelation in the residuals (Durbin–Watson statistic = 2.131), i.e., the residuals were independent. Z-scores ranged between -3 and 3, denoting the absence of outliers. Histogram and P-P plot analysis of the dataset suggested that the residuals were normally distributed. A scatter plot showed homogeneity of variances.

- Model 2: Prediction of internalized stigma of mental illness by the severity of the content dimensions of obsessive-compulsive symptoms according to DY-BOCS (Aggression, Sexual/Religious, Symmetry, Contamination, and Hoarding). The correlations between these variables were not high (all below 0.8). There was no collinearity between these variables (variance inflation factors [VIFs] of 1.43, 1.36, 2.01, and 1.81, respectively, i.e., all below 10). Testing detected no autocorrelation in the residuals (Durbin–Watson statistic = 1.847), i.e., the residuals were independent. Z-scores ranged between -3.167 and 3, suggesting the presence of a single outlier. Histogram and P-P plot analysis of the dataset suggested that the residuals were approximately normally distributed. A scatter plot showed homogeneity of variances.

3. Results

3.1. Prevalence and manifestations of internalized stigma in patients with OCD

Of the 83 respondents, 23 (27.7%) had ISMI scores below 55 and were thus considered to have no IS, 39 (47.0%) had a score between 55 and 75 and were considered to have “subclinical” IS, and 21 (25.3%) had an IS score above 75, denoting “clinical” IS per our classification. Results for the IS constructs are shown in Table 2.

INSERT TABLE 2 HERE

3.2. Association of internalized stigma with clinical characteristics of obsessive-compulsive disorder

3.2.1. Internalized stigma and severity of obsessive-compulsive symptoms

The association of IS scores and sub-scores with the severity of obsessions, compulsions, and total Y-BOCS scores, as well as the severity of the DY-BOCS symptom dimensions, are described in Table 3.

IS (as evaluated through all ISMI sub-scores) had a direct, moderate correlation with the severity of obsessive symptoms ($r_{\text{Spearman}} = 0.461$; $p < 0.001$) and compulsive symptoms ($r_{\text{Spearman}} = 0.446$; $p < 0.001$), with individual direct, moderate correlations with the Alienation, Stereotype Endorsement, Perceived Discrimination, and Social Withdrawal sub-scores. There was no statistically significant association between the severity of obsessive-compulsive symptoms and the Stigma Resistance sub-score.

More specifically in relation to the types of OCD symptoms, IS and the severity of the aggressive content dimension in DY-BOCS showed a direct, moderate correlation ($r_{\text{Spearman}} = 0.472$; $p < 0.001$), mainly due to the Alienation, Stereotype Endorsement, Perceived Discrimination, and Social Withdrawal sub-scores. The Symmetry dimension was associated with Stereotype Endorsement and Perceived Discrimination ($r_{\text{Spearman}} = 0.301$; $p = 0.006$). The other dimensions showed only weak associations with IS, as shown in table 3. The Stigma Resistance construct did not show any association with the DY-BOCS symptom dimensions.

INSERT TABLE 3 HERE

3.2.2. Internalized stigma and presence of specific obsessive-compulsive symptom contents

The presence or absence of certain obsessive-compulsive symptom contents, according to the DY-BOCS, allowed the comparison of IS construct scores within each symptom dimension. The results of this analysis are described in Table 4.

Participants who endorsed the Aggressive content dimension of DY-BOCS showed higher scores in the Alienation, Perceived Discrimination, and Internalized Stigma subscales. Patients with Symmetry/Organization symptoms had higher Stereotype Endorsement scores.

INSERT TABLE 4 HERE

3.2.3. Internalized stigma and the presence of sensory phenomena

Our findings demonstrate a direct, moderate correlation between the presence of SP and IS scores and sub-scores. As shown in Table 5, the presence of SP was associated with worse IS scores. The Stigma Resistance sub-score was not associated with the presence of SP.

INSERT TABLE 5 HERE

3.2.4. Internalized stigma and severity of depression and anxiety symptoms

Table 6 highlights the association between IS scores and the severity of depression and anxiety symptoms, as measured by the Beck scales (BDI II and BAI). In the sample as a whole, the severity of depressive symptoms showed a direct, moderate-to-strong correlation with IS and its constructs, except Stigma Resistance. Anxiety symptoms, in turn, correlated directly and moderately with IS and its sub-scores.

INSERT TABLE 6 HERE

3.2.5. Multiple linear regression (MLR) models

MLR 1 – Severity of general symptoms (obsessive-compulsive symptoms, sensory phenomena, symptoms of depression and anxiety)

The OCD severity score measured by the Y-BOCS predicts 22.2% of variance in the IS score; the severities of OCD and Sensory Phenomena explained 26.6% of variance in IS; and the severities of OCD, Sensory Phenomena, and Depression explained 48.6% of this variance. Model 4 (severities of OCD [Y-BOCS], SP [USP-SPS], depressive symptoms [BDI II], and anxiety symptoms [BAI]) did not add significantly to IS variance when compared to Model 3; in other words, anxiety symptoms do not seem to influence the severity of IS.

MLR analysis showed a statistically significant model [$F(4,78)=18.431$; $p<0.001$; $R^2=0.486$]; however, only the depressive symptoms score as measured by the BDI-II ($\beta=0.577$; $t=4.445$; $p<0.001$) was a predictor of the IS score. Y-BOCS score ($\beta=0.106$; $t=1.024$; $p=0.309$), sensory phenomena as measured by the USP-SPS ($\beta=0.106$, $t=0.788$, $p=0.433$), and anxiety symptoms as measured by the BAI ($\beta=0.014$; $t=0.119$; $p=0.905$) were not shown to be predictive of variance in the IS score.

This relationship can be described by the following equation:

$$y = b_0 + b_1.x_1, \text{ or IS score} = 46,365 + 0.603 (\text{BDI-II score})$$

MLR 2 – Severity of specific obsessive-compulsive symptoms

The Aggression content dimension score predicted 23.9% of variance in the IS score. The other models (Model 2, Aggression score + Sexual/Religious score; Model 3, Aggression score + Sexual/Religious score + Symmetry score; and Model 4, Aggression score + Sexual/Religious score + Symmetry score + Contamination score) do not added a significant effect to IS variance when compared to Model 1. In other words, the only OCD symptom content dimension that seems to be associated with internalized stigma is Aggressiveness.

MLR analysis showed a statistically significant model [$F(4,78)=7.566$; $p<0.001$; $R^2=0.481$]; however, only the Aggression symptom content score ($\beta=0.360$; $t=3.133$; $p=0.002$) was considered predictive of the IS score.

This relationship can be described by the following equation:

$$y = b_0 + b_1.x_1, \text{ or IS score} = 51.5 + 1.299 (\text{DY-BOCS Aggressiveness symptom dimension score})$$

4. Discussion

The main findings of this work include: the overt presence of IS in patients with OCD (especially as determined by the Alienation, Perceived Discrimination, and Stigma Resistance constructs); the association of OCD severity with greater severity of IS and its constructs; the specific association of IS with aggressive symptom content; the influence of both the presence and severity of sensory phenomena on IS scores; and the relationship between severity of depression (but not anxiety) symptoms and severity of IS in patients with OCD. These findings will be discussed in detail below.

4.1. The presence of IS in patients with OCD

OCD is associated with unpleasant, negative emotions that may play a role in IS. A comparison of IS in OCD versus IS in other psychiatric illnesses shows that, in OCD, the IS constructs with the highest scores were Alienation, Perceived Discrimination, and Stigma Resistance. According to Viscardi et al. (2023), patients with different mental health diagnoses share common stigmas regarding the Alienation construct, i.e., people with mental illness generally perceive that they do not belong in society; they feel displaced from the world because of their mental disorder, and subjectively experience feelings of inferiority in relation to other people. Furthermore, in patients with schizophrenia IS scores are lower for

Perceived Discrimination and Social Withdrawal, whereas patients with ADHD and BD tend to be more withdrawn/avoidant of persons and activities than those with schizophrenia (Viscardi et al., 2023).

In fact, few studies have evaluated the implications of a mental health diagnosis for the internalization of stigma and the severity or persistence of symptoms, nor as factors that hinder the response to treatment. Sardão (2022) notes that patients with schizophrenia and bipolar disorder (BD) internalize stigma more than those diagnosed with anxiety. She further notes that the degree of IS is lower in patients with unipolar mood disorders compared to psychotic disorders, as is the impact of severe positive symptoms on self-stigma (Sardão, 2022). However, there are no head-to-head comparisons of these different populations versus OCD in relation to IS constructs.

Figure 1 highlights the differences in presence of IS constructs across the different disorders mentioned above, according to the literature. We hypothesize that the psychopathological diversity of OCD, schizophrenia, BD, and ADHD symptoms has distinct implications for the different IS constructs.

INSERT FIGURE 1 HERE

4.2. Severity of obsessive-compulsive symptoms and IS

As shown in Table 3, IS has a direct, moderate correlation with the severity of obsessive and compulsive symptoms (OCS). This association was mainly attributable to the Alienation, Stereotype Endorsement, Perceived Discrimination, and Social Withdrawal sub-scores. Thus, the greater severity of SOC as measured by Y-BOCS appears to cause a subjective feeling of inferiority in relation to one's peers, possibly due to the discrimination suffered and the belief of being less capable of working, experiencing difficulty in

relationships, and having no control over obsessive thoughts and/or repetitive behaviors. A previous study showed that people with mental disorders tend to experience more discrimination than people with physical illnesses or disabilities (Piner and Kahle, 1984; Weiner et al., 1988) and are less likely to be employed (Corrigan and Watson, 2002b; Williams et al., 2008), as well as at greater risk of being falsely reported/accused of violent crimes (Sosowsky, 1980; Steadman, 1981). Patients with severe OCD also feel that they are treated differently and perceive a certain amount of discrimination from society. This may in fact be true (due to the presence of overt manifestations) or may just be a misperception by the OCD sufferer, without necessarily corresponding to reality. This awareness of the stereotype may be due to the fact that obsessions are egodystonic, i.e., the subject (most of the time) has insight that their compulsive thoughts and behaviors are meaningless and strange and aware that, by carrying them out, they will be seen and understood as such by most outsiders (Avila et al., 2019). The more a subject realizes that they have been discriminated against, the greater their tendency to develop potentially pathological manifestations (Smart Richman et al., 2010) or increased physical reactivity to stressful social situations (Guyll, 2001). Internalization of stigma occurs mainly through the perception and awareness of social stereotypes, followed by acceptance and endorsement of such stereotypes (Howland et al., 2016).

Thus, the more severe their OCD, the greater the patients' endorsement of the stereotype of OCD they observe in society, i.e., a person full of strange, unusual quirks and tics, experiencing a certain degree of suffering and, sometimes, a laughingstock, as depicted in various films that have addressed this condition or exploited it as a plot device (Brooks, 1997; Scott, 2003; Scorsese, 2004; etc.). Furthermore, the more severe the symptoms of OCD, the greater one's exposure to negative judgments, ultimately leading to endorsement of these judgments. However, not all people diagnosed with a mental illness apply stereotypes of this

illness to themselves (Sardão, 2022), despite a tendency to accept and endorse the stereotype. Perhaps this assimilation can be viewed as a “survival strategy” of sorts. Opposing the stigma of mental illness constitutes a challenge, as this requires the individual to internalize positive perspectives that run counter to the social impositions of stereotypes. One study showed that incorporating such stereotypes of mental disorders into one’s identity can cause harm, including low self-esteem, low self-efficacy, and lower medication adherence (Livingston and Boyd, 2010).

Finally, the greater severity of SOC results in greater severity of avoidant behaviors, especially with regard to social interactions. Once again, the egodystonic aspects of OCD seem to play a significant role in this association, since experiencing symptoms that are more difficult to control can cause shame in social situations, as sufferers may find themselves more subject to others’ judgment. Some studies have found that discrimination against people with a mental health diagnosis erodes their social status and can cause embarrassment (Smith and Cashwell, 2010), social exclusion, and isolation, with significant negative impacts on their treatment (Ritsher et al., 2003; Javed et al., 2021). Another study found that, when individuals perceive themselves as belonging to a socially depreciated category, they tend to anticipate prejudice and disparagement, even if these do not actually occur (Felicissimo et al., 2013).

4.3. Content of obsessive-compulsive symptoms and IS

Among the dimensions of OCD, only the symptom score of Aggressiveness content was considered a predictor of IS ($r_{\text{Spearman}} = 0.472$ and $p = <0.001$), specifically due to its association with Alienation and Stereotype Endorsement scores. Our hypothesis that we would also find a significant relationship between IS and Sexual/Religious content ($r_{\text{Spearman}} = 0.298$ and $p = 0.006$), due to such thoughts characteristically being associated

with shame and guilt, was rejected. This association may not have occurred because, although both dimensions involve other people, thoughts in the Aggressiveness dimension are more likely to come to fruition, as violent acts are somewhat less reprehensible than taboo sexual/religious behaviors. Thus, the exposure to external condemnation, judgment, and discrimination of individuals who experience OCD symptoms with prominent aggressive/violent content potentially increases the possibility of internalizing stigma. Conversely, the potential for realization of obsessions of a sexual/religious nature is greatly limited by social sanctions; hence, these tend to remain only within the realm of thought. The Sex/Religion dimension of the DY-BOCS combines both sexual and religious thoughts, which have different connotations. This may have introduced bias to the results, as the two concepts were combined in the questionnaires. Therefore, it is our understanding that future studies should distinguish sex-related SOC from religious/blasphemous SOC when seeking to explore associations with IS.

4.4. Presence of sensory phenomena

Except for Stigma Resistance, all other IS sub-scores showed a direct, moderate correlation with SP. In a comparison of 148 OCD patients with good insight versus 124 with poor insight, Avila et al. (2019) found an association between SP and the latter. As suggested by the authors, the presence of SP may indicate treatment failure, as well as an increase in IS, so that SP (and reduced insight into one's symptoms) would reinforce the "vicious cycle" of OCD. Poor insight of one's symptoms hinders one's ability to interrupt or control OCS (especially compulsions) (Jakubovski et al., 2011), instead perceiving them as "proper", "appropriate", "relevant", or even "necessary". Therefore, both treatment failure and chronification of OCS may be responsible for IS in these patients. Otherwise, the reduced

insight in relation to compulsions caused by SP may be an intermediary in the development of IS.

4.5. Depression and anxiety

Our results showed a strong association of depression ($r_{\text{Spearman}} = 0.710$ and $p < 0.001$) with the IS constructs, while anxiety was only moderately correlated ($r_{\text{Spearman}} = 0.529$ and $p < 0.001$). Severity of depression showed the greatest strength of association with IS, which confirms our hypothesis that depression and IS are correlated variables. Thus, the internalization of stigmatizing situations potentially worsens depressive symptoms. This is consistent with studies which found that prejudice and stigma associated with mental disorders promote severe psychological distress, leading to deterioration of the underlying psychopathology (Rocha et al., 2015; Silva and Marcolan, 2018). Furthermore, according to Rocha et al. (2015, p. 595), the negative consequences of stigma influence the internal perceptions, emotions and beliefs of the stigmatized person, leading to self-stigma, whereby the person adopts passive, ashamed, self-devaluing behaviors and ceases playing their social role. These are all characteristic symptoms of depression. Thus, it is our understanding that OCS combined with higher IS scores can increase the severity of depressive symptoms, just as OCS combined with higher depression scores can facilitate the onset of IS. This allows the establishment of a vicious feedback loop of factors that perpetuate the disease. Nevertheless, the methodology of this study precludes assessment of reverse causality between OCS, depression, and IS. One possible question for future research is whether IS symptoms may be confused with depressive symptoms, as they are somewhat similar insofar as they reveal low self-esteem and self-deprecation.

Finally, once the MLR models were applied, the only conclusions supported by our findings are that the Aggressive content dimension of OCD symptoms and the presence of depressive symptoms are predictive of IS.

5. Final Considerations

Although the findings of this study were not directly compared with a sample of healthy individuals, they are of fundamental importance for building the evidence base on the association between OCD and IS. Furthermore, our results suggest a need for evaluation and treatment of symptoms of other psychiatric disorders comorbid with OCD, especially depressive symptoms. These findings support the importance of continued, in-depth research into this topic.

The present study has some limitations that should be noted:

- Although the ISMI scale has been scientifically validated and is widely used in Brazil, it has not been used previously to assess stigmatization of patients with OCD. The process of validating the scale for this population will be described elsewhere;
- The lack of control over how the sample was recruited, since the selection of participants was left to the respondents themselves (“snowball” sampling) (Goodman, 1961), with no investigator responsible for the selection and inclusion of participants based on predefined inclusion criteria, which may lead to uncertainty as to whether all participants were eligible. However, as this was an exploratory study, we believe there should be no impact;
- Like all nonprobabilistic techniques, “snowball” sampling and online recruitment cannot ensure the diagnostic accuracy of the sample (Goodman, 1961);

- The sample size (83 individuals) was only half of the initially stipulated number of 167 respondents. Nevertheless, important findings were obtained and can serve as a basis for studies with larger samples.

In short, although the generalizability of our findings may be somewhat limited, they are applicable to a large number of patients with moderate to severe OCD symptoms. Despite these limitations, the present study proved to be pioneering and significant in identifying and measuring the degree of association of intrinsic (aggressive symptoms) and extrinsic (depressive symptoms) aspects of the psychopathological phenomenology of obsessive-compulsive disorder with key aspects of the phenomenology of internalized stigma. These findings can have significant implications not only to inform detailed, individualized diagnostic investigations, but also to inform complementary therapeutic approaches, especially for patients with OCD resistant or refractory to conventional treatments.

Disclosures

Financial Support: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Declarations of interest: None.

Ethical approval: The Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA) Research Ethics Committee approved the study protocol on April 27, 2021 (opinion no. 2104036), in compliance with National Health Council (CNS) Resolution 466/2012.

Informed consent: Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Data statement: The raw/processed data required to reproduce the above findings cannot be shared at this time due to legal/ethical reasons, but they are available from the corresponding author, [PCD], upon reasonable request.

References

- Avila, R.C.S., Nascimento, L.G., Porto, R.L.M., Fontenelle, L., Filho, E.C.M., Brakoulis, V., Ferrão, Y.A., 2019. Level of Insight in Patients With Obsessive–Compulsive Disorder: An Exploratory Comparative Study Between Patients With “Good Insight” and “Poor Insight”. *Front. Psychiatry*. 10, 413.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00413>.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A., 1988. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56, 893–897.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 4, 561–571.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
- Boyd, J.E., Adler, E.P., Otilingam, P.G., Peters, T., 2014. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr. Psychiatry*. 55, 221–231.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>.
- Brakoulis, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., Hannan, A., Sammut, P., Martin, A., 2013. The characteristics of unacceptable/taboo thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Compr. Psychiatry*. 54, 750–757.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.005>.
- Brooks, J.L. *As Good as It Gets* [movie]. Culver City (CA): TriStar Pictures; 1997.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., 2002a. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin. Psychol.* 9, 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., 2002b. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 1, 16–20.

- Durna, G., Yorulmaz, O., Aktaş, A., 2019. Public stigma of obsessive compulsive disorder and schizophrenic disorder: Is there really any difference?. *Psychiatry Res.* 271, 559–564. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.06>.
- Felicissimo, F.B., Ferreira, G.C.L., Soares, R.G., Silveira, P.S., Ronzani, T.M., 2013. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol. Teor. Prát.* 15, 116–129.
- Ferrão, Y.A., Shavitt, R.G., Prado, H., Fontenelle, L.F., Malavazzi, D.M., de Mathis, M.A., Hounie, A.G., Miguel, E.C., do Rosário, M.C., 2012. Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: an exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Res.* 197, 253–258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.017>.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J., 2002. Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version. Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York.
- Gee, G.C., Spencer, M.S., Chen, J., Takeuchi, D., 2007. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *Am. J. Public. Health.* 97, 1275–1282. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.091827>.
- Goodman, L.A., 1961. Snowball Sampling. *Ann. Math. Stat.* 32, 148–170. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., Charney, D.S., 1989b. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch. Gen. Psychiatry.* 46, 1012–1016. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., Charney, D.S., 1989a. The Yale-Brown Obsessive Compulsive

- Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*. 46, 1006–1011.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>.
- Guyll, M., Matthews, K.A., & Bromberger, J.T., 2001. Discrimination and unfair treatment: relationship to cardiovascular reactivity among African American and European American women. *Health. Psychol.* 20, 315–325. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.20.5.315>.
- Harris, P.A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., Conde, J.G., 2009. Research electronic data capture (REDCap) - a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J. Biomed. Inform.* 42, 377–381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>.
- Howland, M., Levin, J., Blixen, C., Tatsuoka, C., Sajatovic, M., 2016. Mixed-methods analysis of internalized stigma correlates in poorly adherent individuals with bipolar disorder. *Compr. Psychiatry*. 70, 174–180.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.012>.
- Jakubovski, E., Pittenger, C., Torres, A.R., Fontenelle, L.F., do Rosario, M.C., Ferrão, Y.A., de Mathis, M.A., Miguel, E.C., Bloch, M.H., 2011. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 35, 1677–1681. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.05.012>.
- Javed, A., Lee, C., Zakaria, H., Buenaventura, R.D., Cetkovich-Bakmas, M., Duailibi, K., Ng, B., Ramy, H., Saha, G., Arifeen, S., Elorza, P. M., Ratnasingham, P., Azeem, M.W., 2021. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian. J. Psychiatr.*, 58, 102601.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102601>.

- Livingston, J.D., Boyd, J.E., 2010. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc. Sci. Med.* 71, 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>.
- Miguel, E.C., Rosário-Campos, M.C., Prado, H.S., do Valle, R., Rauch, S.L., Coffey, B.J., Baer, L., Savage, C.R., O'Sullivan, R.L., Jenike, M.A., Leckman, J.F., 2000. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 61, 150–157. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0213>.
- Morgiève, M., N'Diaye, K., Fernandez-Vidal, S., Clair, A.-H., Mallet, L., 2017. Le trouble obsessionnel compulsif vu par ceux qui y sont confrontés: enquête auprès de patients, de proches et de cliniciens. *Encephale.* 43, 528–539. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.07.004>.
- Pascoe, E.A., Smart Richman, L., 2009. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 135, 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>.
- Piner, K.E., Kahle, L.R., 1984. Adapting to the stigmatizing label of mental illness: foregone but not forgotten. *J. Pers. Soc. Psychol.* 47, 805–811. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.47.4.805>.
- Poyraz, C.A., Turan, Ş., Sağlam, N.G., Batun, G.Ç., Yassa, A., Duran, A., 2015. Factors associated with the duration of untreated illness among patients with obsessive compulsive disorder. *Compr. Psychiatry.* 58, 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.019>.
- Prado, H.S., Rosário, M.C., Lee, J., Hounie, A.G., Shavitt, R.G., Miguel, E.C., 2008. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and tic disorders: a review of the literature. *CNS. Spectr.* 13, 425–432. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016606>.

- Ritsher, J.B., Otilingam, P.G., Grajales, M., 2003. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry. Res.* 121, 31–49.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>.
- Robinson, P., Turk, D., Jilka, S., Cella, M., 2019. Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.* 54, 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1571-5>.
- Rocha, F. L., Hara, C., Paprocki, J., 2015. Doença mental e estigma. *Rev. Med. Minas Gerais.* 25, 590–596. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>.
- Rosario, M.C., Prado, H.S., Borcato, S., Diniz, J.B., Shavitt, R.G., Hounie, A.G., Mathis, M.E., Mastrososa, R.S., Velloso, P., Perin, E.A., Fossaluza, V., Pereira, C.A., Geller, D., Leckman, J., Miguel, E., 2009. Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS. Spectr.* 14, 315–323.
<https://doi.org/10.1017/S1092852900020319>.
- Rosario-Campos, M.C., Miguel, E.C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsoyich, L., Scahill, L., King, R.A., Woody, S. R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., Leckman, J.F., 2006. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol. Psychiatry.* 11, 495–504. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001798>.
- Sardão, B.G. Estigma internalizado na doença mental grave. 2022. 45 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, Portugal. <https://hdl.handle.net/10216/141684> (accessed 17 October 2023).
- Scorsese, M. *The Aviator* [movie]. Los Angeles (CA): Miramax; 2004.
- Scott, R. *Matchstick Men* [movie]. Burbank (CA): Warner Bros; 2003.

- Silva, T.C.M.F., Marcolan, J.F., 2018. Preconceito aos indivíduos com transtorno mental como agravo do sofrimento. *Rev. Enferm. UFPE*. 12, 2089–2098.
- Smart Richman, L., Pek, J., Pascoe, E., Bauer, D. J., 2010. The effects of perceived discrimination on ambulatory blood pressure and affective responses to interpersonal stress modeled over 24 hours. *Health. Psychol.* 29, 403–411.
<https://doi.org/10.1037/a0019045>.
- Smith, A.L., Cashwell, C.S., 2010. Stigma and Mental Illness: Investigating Attitudes of Mental Health and Non-Mental-Health Professionals and Trainees. *J. Humanist. Educ. Dev.* 49, 189–202.
<https://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2010.tb00097.x>
- Soares, R.G., Silveira, P.S., Noto, A.R., Boyd, J.E., Ronzani, T.M., 2015. Validação da Versão Brasileira da Escala ISMI Adaptada para Dependentes de Substâncias. *Psic.: Teor. e Pesq.* 31, 229–238. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015021093229238>.
- Sosowsky L., 1980. Explaining the increased arrest rate among mental patients: a cautionary note. *Am. J. Psychiatry*. 137, 1602–1605. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.12.1602>.
- Steadman H. J., 1981. Critically reassessing the accuracy of public perceptions of the dangerousness of the mentally ill. *J. Health. Soc. Behav.* 22, 310–316.
- Steinberg, D.S., Wetterneck, C.T., 2017. OCD Taboo Thoughts and Stigmatizing Attitudes in Clinicians. *Community. Ment. Health. Rev.* 53, 275–280.
<https://doi.org/10.1007/s10597-016-0055-x>.
- Vellozo, A.P., Fontenelle, L.F., Torresan, R.C., Shavitt, R.G., Ferrão, Y.A., Rosário, M.C., Miguel, E.C., Torres, A.R., 2021. Symmetry Dimension in Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Severity and Clinical Correlates. *J. Clin. Med.* 10, 274.
<https://doi.org/10.3390/jcm10020274>.

- Viscardi, L.H., Rosa, V., Vilanova, F., Grevet, E.H., Bau, C.H.D., Lobato, M.I.R., Passos, I.C., Costa, A.B, 2023. The Association Between Internalized Stigma and Adherence to Treatment of Psychiatric Patients. Accepted for publication.
- Weiner, B., Perry, R.P., Magnusson, J., 1988. An attributional analysis of reactions to stigmas. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 55, 738–748. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.55.5.738>.
- Weiss, M.G., Ramakrishna, J., Somma, D., 2006. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol. Health. Med.* 11, 277–287.
<https://doi.org/10.1080/13548500600595053>.
- Williams, D.R., Gonzalez, H.M., Williams, S., Mohammed, S.A., Moomal, H., Stein, D.J., 2008. Perceived discrimination, race and health in South Africa. *Soc. Sci. Med.* 67, 441–452. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.021>.
- Williams, D.R., Mohammed, S.A., 2009. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J. Behav. Med.* 32, 20–47.
<https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>.

TABLES

Table 1. Sociodemographic profile of the sample

Variable	n	%
Male gender	45	54.2
Sexual orientation		
- Heterosexual	67	80.7
- Homosexual	7	8.4
- Bisexual	8	9.6
- Other	1	1.2
Marital status		
- Single	48	57.8
- Married	29	34.9
- Divorced	4	4.8
- Widowed	2	2.4
No current sexual partner	37	44.6
Not sexually active	25	30.1
Lives alone	4	4.8
No religion	15	18.1
Does not practice religion	19	22.9
Occupation		
- Employed	49	59.0
- Student	28	33.7
- Homemaker	3	3.6
- Unemployed	11	13.3
- Retired	2	2.4
- On disability	4	4.8
Self-declared white	72	86.7
Socioeconomic class (ABEP)		
- C1	7	8.4
- C2	22	26.5
- D/E	54	65.1
	Mean	Standard deviation
Age	33.93	10.25
Number of persons in household (n=79)	2.39	1.06
Years of schooling	16.08	7.10
Number of children (n=44)	1.36	0.65
	Median	(Min-Max)
Years of work experience (n=64)	11	(1-42)
Personal income (n=66)	925.00	(0.0–20,000.00)
Household income (n=53)	9,000.00	(0.0–40,000.00)

Legend: n = absolute values; % = relative values; ABEP C1, C2, D/E = Brazilian Association of Research Companies Economic Classification Criteria.

Table 2. Internalized Stigma Scores and their sub-scores in patients with obsessive-compulsive disorder (n=83)

	Mean (SD)	Median (Min- Max)	Internalized Stigma Score		
			Under quartile 25% ("Absent") n (%)	Between quartiles 25 and 75% ("Subclinical") n (%)	Above quartile 75% ("Clinical") n (%)
Alienation	15.46 (5.26)	16 (6-24)	Score<12 21 (25.3)	12≤score<20 40 (48.2)	Score≥20 22 (26.5)
Stereotype Endorsement	11.12 (3.24)	11 (6-19)	Score<10 28 (33.7)	10≤score<13 31 (37.4)	Score≥13 24 (28.9)
Perceived Discrimination	9.53 (3.80)	9 (5-19)	Score<7 21 (25.3)	7≤score<13 41 (49.4)	Score≥13 21 (25.3)
Social Withdrawal	11.76 (4.15)	11 (6-22)	Score<10 28 (33.7)	10≤score<15 32 (38.6)	Score≥15 23 (27.7)
Stigma Resistance	15.06 (2.59)	15 (5-19)	Score<15 33 (39.8)	15≤score<17 24 (28.9)	Score≥17 26 (31.3)
Internalized Stigma	62.94 (14.55)	64 (29-96)	Score<55 23 (27.7)	55≤score<75 39 (47.0)	Score≥75 21 (25.3)

Legend: n= absolute values; SD= standard deviation; % = relative values; below 25% quartile = bottom ¼ of percentile; 25-75% quartile = second and third ¼ of percentile; above 75% quartile = top ¼ of percentile.

Table 3. Correlations of the Internalized Stigma scale scores and sub-scores with obsessive-compulsive symptom severity scores and sub-scores, according to the Y-BOCS, and DY-BOCS symptom dimensions

	Internalized Stigma r_{Spearman} (p)	Alienation r_{Spearman} (p)	Stereotype Endorsement r_{Spearman} (p)	Perceived Discrimination r_{Spearman} (p)	Social Withdrawal r_{Spearman} (p)	Stigma Resistance r_{Spearman} (p)
Obsessions	0.46 (<0.001)	0.47 (<0.001)	0.35 (0.001)	0.46 (<0.001)	0.44 (<0.001)	-0.17 (0.129)
Compulsions	0.45 (<0.001)	0.41 (<0.001)	0.38 (<0.001)	0.46 (<0.001)	0.44 (<0.001)	-0.21 (0.058)
YBOCS total score	0.47 (<0.001)	0.45 (<0.001)	0.38 (<0.001)	0.48 (<0.001)	0.46 (<0.001)	-0.19 (0.083)
Dim.: Aggressiveness	0.47 (<0.001)	0.40 (<0.001)	0.31 (0.005)	0.54 (<0.001)	0.41 (<0.001)	-0.09 (0.419)
Dim.: Sexual/Religious	0.30 (0.006)	0.25 (0.021)	0.25 (0.025)	0.35 (0.001)	0.27 (0.013)	0.00 (0.974)
Dim.: Symmetry	0.30 (0.006)	0.23 (0.036)	0.40 (<0.001)	0.34 (0.002)	0.29 (0.008)	-0.24 (0.031)
Dim.: Contamination	0.23 (0.035)	0.20 (0.077)	0.29 (0.009)	0.20 (0.064)	0.26 (0.017)	-0.13 (0.245)
Dim.: Hoarding	0.20 (0.067)	0.16 (0.161)	0.31 (0.004)	0.28 (0.012)	0.14 (0.198)	-0.22 (0.047)

Legend: r_{Spearman} = Spearman correlation; p=statistical significance; YBOCS: Yale-Brown

Obsessive Compulsive Scale; DY-BOCS=Dimensional Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; Dim = Dimension.

Table 4. Comparison of Internalized Stigma scores and sub-scores according to the content of obsessive-compulsive symptoms (DY-BOCS)

	Aggressiveness			Sexual/religious			Symmetry			Contamination			Hoarding		
	+	-	t	+	-	t	+	-	t	+	-	t	+	-	t
	(n=57)	(n=15)	Student (p)	(n=51)	(n=16)	Student (p)	(n=62)	(n=9)	Student (p)	(n=50)	(n=21)	Student (p)	(n=26)	(n=39)	Student (p)
	μ (SD)	μ (SD)		μ (SD)	μ (SD)		μ (SD)	μ (SD)		μ (SD)	μ (SD)		μ (SD)	μ (SD)	
Internalized Stigma	65.49 (1.88)	56.47 (2.98)	-2.27 (0.03)	65.35 (1.95)	58.94 (3.41)	-1.62 (0.11)	65.16 (1.82)	55.22 (3.91)	-1.99 (0.05)	64.62 (2.18)	60.24 (2.55)	-1.168 (0.25)	66.50 (3.37)	62.87 (2.12)	-0.96 (0.34)
Alienation	16.47 (0.66)	13.27 (1.35)	2.21 (0.03)	16.20 (0.68)	14.00 (1.39)	-1.52 (0.13)	16.11 (0.65)	13.44 (1.74)	-1.45 (0.15)	15.96 (0.76)	15.00 (1.09)	-0.70 (0.49)	16.77 (1.14)	15.56 (0.79)	-0.90 (0.37)
Stereotype Endorsement	11.49 (0.44)	10.40 (0.62)	-1.19 (0.02)	11.78 (0.46)	10.63 (0.71)	-1.27 (0.21)	11.77 (0.40)	9.56 (0.69)	-2.06 (0.04)	11.64 (0.45)	10.57 (0.64)	-1.32 (0.19)	12.62 (0.72)	10.74 (0.46)	-2.31 (0.02)
Perceived Discrimination	10.11 (0.51)	7.47 (0.52)	-3.63 (0.001)	10.10 (0.55)	8.50 (0.78)	-1.49 (0.14)	10.11 (0.48)	7.67 (1.03)	-1.86 (0.07)	9.78 (0.56)	8.67 (0.69)	-1.141 (0.26)	11.00 (0.90)	9.03 (0.54)	-1.89 (0.07)
Social Withdrawal	12.40 (0.55)	10.67 (0.89)	-1.5 (0.14)	12.31 (0.59)	10.63 (0.82)	-1.46 (0.15)	12.34 (0.53)	9.89 (0.99)	-1.71 (0.09)	12.34 (0.59)	10.71 (0.86)	-1.53 (0.13)	12.39 (0.91)	11.92 (0.68)	-0.425 (0.68)
Stigma Resistance	15.00 (0.36)	14.67 (0.54)	-0.44 (0.66)	14.96 (0.34)	15.19 (0.54)	0.33 (0.74)	14.81 (0.34)	14.67 (0.62)	-0.15 (0.88)	14.88 (0.38)	15.29 (0.53)	0.60 (0.56)	13.69 (0.61)	15.62 (0.33)	2.80 (0.01)

Legend: “+”=Present; “-“ =Absent; DY-BOCS= Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; μ = mean; SD= standard deviation; t_{Student} = Student’s t-test; p = level of statistical significance. A direct, moderate association exists between the presence of sensory phenomena (SP) and IS and its sub-scores.

Table 5. Comparison of means and correlation of Internalized Stigma scores and sub-scores according to the presence of sensory phenomena in patients with obsessive-compulsive disorder

	Sensory Phenomena (n=58)		No Sensory Phenomena (n=25)		tStudent t (p)	Correlations	
	μ	SD	μ	SD		rSpearman	p
Internalized Stigma	66.40	1.85	54.92	2.51	-3.52 (0.001)	0.37	0.001
Alienation	16.31	0.65	13.48	1.10	-2.31 (0.024)	0.32	0.003
Stereotype Endorsement	11.98	0.43	9.12	0.43	-4.71 (<0.001)	0.43	<0.001
Perceived Discrimination	10.35	0.51	7.64	0.57	-3.55 (0.001)	0.38	<0.001
Social Withdrawal	12.67	0.54	9.64	0.71	-3.23 (0.002)	0.35	0.001
Stigma Resistance	15.09	0.31	15.00	0.62	-0.14 (0.890)	-0.05	0.679

Legend: n= sample size; μ = mean; SD= standard deviation; t_{Student} = Student's t test; p= level of statistical significance; r_{Spearman} = Spearman correlation.

Table 6. Association between IS scores and their sub-scores and Depression and Anxiety scores in patients with OCD

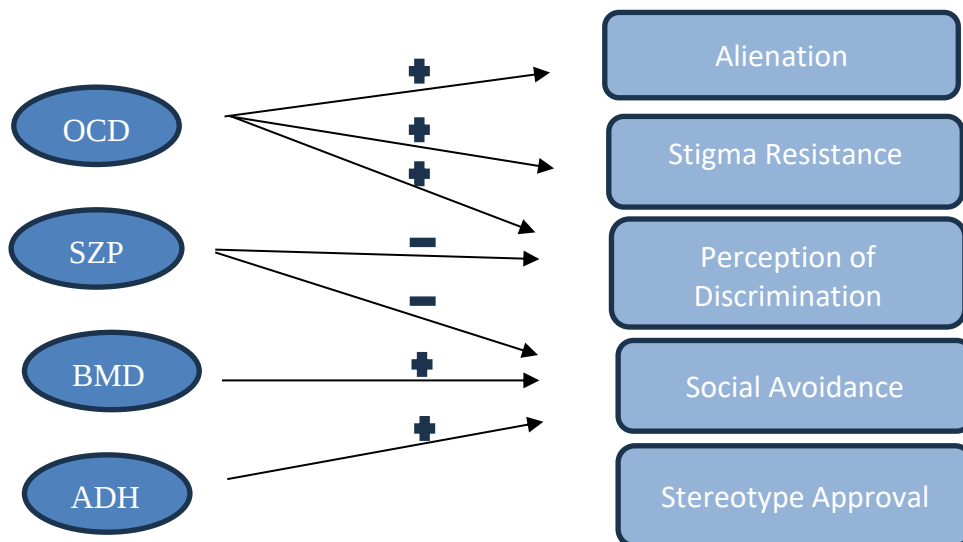
	Internalized Stigma $r_{\text{Spearman}} (p)$	Alienation $r_{\text{Spearman}} (p)$	Stereotype Endorsement $r_{\text{Spearman}} (P)$	Perceived Discrimination $r_{\text{Spearman}} (P)$	Social Withdrawal $r_{\text{Spearman}} (p)$	Stigma Resistance $r_{\text{Spearman}} (P)$
BDI II	0.71 (<0.001)	0.64 (<0.001)	0.64 (<0.001)	0.64 (<0.001)	0.67 (<0.001)	-0.24 (0.032)
BAI	0.53 (<0.001)	0.43 (<0.001)	0.47 (<0.001)	0.50 (<0.001)	0.57 (<0.001)	-0.21 (0.062)

Legend: BDI-II: Beck Depression Inventory, Second Edition; BAI: Beck Anxiety Inventory;

r_{Spearman} = Spearman correlation; p = level of statistical significance.

FIGURE**Figure 1.** Comparison of the presence of IS sub-scores in mental disorders.

Legend: OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; SCZ = Schizophrenia; BD = Bipolar Disorder; ADHD = Attention-Deficit Hyperactivity Disorder; + = highest scores; – = lowest scores.



Conclusão

O presente estudo mostrou-se pioneiro e significativo ao identificar e medir o grau de associação de aspectos intrínsecos (sintomas de conteúdo de agressividade) e extrínsecos (sintomas depressivos) à fenomenologia psicopatológica do TOC com aspectos importantes da fenomenologia do EI.

Nossos achados se mostraram promissores, na medida em que demonstraram que os SOC associados a maiores escores de EI podem aumentar a gravidade de sintomas depressivos, da mesma forma que TOC associado a maiores escores de depressão, podem favorecer o aparecimento de EI. Instalando-se então, um ciclo de fatores de manutenção do transtorno que, podem se retroalimentar. A generalização dos resultados pode ser aplicável a um grande número de pacientes com sintomas moderados a graves de TOC. Além disso, podem influenciar não apenas na investigação diagnóstica detalhada e individualizada, mas também nas abordagens terapêuticas complementares, especialmente em casos de pacientes resistentes ou refratários aos tratamentos convencionais.

Ainda que nossos achados resultem de um pequeno tamanho amostral, apontam para a necessidade de avaliação e tratamento dos sintomas psiquiátricos associados ao TOC, em especial os sintomas depressivos, bem como apoiam a importância da continuidade e aprofundamento dos estudos sobre o tema.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estigmatização contra pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo: um estudo exploratório

Pesquisador: Ygor Arzeno Ferrão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46199021.1.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.732.790

Apresentação do Projeto:

Historicamente, portadores de transtornos psiquiátricos ou com manifestações psicopatológicas evidentes são alvo constante de estigmatização. Uma das manifestações da estigmatização é a discriminação e, perceber estar sendo vítima dela, é uma situação estressora. Este projeto tem como objetivo avaliar os conceitos envolvidos no termo estigmatização de pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), uma doença heterogênea e debilitante que acomete cerca de 2% da população. Tais conceitos serão investigados através de medidas de autorrelato como a discriminação experienciada, o estigma internalizado e a percepção acerca do estigma decorrente de se ter uma psicopatologia e, como isso influencia a autoestima e a aderência ao tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevalência e a apresentação do fenômeno estigmatização em pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A respeito dos inconvenientes dessa amostragem: a) Falta de controle sobre como se constitui a

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.732.790

amostra, já que está nas mãos dos próprios respondentes e seu critério para selecionar os indivíduos. Por se tratar de um estudo exploratório, não acreditamos que possa haver grandes prejuízos nesse sentido;b) Como toda técnica não probabilística, a bola de neve não garante a representatividade, nem permite saber o grau de precisão diagnóstica. Uma medida para tentar controlar este problema está descrito nos Critérios de Inclusão.c) Vieses de amostragem. Dado que os participantes são obtidos pelo convite de outros indivíduos, eles compartilham certas características do estudo. O único inconveniente é que a amostra poderá não ser suficientemente diversa para ter representatividade da população em questão ou da comunidade brasileira. Isso será descrito como uma limitação do estudo.d) Tamanho da amostra incontrolada: a técnica não permite determinar com precisão o tamanho da amostra que vamos obter. Considerando uma prevalência de 2% para uma população de 220.000.000 habitantes do Brasil, um nível de confiança de 99% e margem de erro de 10%, o tamanho amostral desejado para representatividade será de 167 sujeitos (obtido através da <https://calculareconverter.com.br/calculo-amostral/> em 9 de dezembro de 2020). O principal risco/prejuízo deste estudo é o tempo empregado para o preenchimento dos questionários.

Benefícios:

Este estudo piloto exploratório visa gerar ao menos uma dissertação de mestrado, publicações de nível internacional (ao menos um artigo original) e apresentações em congressos (nacionais e internacionais). Esperamos com o trabalho, aprimorar o conhecimento acerca do estigma na vida das pessoas que sofrem com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Com esta iniciativa, tentaremos buscar maior entendimento de novas correlações que, consequentemente impactarão nas terapêuticas a estes participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Gerar conhecimento e inovação sobre o assunto (TOC), uma vez que a proposta busca o aprofundamento do estudo de dados pouco estudados até o momento, escassos na literatura atual. O potencial de impacto clínico do estudo fica evidente para a implementação de políticas públicas de saúde mental futuras.

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 4.732.790

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado e sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1727400.pdf	27/04/2021 16:54:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ESTIGMATIZACAO_TOC.pdf	27/04/2021 16:52:32	Patrycia Chedid Danna	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	27/04/2021 16:09:45	Patrycia Chedid Danna	Aceito
Outros	pesquisa_TOC_Folder.pdf	22/04/2021 22:56:07	Patrycia Chedid Danna	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_Termo_de_compromisso_para_entrega_de_relatorio_semestral_ou_final.pdf	22/04/2021 22:40:25	Patrycia Chedid Danna	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/04/2021 22:37:13	Patrycia Chedid Danna	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Maio de 2021

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estigmatização contra pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo: um estudo exploratório

Pesquisador: Ygor Arzeno Ferrão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46199021.1.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Relatório parcial de projeto.

Data do Envio: 10/12/2021

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.200.724

Apresentação da Notificação:

Adequada

Objetivo da Notificação:

Relatório semestral

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve algum fato que durante a execução não tenha sido previsto no projeto e que possa ter comprometido de alguma forma as questões éticas.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Relatório adequado

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 5.200.724

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	RELATORIO_DEZEMBRO_21.pdf	10/12/2021 11:43:24	Patrycia Chedid Danna	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 13 de Janeiro de 2022

**Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estigmatização contra pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo: um estudo exploratório

Pesquisador: Ygor Arzeno Ferrão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46199021.1.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 30/09/2023

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.438.241

Apresentação da Notificação:

Envio de Relatório Final.

Objetivo da Notificação:

Envio de Relatório Final.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliados na aprovação original.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

No documento Relatório Final enviado a Situação Atual do Projeto consta como em execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Avaliados na aprovação original.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 6.438.241

Recomendações:

Atentar para o correto preenchimento dos relatórios. O relatório final deve constar o projeto como concluído e não em execução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relatório final aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	RELATORIO_FINAL_CEP.pdf	30/09/2023 14:24:12	Patrycia Chedid Danna	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Outubro de 2023

**Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO B



Psychiatry Research

Supports open access

13.4

CiteScore

11.3

Impact Factor

Preparation of manuscripts

Title page. The Title page should include the author byline, with names of authors on the same line(s). Superscript letters (a, b, c), not numerals, should be used to key institutional affiliation (if all authors are in the same department, the superscript letter should be omitted); an asterisk should be entered to designate the corresponding author. Underneath the byline, institutional affiliations should be listed (department, institution, city, state or province (if applicable) and country. Funding information should not be included on the title page but should instead be given following the Discussion section. In an asterisked Corresponding Author footnote at the bottom of the title page, telephone/fax numbers and e-mail address of the corresponding author should be provided; e-mail addresses, if desired, may also be provided for the co-authors (or co-corresponding author, if applicable).

Abstract. The Abstract should be 150-200 words for full-length articles and 100 words for short communications (formally known as Brief Communications), summarizing the aims of the study, the methods used, the results and the major conclusions. Do not include a summary at the end of the article. Note that *Psychiatry Research* does not use the structured abstract style; do not include bold-faced headings within the abstract. The Abstract should be a single paragraph. Do not include detailed statistics or p-values in the abstract; simply say "significant" or "non-significant".

The abstract should be followed by up to seven key words which accord with the indexing conventions of Index Medicus. Note that the keywords should not duplicate words used in the title of the article, which will be automatically indexed.

Text. Although exceptions will be considered, manuscripts should not exceed 5000 words, and shorter manuscripts (e.g., 3000 words) are preferred. Each article should contain the following major headings: Introduction (preceded by arabic number 1.), Methods (preceded by number 2.), Results (preceded by number 3.), Discussion (preceded by number 4.), Acknowledgment (optional section following the discussion, which should not be preceded by a numeral), and References (should not be preceded by a numeral).

Subheadings should follow the numbering system used in the major heading; for example, the subheading "Subjects" within the Methods section should be flush left on a separate line and designated 2.1., the subheading "Procedures" should be designated 2.2., etc.

Lower level headings, if required, should also be numbered (e.g., "2.1.1. Patients." as a lower order heading under "2.1. Subjects."). Only the first letter of the first word of each heading should be capitalized.

The use of abbreviations within the text should be minimized, and each abbreviation, when introduced, must be defined and used consistently thereafter. Systeme International measurements should be used. For products or instruments (do not abbreviate) used in the research reported, provide the name, city and country of the supplier in parentheses. All tables and figures must be referred to in the text.

Manuscript categories

Research Articles. Although exceptions will be considered, manuscripts should not exceed 5000 words, and shorter manuscripts (e.g., 3000 words) are preferred. Each article should contain the following major headings: Introduction (preceded by arabic number 1.), Methods (preceded by number 2.), Results (preceded by number 3.), Discussion (preceded by number 4.), Acknowledgment (optional section following the discussion, which should not be preceded by a numeral), and References (should not be preceded by a numeral). Subheadings should follow the numbering system used in the major heading; for example, the subheading "Subjects" within the Methods section should be flush left on a separate line and designated 2.1., the subheading "Procedures" should be designated 2.2., etc. Lower level headings, if required, should also be numbered (e.g., "2.1.1. Patients." as a lower order heading under "2.1.Subjects."). Only the first letter of the first word of each heading should be capitalized.

Short communications. Short communications (formally called Brief reports) should not exceed 1500 words, including a 100-word abstract, 3 keywords, text, and references plus 1 table or 1 figure.

Case reports. Case reports will only be considered as Correspondence (see following instructions.)

Correspondence Correspondence items (formally Letters to the Editor) should be 750-1000 words or less. It should not include a title page, abstract or key words. Authors' names and affiliations should be listed at the end of the letter, along with the corresponding author's email address. There should be no more than 5 references, and no tables or figures.

Manuscript categories

Conflict of interest. All authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three (3) years of beginning the work submitted that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work. Examples of potential conflicts of interest that should be disclosed include employment, consultancies, stock ownership (except for personal investment purposes equal to the lesser of one percent (1%) or USD 5000), honoraria, paid expert testimony, patent applications, registrations, and grants. If there are no conflicts of interest, authors should state that there are none.

Abbreviations. Define abbreviations at their first occurrence in the article. Abbreviations should be defined when they first occur in the abstract, in the text, and also in tables and figure legends. Once an abbreviation has been introduced in the main body of the text, it should be used throughout.

Statistical reporting. Statistical reporting should be complete, including at a minimum name of statistical test, test value, degrees of freedom where appropriate, and *p*-value. Italic font should be used for *n* (sample size) and statistical terms, e.g., *t*, *r*, *F*, *U*, *p*.

Submission of manuscripts

Psychiatry Research proceeds totally online via an electronic submission system. In case you do not have an Internet connection, please contact the Managing Editor for alternative instructions. By accessing the online submission at <https://www.editorialmanager.com/psy/default.aspx> you will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files. Authors will be requested to direct the manuscripts to the most appropriate Section/Category of research to assist in editor assignment.

NOTE TO AUTHORS: Psychiatry Research has a separate section to which neuroimaging-related articles should be submitted. All articles about MRI, PET, fMRI, SPECT, MEG and topographic EEG should be submitted to the Neuroimaging Section: <https://www.editorialmanager.com/psyn/default.aspx>.

Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print

Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable)

Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

Open access

Please visit our [Open Access page](#) for more information about open access publishing in this journal.

Elsevier Researcher Academy

[Researcher Academy](#) is a free e-learning platform designed to support early and mid-career researchers throughout their research journey. The "Learn" environment at Researcher Academy offers several interactive modules, webinars, downloadable guides and resources to guide you through the process of writing for research and going through peer review. Feel free to use these free resources to improve your submission and navigate the publication process with ease.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [Language Editing service](#) available from Elsevier's Language Services.

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Submit your article

Please submit your article via <https://www.editorialmanager.com/psy/default.aspx>.

Preparation

Queries

For questions about the editorial process (including the status of manuscripts under review) or for technical support on submissions, please visit our [Support Center](#).

Peer review

This journal operates a single anonymized review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. Editors are not involved in decisions about papers which they have written themselves or have been written by family members or colleagues or which relate to products or services in which the editor has an interest. Any such submission is subject to all of the journal's usual procedures, with peer review handled independently of the relevant editor and their research groups. [More information on types of peer review](#).

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork. To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Subdivision - numbered sections

Divide your article into clearly defined and numbered sections. Subsections should be numbered 1.1 (then 1.1.1, 1.1.2, ...), 1.2, etc. (the abstract is not included in section numbering). Use this numbering also for internal cross-referencing: do not just refer to 'the text'. Any subsection may be given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal as they help increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

Abstract

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our information site.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 20 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Do not repeat words found in the title of the manuscript. Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

In the abstract, define all abbreviations so that electronic searches for commonly used abbreviations or the full name can be successful. Avoid abbreviations unique to the current article so as to widen the circle of readers. We recognize that many abbreviations or acronyms may be more familiar to the reader than the full name. However abbreviations and acronyms used by relatively few other published reports or abbreviations with several alternate meanings in data base searches should always be spelled out throughout the report.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format. Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, Crossref and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is highly encouraged.

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Preprint references

Where a preprint has subsequently become available as a peer-reviewed publication, the formal publication should be used as the reference. If there are preprints that are central to your work or that cover crucial developments in the topic, but are not yet formally published, these may be referenced. Preprints should be clearly marked as such, for example by including the word preprint, or the name of the preprint server, as part of the reference. The preprint DOI should also be provided.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language](#) styles, such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript.

[More information on how to remove field codes from different reference management software](#)

Reference style

Text: All citations in the text should refer to:

1. *Single author*: the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;
2. *Two authors*: both authors' names and the year of publication;
3. *Three or more authors*: first author's name followed by 'et al.' and the year of publication.

Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references can be listed either first alphabetically, then chronologically, or vice versa.

Examples: 'as demonstrated (Allan, 2000a, 2000b, 1999; Allan and Jones, 1999).... Or, as demonstrated (Jones, 1999; Allan, 2000)... Kramer et al. (2010) have recently shown ...'

List: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters 'a', 'b', 'c', etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J.A.J., Lupton, R.A., 2010. The art of writing a scientific article. *J. Sci. Commun.* 163, 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.Sc.2010.00372>.

Reference to a journal publication with an article number:

Van der Geer, J., Hanraads, J.A.J., Lupton, R.A., 2018. The art of writing a scientific article. *Heliyon*. 19, e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00205>.

Reference to a book:

Strunk Jr., W., White, E.B., 2000. *The Elements of Style*, fourth ed. Longman, New York.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 2009. How to prepare an electronic version of your article, in: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), *Introduction to the Electronic Age*. E-Publishing Inc., New York, pp. 281–304.

Reference to a website:

Cancer Research UK, 1975. Cancer statistics reports for the UK. <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/> (accessed 13 March 2003).

Reference to a dataset:

Reference to a website:

Cancer Research UK, 1975. Cancer statistics reports for the UK. <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/> (accessed 13 March 2003).

Reference to a dataset:

[dataset] Oguro, M., Imahiro, S., Saito, S., Nakashizuka, T., 2015. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions. *Mendeley Data*, v1. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r1>.

Reference to software:

Coon, E., Berndt, M., Jan, A., Svyatsky, D., Atchley, A., Kikinzon, E., Harp, D., Manzini, G., Shelif, E., Lipnikov, K., Garimella, R., Xu, C., Moulton, D., Karra, S., Painter, S., Jafarov, E., & Molins, S., 2020. Advanced Terrestrial Simulator (ATS) v0.88 (Version 0.88). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3727209>.

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including [ScienceDirect](#). Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our [video instruction pages](#). Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings, which may also include software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

ANEXO C

PROJETO DE PESQUISA DE MESTRADO
RELAÇÃO ESTIGMATIZAÇÃO E TOC

COMO O ESTIGMA IMPACTA NA VIDA DAS PESSOAS COM TOC

Participe respondendo o questionário
de forma online, anônima e gratuita!

É necessário:

- Ter diagnóstico de TOC
- Ser maior de 18 anos
- Ser alfabetizado

CLIQUE PARA PARTICIPAR



Sua contribuição gera
conhecimento e mudanças!
Convide pessoas com TOC a participar
desta inédita e promissora pesquisa!

Orientador: Dr Ygor Arzeno Ferrão
Mestranda: Patrícia Chedid Danna
Contato: patryciad@gmail.com



ANEXO D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Título da Pesquisa: ESTIGMATIZAÇÃO CONTRA PACIENTES COM
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO.**

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, da Pesquisa "Estigmatização contra pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo: um estudo exploratório", sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão e da Mestranda Patrícia Chedid Danna. O objetivo deste trabalho é aprimorar o estudo do estigma relacionado ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Em outras palavras, a proposta é investigar se, no Brasil, os indivíduos com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) são vistos (e se vêem) como menos capazes em relação às outras pessoas e se, são tratados de forma diferente e pior em função da sua doença. Não existem muitos estudos nacionais que avaliem o estigma, sendo então a pesquisa, importante para contribuir no conhecimento do tema e, por consequência, uma oportunidade de se obter mais dados e fomentar políticas de saúde mental para os portadores do TOC. Você está sendo convidado a participar do projeto, por apresentar manifestações que estão envolvidas com o Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos serão os seguintes: você será convidado a responder alguns questionários sobre diversos assuntos, de modo online (no seu computador pessoal ou no seu aparelho celular). Esses questionários trazem perguntas sobre questões pessoais, sobre seus tratamentos anteriores e atuais, sobre sintomas obsessivos e compulsivos, depressivos e ansiosos, sua qualidade de vida, sua percepção sobre a desvalorização e discriminação, sensação de bem-estar, sobre o que você mesmo pensa sobre ter uma doença mental, o impacto disso sobre a sua autoestima e se isso atrapalha no seu tratamento.

Para responder a estes questionários de forma remota, garantindo sua segurança neste período de pandemia, utilizaremos duas plataformas *online* – o *REDCAP* e o *Google Meet*. O *REDCAP* é um programa acessível pela UFCSPA, em que questionários autoaplicáveis podem ser anexados de forma segura. Ao concordar com esse termo, tais questionários serão disponibilizados a você através de um *link* ou por *QR code*. Solicitamos que você leia atentamente às instruções de cada pergunta e marque as alternativas mais condizentes com sua vida. Esta plataforma (*REDCAP*) é segura e todas as informações fornecidas nela terão seu sigilo garantido. Os questionários só estarão disponíveis para você, se concordar e assinar este termo, garantindo então sua participação nesta pesquisa. Você poderá responder às perguntas em mais de um momento, pois a plataforma salva suas respostas a medida que você vai marcando – caso queira pausar para seguir respondendo posteriormente.

Um outro cuidado com o procedimento para confirmação do diagnóstico de TOC será que, dentre os primeiros 140 sujeitos avaliados, 35 deles serão sorteados, os quais terão seus diagnósticos confirmados por entrevista através da plataforma digital (*Google Meet*), com um dos membros da equipe que aplicará a



entrevista estruturada, de acordo com o DSM-5, capítulo específico sobre o TOC. Essa entrevista poderá durar entre 30 e 60 minutos. O *link* para a vídeo-chamada será encaminhado para os sorteados por *e-mail* ou telefone. O *Google Meet* é um site que permite chamadas por vídeos com garantia de sigilo e segurança, já que só pode acessar na sessão quem tem acesso a este *link*. Nesta chamada por vídeo estarão presentes apenas você e os pesquisadores que participam desta pesquisa. Solicitamos que você esteja em um ambiente tranquilo, silencioso e tente garantir que não haja outras pessoas no ambiente, para que o sigilo das informações da sua entrevista seja mantido. O mesmo cuidado será tomado pelos pesquisadores.

Você não terá nenhum custo relacionado aos procedimentos envolvidos. Também não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa.

A participação nesta pesquisa implica em riscos ou inconvenientes mínimos para você: a duração das entrevistas pode ser prolongada e alguns questionamentos podem causar certo desconforto, como ansiedade leve. Caso necessite, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal, que será integralmente custeado pela equipe de Pesquisa. Entretanto, os pesquisadores se comprometem a buscar o anonimato e total sigilo das informações fornecidas nas entrevistas. Realizaremos todas as medidas possíveis para garantir o máximo sigilo de sua entrevista. Para isso, o *link* de sua vídeo-chamada será disponibilizado apenas para você e para os pesquisadores.

Desta forma, os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. A identificação só poderá ser realizada pelo pessoal envolvido diretamente com o projeto. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, observando-se todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

O possível benefício decorrente da sua participação na pesquisa, é que você estará contribuindo para o aumento do conhecimento sobre este transtorno e suas consequências, bem como sobre o impacto das variáveis estudadas na qualidade de vida das pessoas que sofrem com TOC. O benefício direto para você, é que receberá uma detalhada avaliação psiquiátrica, que poderá ser útil na clarificação de seu diagnóstico e até mesmo de seu tratamento e, ao final dela, caso assim o deseje, receber maiores informações acerca dos resultados do estudo. Os dados obtidos serão armazenados pelo pesquisador principal durante 10 (dez) anos.

Caso você tenha dúvidas ou para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Dr. Ygor Arzeno Ferrão pelo email ygoraf@ufcspa.br ou pelo telefone 051- 3346-1077 , ou com a Dra Patrícia Chedid Danna pelo email patryciad@gmail.com ou pelo telefone 054-30455119, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, na rua Sarmiento Leite, 245 - Centro Histórico. 90050-170 Porto Alegre, RS, Brasil, pelo telefone: 051- 33038804.

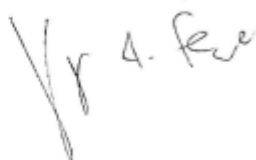
Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online, estará disponível para download e será assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores. Além disso, também encaminharemos uma via deste Termo para você por e-mail.



Este Termo online, serve para certificar que eu li o termo de consentimento livre e esclarecido acima e concordo em participar deste estudo. Estou ciente que poderei me retirar do estudo a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

- () aceito participar do estudo.
 () não aceito participar do estudo.

Data: de de 20



Assinatura do pesquisador responsável:

Pesquisador responsável: Ygor Arzeno Ferrão Endereço: Rua Padre Chagas
 185/902 Contato telefônico: 51 3346-1077

 Nome do participante da pesquisa

 Assinatura .

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFCSPA Endereço: rua Sarmento Leite,
 245 - Porto Alegre/RS. Telefone (51) 3303-8804



ANEXO E - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (RETOC)

Idade:_____ **Peso:**_____Kg **Altura:**_____m **Sexo:** () Masculino
() Feminino

Estado Civil: () Solteiro () Casado, união estável/amasiado ()
Separado/divorciado () Viúvo

Com **parceiro sexual:** () Sim () Não **Número de filhos:**_____()
Não tem filhos

Natural (Cidade/Estado):_____ **Procedência**(Cidade/Estado):_____

No. pessoas com quem mora:_____() Mora sozinho

Religião: () Católica () Espírita () Protestante () Evangélico () Testemunha
Jeová () Judaica () Luterana () Outra:_____
() Sem Religião

Praticante da Religião? () Sim () Não () Não se aplica

Ocupação atual: () Trabalhando () Estudante () Do lar () Desempregado
() Aposentado

Etnia: () Branca () Negra () Amarela () Parda/mulata () Outra:_____

Classificação Sócio-Econômica (ABEP)

Variáveis

	0	Quantidade			
		1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Classe Sócio econômica: _____

Renda Pessoal em reais: R\$ _____ () Sem renda

Renda familiar em reais: R\$ _____ () Sem família

HISTÓRICO ESCOLARQual seu **grau de escolaridade**? () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Médio completo () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós-graduação

Número total de **anos estudados**? ____ Já repetiu/rodou por causa do TOC? () Sim () Não**HISTÓRICO PROFISSIONAL**

Profissão: _____ Número de anos trabalhados: _____

Já deixou de trabalhar por causa do TOC? () Sim () Não

ANEXO F – 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: _____

Referências:

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. ArchGenPsychiatry. 1989 Nov;46(11):1006-11. Escala traduzida por Asbahar FR, Lotufo Neto F, Turecki GX, et al. In: Miguel EC. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p. 219-30.

ANEXO G – DY-BOCS

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

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

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

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

Janeiro 2006

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

Pesquisadores que queiram utilizar este questionário, favor entrar em contato com o Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC): Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, s/n, Instituto de Psiquiatria, sala 4025, 3^o. 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.

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

A. Lista de sintomas

Nunca	Passado	Atual (Última Semana)	Idade De Início	Obsessões Sobre Agressão, Violência, Desastres Naturais e Compulsões Relacionadas
				1. Tenho obsessões de que eu posso me ferir. Por exemplo, medo de ferir a si mesmo com uma faca ou garfo, medo de segurar ou estar perto de objetos pontiagudos, medo de se jogar na frente de um carro ou medo de andar perto de janelas de vidro.
				2. Tenho obsessões de que eu vou ser ferido. Por exemplo, medo de ser ferido por não estar sendo suficientemente cuidadoso. Medo de que pessoas ou determinados objetos venham a me ferir.
				3. Verifico se não me feri ou se não fui ferido. Por exemplo, procurando por feridas ou sangramentos depois de segurar objetos pontiagudos ou quebráveis, ou checando com médicos ou outros para reassegurar-me de que não feri a mim mesmo.
				4. Tenho obsessões de que posso ferir outras pessoas. Por exemplo, medo de envenenar a comida de outras pessoas, medo de ferir bebês, medo de empurrar alguém para a frente de um carro ou de um trem.
				5. Tenho obsessões de que vou ferir outras pessoas sem querer. Preocupações de estar envolvido em um acidente de carro, medo de ser responsável por não dar assistência em uma catástrofe imaginada, medo de ferir os sentimentos de alguém, medo de causar ferimentos por dar conselhos/informações errados.
				6. Tenho obsessões de que posso ser responsável ou responsabilizado por algo terrível que aconteça. Por exemplo, medo de começar um incêndio ou ser responsável por um assassinato ou assalto.
				7. Verifico se não feri outros ou se outros não foram feridos. Por exemplo, verificar se não feriu alguém sem saber. Você pode perguntar aos outros para reassegurar-se, ou telefonar para certificar-se de que tudo está bem.
				8. Tenho imagens violentas ou horrendas na cabeça. Por exemplo, imagens de assassinatos ou acidentes ou outras imagens violentas como corpos desmembrados.
				9. Tenho obsessões de que posso dizer obscenidades ou insultos. Por exemplo, medo de falar coisas obscenas em um lugar quieto com muitas pessoas em volta – como uma igreja ou sala de aula. Medo de escrever coisas obscenas.
				10. Tenho obsessões que envolvem fazer algo que cause embaraço. Por exemplo, medo de tirar as roupas em público ou parecer tolo em situações sociais.
				11. Tenho obsessões sobre executar impulsos involuntariamente. Por exemplo, apunhalar um amigo, atropelar alguém, bater o carro em uma árvore etc.
				12. Verifico se algo terrível acontecerá ou aconteceu. Por exemplo, procurar nos jornais e noticiários no rádio ou televisão se aconteceu alguma catástrofe que você acredita que possa ter ocasionado. Pedir para outros lhe reassegurarem.

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

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

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".

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 = 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 (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 reassuramentos 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

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 = 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 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dimensão IV- Obsessões deContaminaçãoeCompulsõesdeLimpeza

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 sequência 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

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

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

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

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

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

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

Pior fase	Atual	
☐	☐	0 = Nenhum
☐	☐	1 = Raramente, presente durante a última semana, não diariamente, tipicamente menos do que 3 horas por semana.
☐	☐	2 = Ocasionalmente, mais do que 3 horas/semana, mas menos do que 1 hora/dia - intrusão ocasional, necessidade de realizar compulsões, ou evitação (ocorre não mais do que 5 vezes por dia)
☐	☐	3 = 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	Coleccionismo
				55. Tenho obsessões sobre a necessidade de colecionar e guardar coisas para o futuro. Por exemplo, medo de jogar coisas fora (papéis, documentos, recibos, etc.) pela possibilidade de precisar delas no futuro.
				56. Tenho obsessões sobre jogar coisas fora. Por exemplo, manter muitas coisas guardadas por seus valores sentimentais, ou por causa de uma necessidade incontrolável de colecionar as coisas.
				57. Tenho obsessões sobre perder coisas. Por exemplo, preocupações sobre perder um objeto insignificante ou sem importância como um pedaço de papel.
				58. Tenho dificuldade em decidir quando guardar ou não algo. Por exemplo, pego objetos sem nenhuma razão em especial e guardo-os porque não consigo decidir se devo ou não jogá-los fora.
				59. Tenho compulsões de guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, ter quartos cheios de jornais velhos, anotações, latas, toalhas de papel, embalagens e garrafas vazias. Não conseguir jogar estas coisas fora por medo de que possa precisar delas algum dia. Você também pode pegar objetos da rua ou de lixeiras.
				60. Tenho rituais mentais referentes a guardar ou colecionar objetos. Por exemplo, rituais mentais são compulsões que você faz "em sua cabeça" como pensar um bom pensamento após um "mau" pensamento ou necessidade de manter listas que tem de ser lembradas em uma determinada ordem. Por favor, marque este item somente se estes rituais estiverem especificamente relacionados com obsessões de coleccionismo.
				61. Evito certas ações, pessoas, lugares ou coisas para prevenir compulsões de coleccionismo. Por exemplo, não passar por certas lojas ou supermercados, ou não ler o jornal. Pedir a outra pessoa para limpar seu armário e/ou jogar suas coisas fora.

B. Avaliação de gravidade de Sintomas de Coleccionismo

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

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

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

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

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

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

Pior fase	Atual	
☐	☐	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 várias 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.
				81. Tenho necessidade de repetir algo que eu ou outra pessoa tenha dito. Pode ser uma determinada palavra que você não consegue tirar da cabeça ou pode ser o final de uma frase que você acabou de dizer ou ouviu alguém dizer.
				82. Tenho preocupação excessiva com certas partes do corpo ou com a aparência física. Por exemplo, preocupação com a aparência, segurança ou funcionamento do rosto, orelhas, nariz, olhos ou alguma outra parte do corpo. Preocupação de que uma parte do corpo seja muito feia ou deformada, apesar dos outros afirmarem o contrário.
				83. Verifico coisas relacionadas a obsessões sobre aparência. Por exemplo, procuro reasseguramento sobre a aparência com amigos. Verificar repetidamente se há odores em seu corpo ou verificar a aparência (rosto ou outros pontos do corpo) procurando por aspectos feios. Necessidade de se arrumar continuamente ou comparar alguns aspectos de seu corpo com os do corpo de outra pessoa; você pode ter que vestir certas roupas em determinados dias. Ser obcecado com o peso.
				84. Tenho obsessões sobre comida. Por exemplo, preocupação excessiva com receitas, calorias e/ou dietas.
				85. Tenho obsessões e/ou compulsões sobre exercícios físicos. Por exemplo, obsessões com a necessidade de fazer exercícios para queimar calorias. As compulsões relacionadas incluem exercícios que devem seguir certas regras ou ter uma determinada duração.
				86. Tenho rituais de alimentação. Por exemplo, ter que arranjar/arrumar a comida, faca e garfo em uma determinada ordem antes de comer. "Ter que" comer de acordo com um ritual rígido, ou ter que esperar para comer até que os ponteiros de um relógio estejam marcando uma determinada hora.

				87. Arranco cabelo (Tricotilomania). Por exemplo, puxar os cabelos do couro cabeludo, os cílios, a sobrancelha ou os pelos púbicos. Pode usar os dedos ou pinças para puxar os pelos. Frequentemente esse comportamento envolve procurar pelo "cabelo certo", remover o folículo ou morder o cabelo. Causar clareiras (falhas na cabeça) que exijam o uso de uma peruca ou arrancar os cílios e sobrancelhas completamente.
				88. Cutuco a pele ou outros comportamentos de automutilação (obsessões e compulsões). Por exemplo, cutucar a pele em volta das unhas ou próxima a machucados. Machucar a si mesmo ou piorar os machucados.
				Outro sintoma.

B. Avaliação de gravidade das Obsessões e Compulsões Diversas

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

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

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

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

3. Quanto de seu tempo é ocupado por estas obsessões e compulsões? Ou quão frequentemente 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 várias 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)

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

ATENÇÃO: NÃO REPETIR NÚMEROS

- ___ Obsessões de agressão e compulsão relacionadas
- ___ Obsessões sexuais e religiosas
- ___ Obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e arranjo
- ___ Obsessões de contaminação e compulsão de limpeza
- ___ Colecionismo
- ___ Obsessões e compulsões diversa

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

1. _____
2. _____
3. _____

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)

3. Quanto de seu tempo é ocupado por obsessões e compulsões? Ou quão frequentemente 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 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.

TABELA DE RESULTADOS DY-BOCS – PASSADO (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 – PASSADO (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(ÚLTIMASEMANA)

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(ÚLTIMASEMANA)

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

ANEXO H: ESCALA DE FENÔMENOS SENSORIAIS DA USP

PJ; Mathis ME; Mathis MA; Leckman JF; Miguel EC. Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo. 2005. 10.^a Versão.

Exemplos de Fenômenos Sensoriais

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

A. Parte I – Lista de exemplos de Fenômenos Sensoriais

Exemplos de Fenômenos Sensoriais	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
A.1- Sensação Física Tátil				
1.Sinto minhas mãos (ou outras partes do corpo) oleosas, grudentas ou engorduradas, e preciso lavá-las até me livrar dessa sensação.				
2.Tenho que tocar certas superfícies lisas e/ou ásperas, como veludo, pedra, plástico até sentir uma sensação específica nas pontas dos dedos.				
3.Tenho uma sensação de secura nos meus lábios e tenho que lamber os lábios ou passar batom ou manteiga de cacau para aliviar esta sensação.				
Caso você tenha outro tipo de sensação física tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
A.2- Sensação física músculo-esquelética ou visceral				
1. Sinto uma sensação nos meus músculos, que me levam a tensionar os meus músculos de acordo com um certo padrão. Por exemplo, precisa ser realizado da direita para a esquerda e depois ao contrário, um determinado número de vezes.				
2. Tenho uma sensação de “estufamento” no abdome que faz com que eu contraia e relaxe o abdome.				
Caso você tenha outro tipo de sensação física músculo-esquelética ou visceral, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
B.1 - “Estar em ordem” relacionado a estímulo visual.	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Os objetos do meu quarto precisam ser arrumados de uma determinada forma, ou de modo simétrico, para que eles pareçam visualmente “em ordem”.				
2. Arrumo os quadros na parede até que me pareçam visualmente “em ordem”.				
3. Quando me visto preciso centralizar o cinto e/ou outras roupas até que pareçam perfeitamente alinhados.				

Caso você tenha outro tipo de “estar em ordem” relacionado a estímulo visual, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
---	--	--	--	--

B.2 - "Estar em ordem" relacionado a estímulo auditivo	Nunca	Passado	Atual(este mês)	Idade de início
1. Repito palavras até elas soarem exatamente como desejo, até soarem "legais"; Eu repito, ou peço que outras pessoas repitam palavras ou frases até eu ouvir a entonação que soe "em ordem".				
2. Tranco e destranco uma porta até a fechadura soar "legal" ou fazer um barulho que me faça sentir "legal". Preciso sintonizar o relógio ou sistema de som até eles soarem "em ordem".				
Caso você tenha outro tipo de "estar em ordem" associado a estímulo auditivo, que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
B.3 - "Estar em ordem" relacionado a estímulo tátil	Nunca	Passado	Atual (este mês)	Idade de início
1. Preciso tocar ou esfregar um objeto até obter uma sensação nas mãos de "estar em ordem" ou "legal"				
2. Quando toco em algo com alguma parte do meu corpo preciso tocar com outra parte do meu corpo para me "equilibrar", ou me sentir "em ordem". Por exemplo, após tocar em algo com a mão direita preciso tocar igual e ter a mesma sensação com a mão esquerda.				
Caso você tenha outro tipo de "estar em ordem" associado a estímulo tátil que não esses descritos acima, por favor, descreva:				
C. Sensações de incompletude; necessidade de se sentir "em ordem" ou "just-right".				
1. Tenho uma sensação de incompletude, de que está faltando alguma coisa em mim, de imperfeição ou insuficiência que me faz realizar os comportamentos várias vezes até que eu me sinta aliviado, embora possa ou não chegar a me sentir satisfeito, completo ou "em ordem" ("just-right").				
Caso você tenha outro tipo de "estar em ordem" interno que não esse descrito acima, por favor, descreva:				

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 _____ TOTAL GERAL ATUAL (0 A 15):
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”:

ANEXO I : BDI II

Instrumento H: BDI II Inventário Depressão de Beck-Versão Português II

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2 ou 3) correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e no item 18 (alterações do apetite).

Tristeza

- 0) Não me sinto triste.
- 1) Eu me sinto triste grande parte do tempo.
- 2) Estou triste o tempo todo.
- 3) Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

Pessimismo

- 0) Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
- 1) Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.
- 2) Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- 3) Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

Fracasso passado

- 0) Não me sinto um(a) fracassado(a)
- 1) Tenho fracassado mais do que deveria.
- 2) Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- 3) Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

Perda de prazer

- 0) Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.
- 1) Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.
- 2) Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.
- 3) Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

Sentimento de culpa

- 0) Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1) Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.
- 2) Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3) Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.

Sentimento de punição

- 0) Não sinto que estou sendo punido(a).
- 1) Sinto que posso ser punido(a).
- 2) Eu acho que serei punido(a).
- 3) Sinto que estou sendo punido(a).

Auto-estima

- 0) Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).
- 1) Perdi a confiança em mim mesmo(a).
- 2) Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).

- 3) Não gosto de mim.

Autocrítica

- 0) Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.
 1) Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.
 2) Eu me critico por todos os meus erros.
 3) Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

Pensamentos ou desejos suicidas

- 0) Não tenho nenhum pensamento de me matar.
 1) Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
 2) Gostaria de me matar.
 3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

Choro

- 0) Não choro mais do que chorava antes.
 1) Choro mais agora do que costumava chorar.
 2) Choro por qualquer coisinha.
 3) Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

Agitação

- 0) Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
 1) Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
 2) Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).
 3) Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

Perda de interesse

- 0) Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
 1) Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
 2) Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
 3) É difícil me interessar por alguma coisa.

Indecisão

- 0) Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
 1) Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
 2) Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
 3) Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

Desvalorização

- 0) Não me sinto sem valor.
 1) Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
 2) Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
 3) Eu me sinto completamente sem valor.

Falta de energia

- 0) Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
 1) Tenho menos energia do que costumava ter.
 2) Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
 3) Não tenho energia suficiente para nada.

Alterações no padrão de sono

- 0) Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1A) Durmo um pouco mais.
- 1B) Durmo um pouco menos.
- 2A) Durmo muito mais do que o habitual.
- 2B) Durmo muito menos do que o habitual.
- 3A) Durmo a maior parte do dia.
- 3B) Acordo todo dia uma ou duas horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

Irritabilidade

- 0) Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1) Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2) Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3) Fico irritado(a) o tempo todo.

Alteração de apetite

(Selecionar se uma das duas opções da alternativa se encaixa com você.)

- 0) Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1A) Meu apetite está um pouco menor.
- 1B) Meu apetite está um pouco maior.
- 2A) Meu apetite está muito menor.
- 2B) Meu apetite está muito maior.
- 3A) Não tenho nenhum apetite.

Dificuldade de concentração

- 0) Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1) Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2) É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3) Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

Cansaço ou fadiga

- 0) Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.
- 1) Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2) Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3) Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

Perda de interesse por sexo

- 0) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1) Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2) Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3) Perdi completamente o interesse por sexo.

Pontuação total:

ANEXO J: INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

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
	Ausente	Leve, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Grave, 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

ANEXO K:

Instrumento 0: Internalized Stigma of Mental Illness

Nesta seção será usado o termo “transtorno mental”, mas por favor pense nisto a partir do termo que você achar que seja melhor. Para cada frase, por favor marque se você (1) discorda totalmente, (2) discorda em parte, (3) concorda em parte ou (4) concorda totalmente.

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Eu me sinto fora de lugar no mundo	1	2	3	4
2. Pessoas com transtornos mentais tendem a ser violentas	1	2	3	4
3. As pessoas me discriminam por eu ter um transtorno mental	1	2	3	4
4. Eu evito me aproximar das pessoas que não têm transtornos mentais	1	2	3	4
5. Eu fico envergonhado ou constrangido por ter um transtorno mental	1	2	3	4
6. Pessoas com transtornos mentais não deveriam se casar	1	2	3	4
7. As pessoas com transtornos mentais fazem contribuições para a sociedade	1	2	3	4
8. Eu me sinto inferior aos outros que não tem transtornos mentais.	1	2	3	4
9. Eu não me socializo tanto quanto eu costumava	1	2	3	4
10. Pessoas com transtornos mentais não podem viver uma vida boa	1	2	3	4
11. Eu não falo muito sobre mim mesmo para não incomodar os outros.	1	2	3	4
12. Imagens negativas dos transtornos mentais me mantém afastado do mundo	1	2	3	4
13. Estar rodeado por pessoas sem transtornos mentais me faz sentir sem lugar	1	2	3	4
14. Eu me sinto à vontade na companhia de uma pessoa com transtornos mentais	1	2	3	4
15. As pessoas frequentemente me tratam com condescendência.	1	2	3	4
16. Eu estou desapontado comigo mesmo por ter um transtorno mental	1	2	3	4
17. Ter um transtorno mental tem prejudicado a minha vida..	1	2	3	4
18. As pessoas percebem que eu tenho um transtorno mental.	1	2	3	4
19. Eu preciso que os outros tomem as decisões por mim	1	2	3	4
20. Eu evito situações sociais para proteger família ou amigos	1	2	3	4
21. Pessoas sem transtornos mentais não conseguiriam me compreender	1	2	3	4
22. As pessoas me ignoram ou não me levam a sério devido ao meu transtorno mental	1	2	3	4
23. Eu não posso contribuir com nada para a sociedade	1	2	3	4
24. Viver com um transtorno mental me tornou um forte sobrevivente	1	2	3	4
25. Ninguém se interessaria em se aproximar de mim	1	2	3	4
26. Geralmente, eu sou capaz de viver uma vida como eu quero	1	2	3	4
27. Eu posso ter uma vida boa, plena, apesar do meu transtorno mental	1	2	3	4
28. Os outros pensam que eu não posso alcançar muito na vida.	1	2	3	4
29. As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a mim	1	2	3	4

ANEXO L:***Perceived Devaluation and Discrimination Scale***

Por favor, marque o quanto você concorda com as afirmações abaixo:

	Discordo Totalmente	Discordo em parte	Discordo	Concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. A maioria das pessoas aceitaria prontamente alguém que costumava ter um transtorno mental como amigo íntimo.	1	2	3	4	5	6
2. A maioria das pessoas acredita que uma pessoa que esteve em um hospital psiquiátrico é tão inteligente quanto qualquer pessoa.	1	2	3	4	5	6
3. A maioria das pessoas acredita que alguém que costumava ter um transtorno mental é tão confiável quanto um cidadão comum.	1	2	3	4	5	6
4. A maioria das pessoas aceitaria alguém que costumava ter um transtorno mental e está completamente recuperado como um professor de educação infantil em uma escola pública.	1	2	3	4	5	6
5. A maioria das pessoas sente que ser internado em um hospital psiquiátrico é um sinal de fracasso pessoal.	1	2	3	4	5	6
6. A maioria das pessoas não contrataria alguém que costumava ter um transtorno mental para cuidar de seus filhos, mesmo que ele ou ela já esteja bem há algum tempo.	1	2	3	4	5	6
7. A maioria das pessoas tem menos respeito por alguém que já esteve internado em um hospital psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6
8. A maioria dos empregadores contratará alguém que costumava ter um transtorno mental se ele ou ela for qualificado para o emprego.	1	2	3	4	5	6
9. A maioria dos empregadores irá desconsiderar o currículo de alguém que costumava ter um transtorno mental em favor de outro candidato.	1	2	3	4	5	6
10. A maioria das pessoas na minha comunidade trataria alguém que costumava ter um transtorno mental da mesma forma que tratariam qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6
11. A maioria das mulheres jovens relutaria em namorar um homem que já esteve hospitalizado por um transtorno mental grave.	1	2	3	4	5	6
12. Ao saber que uma pessoa foi internada em um hospital psiquiátrico, a maior parte das pessoas levará menos em consideração a sua opinião.	1	2	3	4	5	6

ANEXO M:***The Stigma Scale****Por favor, marque o quanto você concorda com as sentenças abaixo:*

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1. Já sofri discriminação em ambientes de educação por causa do meu transtorno mental.	0	1	2	3	4
2. Às vezes sinto que estou sendo menosprezado por causa do meu transtorno mental.	0	1	2	3	4
3. Ter tido um transtorno mental me tornou uma pessoa mais compreensiva.	0	1	2	3	4
4. Eu não me sinto mal por ter tido um transtorno mental.	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com a possibilidade de contar para pessoas que recebo tratamento psicológico	0	1	2	3	4
6. Algumas pessoas que tiveram transtorno mental são perigosas.	0	1	2	3	4
7. As pessoas têm sido compreensivas com relação ao meu transtorno mental	0	1	2	3	4
8. Eu sofri discriminação da polícia por causa do meu transtorno mental	0	1	2	3	4
9. Eu sofri discriminação de empregadores por causa do meu transtorno mental	0	1	2	3	4
10. Meu transtorno mental me tornou mais tolerante com outras pessoas.	0	1	2	3	4
11. Muito frequentemente eu me sinto sozinho por causa do meu transtorno mental.	0	1	2	3	4
12. Eu tenho medo da forma como outras pessoas reagirão se descobrirem meu transtorno mental	0	1	2	3	4
13. Eu teria tido mais oportunidades na vida se não tivesse um transtorno mental	0	1	2	3	4
14. Eu não me importo que as pessoas do meu bairro saibam que tive um transtorno mental	0	1	2	3	4
15. Eu revelaria que tive um transtorno mental se estivesse em uma entrevista de emprego.	0	1	2	3	4
16. Eu me preocupo com a possibilidade de contar para pessoas que tomo medicamentos para um transtorno mental.	0	1	2	3	4
17. A reação das pessoas ao meu transtorno mental faz com que eu o mantenha em segredo.	0	1	2	3	4
18. Eu tenho raiva da forma como as pessoas já reagiram ao meu transtorno mental	0	1	2	3	4
19. Eu nunca tive problema com outras pessoas em função de meu transtorno mental	0	1	2	3	4
20. Eu sofri discriminação de profissionais da saúde por causa do meu transtorno mental	0	1	2	3	4
21. Pessoas já me evitaram por causa do meu transtorno mental.	0	1	2	3	4
22. Pessoas já me insultaram por causa do meu transtorno mental.	0	1	2	3	4
23. Ter tido um problema mental me tornou uma pessoa mais forte.	0	1	2	3	4
24. Eu não me sinto constrangido por causa do meu transtorno mental.	0	1	2	3	4
25. Eu evito contar às pessoas sobre meu transtorno mental	0	1	2	3	4
26. Ter tido um transtorno mental me faz sentir que a vida é injusta.	0	1	2	3	4
27. Eu sinto necessidade de esconder meu transtorno mental de meus amigos	0	1	2	3	4
28. Eu acho difícil contar às pessoas que tenho um transtorno mental.	0	1	2	3	4

ANEXO N:***Escala de Discriminação Explícita***

Esta seção do questionário tem dezoito perguntas sobre situações em que você pode ter sido discriminado por outras pessoas em função de seu transtorno mental. Não há respostas certas ou erradas, queremos saber apenas o que ocorreu com você e algumas opiniões suas em relação a essas ocasiões.

1. Você já foi confundido com um funcionário de um estabelecimento, quando, na verdade, você era um cliente? Por exemplo, confundido com um vendedor, balconista ou garçom?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

2. Ao frequentar lojas, restaurantes ou lanchonetes, você já foi tratado de maneira inferior em relação a outros clientes?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

3. Ao frequentar repartições públicas, como receita federal, cartório, departamentos de trânsito, companhias de água, luz, esgoto ou outras, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

4. Você já foi vigiado, perseguido ou detido por seguranças ou policiais sem que tenha dado motivos para isso? Pense que isso pode ter acontecido em lojas, bancos, na rua, festas, locais públicos, entre outros.

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

5. Você já foi agredido fisicamente por policiais, seguranças, desconhecidos ou até por conhecidos, sem que tenha dado motivos para isso?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

6. Você já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade curricular na escola ou na universidade? Considere situações atuais (universidade) e passadas (escola) nas quais você foi tratado assim por professores ou colegas, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades.

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

7. Você já foi tratado como se fosse pouco inteligente ou incapaz de realizar alguma atividade no trabalho ou no estágio profissional? Considere as situações em que você foi tratado assim por alguém da sua equipe ou algum cliente, mesmo achando que tinha todas as condições de realizar as atividades.

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

8. Você já foi avaliado em provas ou outros trabalhos acadêmicos da escola ou da universidade de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

9. Você já foi avaliado de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas em algum estágio ou trabalho profissional?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

10. Ao tentar ficar ou namorar com alguém, você já foi tratado com desprezo pela outra pessoa, sem ter dado motivos para isso? Considere apenas as situações em que você foi tratado pior em relação aos outros que também tentaram ficar ou namorar com esta ou estas pessoas.

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

11. A família de alguma pessoa com quem você se relacionou afetivamente, ficou, namorou ou casou rejeitou você ou tentou impedir sua relação com ele(a)?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

12. Você já foi tratado de modo inferior por algum de seus pais, tios, primos ou avós em relação aos outros familiares?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

13. Você já foi chamado por nomes, palavras das quais não gostou ou termos pejorativos? Pense que isto pode ter acontecido em ruas, ônibus, shoppings, bancos, lojas, festas, escola, local de trabalho ou outros locais públicos.

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

14. Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas da escola ou da universidade? Pense que isto pode ter acontecido recentemente (universidade) ou no passado (escola), durante a prática de esportes, aulas, realização de trabalhos em grupo, festas, reuniões importantes ou outros encontros com os colegas.

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

15. Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de colegas de estágio ou trabalho? Pense que isto pode ter acontecido durante a realização de trabalhos em equipe, reuniões de trabalho, congressos, eventos ou festas e reuniões informais.

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

16. Você já foi excluído ou deixado de lado por um grupo de amigos do bairro, de pessoas de sua vizinhança ou de seu condomínio? Pense que isto pode ter acontecido em encontros da vizinhança, reuniões de condomínio, festas e outras datas de comemorações.

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

17. Você já participou de um processo seletivo para conseguir emprego ou estágio e foi recusado, mesmo tendo os melhores pré-requisitos dentre todos os candidatos?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

18. Ao frequentar postos de saúde, hospitais, prontos-socorros ou outros serviços de saúde, você já foi tratado de maneira inferior em relação às outras pessoas lá presentes?

1. Não, isto nunca aconteceu comigo
2. Sim, isso aconteceu comigo uma ou poucas vezes
3. Sim, isso aconteceu comigo várias vezes
4. Sim, isso sempre aconteceu comigo

ANEXO O:***Escala de Autoestima de Rosenberg***

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada:

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
9. Às vezes eu me sinto inútil	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo
10. Às vezes eu acho que não presto para nada	Discordo totalmente Discordo totalmente	Concordo Concordo

ANEXO P:***Medication Adherence Questionnaire***

As pessoas apontam várias dificuldades relacionadas a tomar seus remédios e nós estamos interessados nas suas experiências. Por favor marque sim ou não para cada pergunta abaixo baseado nas suas experiências com as medicações que você toma. Não há respostas certas ou erradas.

1) Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?

Sim Não

2) Durante as duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou sua medicação?

Sim Não

3) Alguma vez você já parou de tomar sua medicação porque se sentiu mal e não avisou ao seu médico?

Sim Não

4) Quando você viaja ou sai de casa, você às vezes esquece de levar sua medicação junto?

Sim Não

5) Você tomou sua medicação ontem?

Sim Não

6) Quando você sente que seus sintomas estão sob controle, você às vezes para de tomar sua medicação?

Sim Não

7) Tomar medicação diariamente é uma inconveniência para algumas pessoas. Você já se sentiu aborrecido em ter que manter o seu tratamento medicamentoso?

Sim Não

8) Com que frequência você tem dificuldade em lembrar de tomar sua medicação? (Por favor, circule o número correto)

Nunca.....0

Raramente.....1

De vez em quando.....2

Geralmente.....3

Sempre.....4

ANEXO Q:
Instrumento de Qualidade de Vida - WHOQOL Breve

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5