

# Construção e validação da Escala de Obsessões e Compulsões para adolescentes

Caroline Tozzi Reppold<sup>1</sup>, Léia Gonçalves Gurgel

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre-RS, Brasil

Claudio Simon Hutz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

## RESUMO

Há uma escassez de instrumentos próprios para avaliação do Transtorno Obsessivo Compulsivo na adolescência. O objetivo deste artigo é apresentar a construção e evidências de validade de estrutura interna da Escala para Avaliação de Obsessões e Compulsões para adolescentes de 11 a 17 anos de idade. A escala foi respondida por 1022 alunos de escolas públicas e particulares com idade média de 14,2, sendo 54% do sexo feminino. Análises fatoriais indicaram que a escala é composta por dois fatores. O Fator 1 concentra sentenças que representam fenômenos cognitivos e sensações relacionados à obsessão/compulsão. Já o Fator 2 refere-se a ações que podem ser indicadoras de compulsão. A escala apresenta bons indicadores de precisão. Uma das limitações é o fato de os dados serem exclusivos da população gaúcha. Novos estudos são recomendados para verificar a validade clínica da escala e a possibilidade de ampliar as evidências de validade para outras populações.

*Palavras-chave:* transtorno obsessivo compulsivo; obsessão; compulsão; psicometria; adolescência.

## ABSTRACT – Development and validation of the Scale of Obsessions and Compulsions for adolescents

There is a shortage of instruments for assessment of Obsessive-Compulsive Disorder in adolescence. The aim of this paper is to present the construction and evidence of validity of the internal structure of the Scale for the Assessment of Obsessions and Compulsions of Teens from 11 to 17 years old. The scale was answered by 1022 students from public and private schools, with an average age of 14.2, 54% female. Factor analysis indicated that the scale consists of two factors. Factor 1 focuses sentences that represent cognitive phenomena and sensations related to the obsession / compulsion. Already Factor 2 refers to actions that may be indicators of compulsion. The scale has good accuracy indicators. One limitation is that the data is exclusive of the state's population. Further studies are recommended to investigate the clinical validity of the scale and the possibility of expanding the evidence of validity for other populations.

*Keywords:* obsessive-compulsive disorder; obsession; compulsion; psychometry; adolescence.

## RESUMEN – Construcción y validación de la Escala de Obsesiones y Compulsiones para adolescentes

Hay una escasez de instrumentos para la evaluación de los Trastorno Obsessivo Compulsivo en la adolescencia. El objetivo de este trabajo es presentar la construcción y evidencia de la validez de la estructura interna de la Escala para la Evaluación de Obsesiones y compulsiones de los adolescentes de 11 a 17 años de edad. La escala fue respondida por 1.022 estudiantes de escuelas públicas y privadas, con una edad media de 14,2, 54% mujeres. El análisis factorial indicó que la escala se compone de dos factores. Factor 1 se centra frases que representan fenómenos cognitivos y sensaciones relacionadas con la obsesión / compulsión. Ya Factor 2 se refiere a las acciones que pueden ser indicadores de la compulsión. La escala tiene buenos indicadores de precisión. Una limitación es que los datos son exclusivos de la población del estado. Se recomiendan más estudios para investigar la validez clínica de la escala y la posibilidad de ampliar la evidencia de validez para otras poblaciones.

*Palabras clave:* transtorno obsesivo-compulsivo; obsesión; compulsión; psicometría; adolescencia.

As alterações do pensamento expressas por obsessões e consequentes compulsões são relatadas na história desde a Idade Antiga. Apesar disso, os problemas de pensamento manifestos por crianças e adolescentes permaneceram ignorados pela ciência até o início do século XX, em razão da suposição de que o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) era um transtorno praticamente

exclusivo de indivíduos adultos (Lacerda, Dalgalarrodo, & Camargo, 2001).

Com a descrição realizada por Pierre Janet, em 1903, da síndrome obsessivo-compulsiva infantil, um novo campo de investigações foi aberto, e, desde então, muitas evidências das peculiaridades clínicas do TOC na infância e adolescência têm sido sistematicamente

<sup>1</sup>Endereço para correspondência: UFCSPA, R. Sarmento Leite, 245, 90050-170, Porto Alegre-RS. E-mail: carolinereppold@yahoo.com.br

incorporadas aos manuais psiquiátricos e às diretrizes de tratamento. Um dos principais achados apresentados por esses estudos refere-se à semelhança quanto à prevalência do TOC entre crianças e adultos, que varia de 2% a 3% na população geral (Nauta, Batelaan, & van Balkom, 2012). Outro é o reconhecimento de que as obsessões ou compulsões ter início em qualquer etapa do ciclo vital, embora em pelo menos um terço dos casos seja na infância (Fontenelle, Mendlowicz, Marques, & Versiani, 2003; Gomes, Comis, & Almeida, 2010; Mataix-Cols, Rosario-Campos, & Leckman, 2005).

Obsessões são definidas como pensamentos, ideias, imagens ou impulsos que assumem, no plano mnêmico, a forma de palavras, falas, números, músicas, figuras ou cenas repetitivas vivenciadas como invasivas e desagradáveis (APA, 2002). Pelo seu caráter irracional, as obsessões diferem de preocupações lógicas e excessivas relacionadas a problemas cotidianos, e são normalmente consideradas “egodistônicas”, à exceção dos casos infantis (APA, 2002; Conrado, 2009; Shafran, 2001). Assim, em razão da ansiedade que evocam, os sujeitos procuram ativamente ignorar, suprimir ou neutralizar esses pensamentos invasivos por outros pensamentos ou ações, denominados compulsões.

As compulsões são definidas como comportamentos ou atos mentais repetitivos realizados para aliviar o mal-estar provocado por uma obsessão ou para evitar que uma temida situação imaginada repetidamente venha a acontecer (APA, 2002). Por terem um objetivo definido, ainda que irreal, e por não terem o propósito de atingir um prazer, e sim de atenuar um desconforto emocional, as compulsões diferem também de outros comportamentos repetitivos, como os transtornos de tique, a tricotilomania ou o jogo patológico (APA, 2002). No caso da compulsão, o sujeito engaja-se nesse padrão de comportamento para atenuar sua ansiedade. Em contrapartida, sente-se paulatinamente mais frustrado e estressado em função do tempo que leva para completar sua compulsão e da interferência dessa atividade sobre seu funcionamento social, acadêmico ou profissional (Purdon, Rowa, & Anthony, 2005; Sales et al., 2010).

A maioria dos indivíduos com TOC apresentam múltiplas obsessões e compulsões simultâneas, embora seja comum, no caso das crianças, a ocorrência de compulsões sem obsessões (Geller et al., 2001). Porém, os pesquisadores ainda têm dificuldades em afirmar a independência desses fenômenos (Shafran, 2001). Quando ocorrem na vida adulta, compulsões e obsessões tendem a surgir de modo concomitante. Já na infância, as compulsões geralmente antecedem o início das obsessões (APA, 2002). O intervalo médio entre o início das compulsões e o das obsessões, de acordo com um estudo brasileiro, é de 1,6 ano, considerando uma amostra composta por sujeitos que apresentaram o início de seus sintomas antes dos dez anos de idade (Rosário-Campos & Mercadante, 2000).

As obsessões mais comuns entre a população infanto-juvenil são as de contaminação, agressão, sexuais, religiosidade e de simetria ou exatidão (Oliveira et al., 2011). No caso das obsessões agressivas, muitas crianças e adolescentes desenvolvem também uma fobia de impulso e evitam manusear objetos cortantes ou pontiagudos ou permanecer sozinhos, por não confiarem em si próprios (Torres & Smaira, 2001). Esse e os demais tipos de obsessões tendem a se associar à dúvida patológica, um persistente questionamento que o sujeito se faz sobre ter ou não executado um ato temido. Os conteúdos das obsessões não são arbitrários. Rowa, Purdon, Summerfeldt, e Antony (2005) indicam que as obsessões mais intrusivas tendem a ser classificadas pelos sujeitos como as mais temerárias ou mais impressionantes por seu conteúdo. Geralmente, são relacionadas a aspectos inaceitáveis de seu caráter relacionados à moralidade, organização, agressividade e controle de impulsos (Ferrier & Brewin, 2005).

Quanto às compulsões mais frequentemente observadas entre crianças e jovens, estão as compulsões de limpeza, repetição, verificação, simetria ou ordenação e os rituais de tocar em objetos ou pessoas (Zohar, 1999). Entre os adultos, tendem a ser mais frequentes as compulsões de verificação e limpeza e as obsessões relativas à agressividade, contaminação e a questões somáticas (Janeck, Calamari, Riemann, & Heffelfinger, 2003). Impressiona nos estudos transculturais a semelhança dos sintomas quanto à forma e ao conteúdo das compulsões, o que demonstra que esse é um transtorno que parece sofrer pouca influência de fatores socioeconômicos (Geller et al., 1998).

Entre os adolescentes, outras compulsões que ocorrem com certa regularidade são as de contagem e repetição, geralmente mantidas como um comportamento privado, e os rituais associados a um ciúme demasiado e irracional (Mancini, D’Olimpio, Del Genio, Didonna, & Prunetti, 2002). Também são comuns os rituais de colecionamento, compulsões semelhantes a tiques (*tic-like*) e outros rituais bizarros evidentes em comportamentos cotidianos, como dançar, rezar, comer e interagir socialmente (Geller et al., 2001). De forma geral, qualquer comportamento pode potencialmente ser considerado compulsivo, desde que seja excessivo, irracional e siga um rígido e idiossincrático padrão de funcionamento.

Geralmente, o tempo transcorrido entre o início dos indicadores de obsessões e compulsões e a busca de tratamento é grande (Couto, Rodrigues, Vivan & Haag, 2010; Fontenelle et al., 2003; Miranda & Bordin, 2001). Isso porque possivelmente não são vistos como problemáticos em um primeiro momento, até que impliquem acentuado sofrimento psíquico ou físico e interfiram na rotina do sujeito, seja pelo tempo que demandam ou pelos prejuízos sociais que sua expressão ou tentativa de esquiva acarretam. No caso das crianças e adolescentes, ocorre ainda que muitos comportamentos compulsivos são tratados pela

família como passageiros e típicos dessa faixa do desenvolvimento. Os adultos demoram até 17 anos para buscar tratamento dos seus sintomas (Victoria & Fontenelle, 2010), e as crianças, 2,5 anos (Geller et al., 1998).

O transtorno obsessivo-compulsivo, com frequência, tem um curso crônico e flutuante, com exacerbações normalmente relacionadas ao estresse. Seu início costuma ser gradual, mas em alguns casos pode ser agudo. Durante a evolução desse quadro clínico, dois fenômenos ocorrem com frequência: 1. obsessões e compulsões apresentados tendem a modificar-se, envolvendo novos conteúdos e rituais; e 2. com o tempo, aumentam a incidência de marcadores de compulsão e o agravamento das obsessões. Sob tratamento farmacológico ou psicoterapêutico, esses sintomas diminuem de intensidade, mas a remissão completa não ocorre na maioria dos casos (Gomes et al., 2011; Miranda & Bordin, 2001; Mataix-Cols et al., 2005). Segundo a revisão realizada por Zohar (1999), a remissão completa dos sintomas de TOC em amostras infanto-juvenis acontece somente em cerca de 10% a 15% dos casos. Já Miguel et al. (2008) comentam que esse fato é extremamente raro.

Entre os fatores que contribuem para um bom prognóstico estão a ausência de comorbidades psiquiátricas, a preservação da saúde mental dos pais e o curso episódico dos sintomas. Além desses, são também fatores protetivos o grau de adaptação social do indivíduo, a ausência de eventos traumáticos prévios e, principalmente, a ocorrência tardia do início dos sintomas (Fontenelle et al., 2003). Apesar da relevância desse último fator, os critérios para demarcação da incidência do TOC são um ponto controverso nesses estudos.

Embora na maioria dos casos o aparecimento dos primeiros indicativos de compulsões ou obsessões ocorra na infância ou adolescência, os pesquisadores ainda discutem se deveriam considerar como marcador para os estudos sobre prevalência a época do aparecimento dos sintomas iniciais, o período do preenchimento de critérios diagnósticos ou a data da busca de tratamento (Fontenelle et al., 2003). Em geral, o critério adotado refere-se ao aparecimento dos primeiros sintomas. Segundo esse parâmetro, no estudo de Geller et al. (1998), a idade referida por pacientes clínicos adultos quanto ao início de seus sintomas variou de 7,5 a 12,5 anos, e a média obtida foi de 10,3 anos. Na revisão realizada por Couto et al. (2010), a média de idade em houve o início dos sintomas obsessivos foi de 13,6 anos, e dos compulsivos, de 13,2 anos. Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a idade modal de início dos sintomas entre os homens varia de 6 a 15 anos, e entre as mulheres, de 20 a 29 anos. Embora o TOC seja um dos únicos transtornos de ansiedade que não apresente diferenças sexuais quanto à prevalência dos sintomas na vida adulta (Fontenelle, Marques, & Versiani, 2002), entre a população infantil, a ocorrência desse diagnóstico é mais frequente e grave em pessoas do sexo masculino (Cordioli, 2014).

Quanto à avaliação do TOC, a literatura indica que o diagnóstico depende basicamente de manejo clínico, pois, tal qual ocorre com outros transtornos, como o Transtorno de Distúrbio de Atenção e Hiperatividade (TDAH), não existem exames laboratoriais ou radiológicos de uso clínico para sua comprovação. Os principais instrumentos de autoavaliação disponíveis na literatura (Araújo, 2000; Asbahr, 2000) para investigar o transtorno obsessivo-compulsivo são o *Leyton Obsessional Inventory* (LOI), nas versões original ou infantil. Na versão espanhola, a análise fatorial exploratória apontou três fatores explicando 45,84% da variância, são eles: ordem, contaminação e preocupações obsessivas. Apresentou ainda boa confiabilidade (0,79 a 0,90) (Sans, Hernández-Martínez, Muñoz, García, & Tallero, 2011). A versão americana da escala apresentou consistência interna aceitável, de 0,79 para a versão completa e 0,65 para a versão resumida (Storch et al., 2011). Inclui-se também o *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory* (MOCI) e o *Padua Inventory* (PI). Esses inventários avaliam o número e a gravidade de sintomas obsessivo-compulsivos. O MOCI e o PI discriminam, respectivamente quatro e cinco fatores – MOCI: dúvida, conferência, limpeza e lentidão; PI: impulsividade, conferência, limpeza, ruminação e precisão.

Há vários estudos psicométricos que analisando a confiabilidade do MOCI, apresentando de coeficientes alfa iguais de 0,70 e 0,80 (Sánchez-Meca et al., 2011). Os estudos psicométricos de sua versão chinesa do teste PI apresentam boas evidências de validade convergente e discriminante, de critério, teste-reteste e consistência interna (Chasson, Tang, Gray, Sun, & Wang, 2012), e, na validação com amostra europeia, demonstra alta consistência interna ( $\alpha=0,92$ ) (Conybeare, Behar, Solomon, Newman, & Borkoven, 2012).

Entre as escalas de heteroavaliação, destacam-se a *National Mental Health Obsessive-Compulsive Scale* (NIMHOC), versões adulto e infantil, e a *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale* (YBOCS), versões original e infantil, ambas destinadas à avaliação da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos em ensaios clínicos sem fins diagnósticos. A YBOCS consiste em uma lista de sintomas com mais de 50 exemplos referentes a 15 categorias distribuídos em quatro fatores (obsessão/verificação, simetria/ordem, limpeza/lavagem e colecionismo). Essa lista é acompanhada de duas subescalas, que medem a extensão na qual obsessões e compulsões afetam em separado o indivíduo.

Contudo, embora esses instrumentos apresentem boas propriedades psicométricas em estudos estrangeiros, com exceção da YBOCS, não são encontradas publicações científicas brasileiras relativas aos processos de adaptação e validação das escalas descritas. As pesquisas psiquiátricas nacionais realizadas com esses instrumentos até o momento utilizam versões apenas traduzidas dos instrumentos originais, não adaptadas para população

juvenil (Araújo, 2000; Asbahr, 2000). Instrumentos mais precisos e adequados para monitorar o progresso do tratamento também ainda são necessários (Gomes et al., 2010). Nesse sentido, compreende-se que a proposição de um instrumento desenvolvido de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de elaboração de testes psicológicos e a descrição de suas evidências de validade de estrutura interna possam contribuir para os estudos sobre fenomenologia e prevalência de indicadores de obsessão e compulsão entre adolescentes e, em conjunto com outros recursos avaliação, auxiliar o refinamento de avaliações diagnósticas.

## Método

### Participantes

Participaram deste estudo, realizado com a versão final do instrumento, 1022 estudantes, sendo 54% do sexo feminino. A faixa etária variou de 11 a 17 anos (idade média = 14,2;  $DP = 1,68$ ). Todos os indivíduos participantes estavam matriculados em 17 escolas públicas e privadas de Porto Alegre e região metropolitana, região Sul do Brasil, em séries compatíveis com a idade. O número de participantes foi definido em função do número de itens que compunham o instrumento original. O cálculo do tamanho amostral seguiu o critério da “razão itens/participantes”, usualmente utilizado quando são necessárias análises fatoriais (Pasquali, 1999). Esse critério requer que sejam utilizados pelo menos 10 dez indivíduos para cada item, resultando no mínimo de 880 participantes para o presente estudo.

### Instrumentos

#### Elaboração da Escala de Obsessões e Compulsões para adolescentes.

Inicialmente, para elaboração dos itens, inicialmente, foram consideradas as diretrizes diagnósticas descritas no Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (APA, 2002) e estudos empíricos de saúde psicológica conduzidos sob a abordagem da Epidemiologia Clínica. Para estabelecer validade de conteúdo, foram realizadas entrevistas com oito profissionais da área da saúde juvenil sobre a manifestação clínica do construto. Além disso, foram realizadas entrevistas com 24 adolescentes com idades entre 12 e 17 anos para coletar sugestões sobre os modos mais adequados e inteligíveis à população juvenil de expressar, em forma de itens, comportamentos representativos do construto. Realizou-se também a revisão de instrumentos disponíveis que avaliam o mesmo construto ou construtos correlatos, levantamento dos testes nacionais disponíveis para avaliação de adolescentes e um levantamento documental dos principais motivos de encaminhamento e queixas relatadas por 211 adolescentes atendidos em triagem em duas clínicas de Psicologia.

A partir dessas informações, o instrumento foi criado e organizado em três partes: instruções para preenchimento, listagem dos itens que compõem cada teste e folha de resposta (com dados demográficos do participante e uma escala Likert, em que 1 significa “discordo completamente/não tem nada a ver comigo” e 5 significa “concordo completamente/tem tudo a ver comigo”).

### Procedimentos

A coleta dos dados foi realizada em sala de aula, em grupos de, no máximo, 40 alunos. O ambiente era silencioso e livre de interferências externas. A administração do instrumento incluía uma breve explicação sobre os objetivos do estudo, a leitura conjunta das instruções e eventuais explicações adicionais solicitadas. Após essa etapa, o participante respondia à Escala individualmente. O instrumento aplicado era composto por 67 itens que incluíam sentenças tais como: “Sou detalhista”, “Gosto de planejar as coisas com antecedência”, “Tenho muito medo de me contaminar com vírus ou bactérias”, “Frequentemente, imagino que estou agindo de forma agressiva e ofendendo as pessoas”, “Costumo sempre contar quantas coisas vejo desnecessariamente”, “Constantemente procuro verificar se estou limpo e arrumado”, “Tenho muito medo de que algo ruim aconteça à minha família”, “Perco bastante tempo fazendo coisas desnecessárias para evitar pensamentos ruins”, “Fico muito incomodado quando não tenho certeza de se as coisas acontecerão conforme o planejado”, “Tenho algumas manias que me incomodam, mas que não consigo deixar de executá-las” e “Antes de fazer qualquer coisa, procuro garantir que estou fazendo a coisa certa”.

Previamente foi solicitado o consentimento livre e esclarecido do responsável legal pelo participante. Os adolescentes foram informados, antes do início da aplicação, que sua participação era voluntária, que suas respostas seriam anônimas e que eles poderiam interromper sua participação a qualquer momento da coleta. Cite-se que o presente projeto de pesquisa foi registrado no CONEP e aprovado pelo CEP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob número 05.502.

### Análise de Dados

Foram realizadas análises fatoriais exploratórias (rotação varimax) para extração dos fatores. Realizou-se também a análise da Consistência Interna da Escala de Obsessões e Compulsões para adolescentes por meio do pacote estatístico SPSS, versão 15.

## Resultados

A análise exploratória realizada para a Escala sugeriu a extração de dois fatores. O primeiro fator apresentou um *eigenvalue* de 11,84, agregando 37 itens e explicando 17,40% da variância total. O segundo fator, com um *eigenvalue* de 3,90, reuniu 30 itens, explicando 5,23% da variância total.

Assim, no total, a escala ficou constituída por 67 itens, respondendo por 23,13% da variância explicada.

O Fator 1 concentra sentenças que representam fenômenos cognitivos e sensações relacionados à obsessão/compulsão. Já o Fator 2 refere-se a ações que podem ser indicadoras de compulsão. Seus itens descrevem a execução de comportamentos relacionados à organização, limpeza (compulsões de verificação e lavagem), dedicação exagerada às tarefas e outras ações ritualísticas.

O levantamento dos escores foi efetuado pela soma direta das respostas emitidas nos itens que compõem cada fator. Não houve indicação para inversão de itens nessa escala. A média, o desvio-padrão e a análise de consistência interna das subescalas podem ser verificados na Tabela 1. As análises de comparação de média realizadas não mostraram diferenças significativas para qualquer das variáveis investigadas (idade, sexo, série e tipo de escola).

Tabela 1  
Resultados Descritivos da Escala de Obsessões e Compulsões para adolescentes

	Nº Itens	M	DP	$\alpha$	Corr. média inter-item
Fator 1	37	99,0	24,72	0,90	0,19
Fator 2	30	103,8	18,55	0,87	0,18

Na Tabela 2, observam-se as matrizes fatoriais da Escala de Obsessões e Compulsões para adolescentes, com a transcrição dos itens retidos em cada fator. As sentenças nas matrizes estão dispostas em ordem decrescente da carga fatorial. Quanto à distribuição dos escores, as análises mostraram que os dois fatores tiveram uma distribuição normal. No primeiro fator, o índice de assimetria foi 0,15, e a curtose, -0,41. No segundo, a assimetria foi -0,18, e a curtose, -0,34.

O Fator 1 relacionou-se aos fenômenos cognitivos e sensoriais, sendo representado por itens como “Tenho pensamentos estranhos que me incomodam” e “Perco bastante tempo fazendo coisas desnecessárias para evitar pensamentos ruins”, com cargas fatoriais de 0,59 e 0,57, respectivamente. O Fator 2 foi composto por itens como “Gosto de fazer minhas tarefas de forma bem organizada” e “Preocupo-me demais em fazer as coisas de forma absolutamente certa”, com cargas fatoriais com valores de 0,60 e 0,55, respectivamente.

Tabela 2  
Matrizes Fatoriais da Escala de Pensamento

Fator 1		Fator 2	
Itens	Carga fatorial	Itens	Carga fatorial
63	0,59	88	0,60
55	0,57	29	0,55
52	0,55	22	0,54
69	0,55	30	0,54
18	0,52	43	0,50
70	0,52	23	0,50
74	0,52	76	0,48
16	0,51	34	0,47
65	0,49	04	0,47
72	0,49	19	0,47
64	0,49	02	0,47
36	0,48	50	0,46
31	0,47	28	0,44
37	0,47	86	0,44
81	0,46	58	0,42
42	0,45	39	0,41
12	0,44	57	0,37
46	0,43	83	0,37
51	0,43	61	0,37
73	0,42	06	0,37
32	0,42	09	0,36

Tabela 2 (continuação)  
Matrizes Fatoriais da Escala de Pensamento

Fator 1		Fator 2	
Itens	Carga fatorial	Itens	Carga fatorial
82.	0,42	20.	0,36
62.	0,41	40.	0,36
80.	0,41	71.	0,36
48.	0,41	01.	0,35
77.	0,41	33.	0,32
11.	0,41	66.	0,32
87.	0,40	05.	0,32
78.	0,39	10.	0,32
38.	0,39	41.	0,31
75.	0,39		
21.	0,39		
68.	0,33		
24.	0,33		
44.	0,32		
07.	0,32		
47.	0,31		

### Discussão

A compreensão teórica dos fatores da Escala de Obsessões e Compulsões para adolescentes aponta que o Fator 1 concentrou sentenças que representam fenômenos cognitivos e sensoriais relacionados à ruminação do pensamento, à dúvida patológica, a sentimentos catastróficos, a uma sensação de inquietação e a um senso de responsabilidade/controlado exagerado. No conjunto, os itens desse fator referem-se a perseverações do pensamento que, geralmente, envolvem autocrítica ou sofrimento e que podem resultar em comportamentos repetitivos. Porém, o essencial nesse fator parece ser o componente cognitivo ou a sensação de apreensão descrito na sentença.

No segundo fator agruparam-se, em linhas gerais, as sentenças que indicam uma conduta compulsiva ou uma dificuldade de adaptação do adolescente a ambiguidades/desordens (“rigidez”). Seus itens descrevem comportamentos relacionados à organização, limpeza (compulsões de verificação e lavagem), dedicação exagerada às tarefas, busca de garantias e outras ações ritualísticas. Enquanto os itens do Fator 1 abrangem prioritariamente fenômenos intrapsíquicos, os itens do Fator 2 referem-se, sobretudo, à expressão de comportamentos públicos ou a ações que possam envolver a avaliação de terceiros.

Em relação ao Fator 1, sugere-se que futuros estudos clínicos investiguem a hipótese de haver uma distinção entre o padrão de respostas apresentado nos itens que envolvem processos cognitivos de consciência do conteúdo da obsessão e naqueles itens que descrevem sensações de incômodo ou apreensão sem que haja consciência de qual a natureza do incômodo (objeto/

conteúdo relacionado aos impulsos vivenciados como emoções ou pensamentos intrusivos). Nesses casos, a sensação de apreensão pode, clinicamente, envolver vias cerebrais neuropsicologicamente mais primitivas (relacionadas principalmente ao sistema límbico), pois caracteriza um quadro difuso de angústia, associado frequentemente a reações autonômicas e, em alguns casos, a diferentes comportamentos repetitivos, como o comer compulsivo, os tiques e o uso de drogas. Em contrapartida, quando a apreensão inclui capacidade de autocrítica e de discriminação do conteúdo das obsessões, parece envolver outras vias cognitivas, relacionadas a processos superiores do córtex pré-frontal (Bastos & Vaz, 2009). Esses comportamentos supostamente manifestam-se pela compulsão – e não por outros comportamentos repetitivos/adictos ou por sintomas difusos de ansiedade –, por envolver a consciência do conteúdo do pensamento incômodo e uma tentativa (ineficaz) de suprimi-lo para evitar que seu descontrole resulte em ações socialmente condenáveis. No entanto, pesquisas clínicas devem ser realizadas para investigar a pertinência dessa hipótese em amostras adolescentes e adultas (nas quais o desenvolvimento cognitivo potencialmente evidenciaria com maior clareza essa diferença).

Estudos neuropsicológicos reforçam essa hipótese. Rauch e Savage (1998) constataram em seus estudos que a hiperatividade do córtex órbito-frontal anterior está relacionada à ocorrência de obsessões (eventos cognitivos intrusivos) e à gravidade subjetiva das obsessões, e que a ativação da alça paralímbica é relacionada a estados não específicos de ansiedade. Esses resultados indicam que os sintomas do TOC são mediados pelo circuito córtico-estriado cognitivo ventral e envolvem, sobretudo, sintomas

cognitivos. Já os sintomas da ansiedade generalizada (os quais envolvem menos processos cognitivos) são relacionados aos elementos paralímbicos do circuito-córtico-estriado afetivo-motivacional, mas não ao córtex órbito-frontal anterior nem o núcleo caudado. Essa diferença pode estar relacionada à prevalência de sintomas cognitivos em alguns quadros de TOC e de sintomas difusos em outros, assim como à prevalência de comorbidades associadas ao TOC.

A revisão apresentada por Miguel, Rauch, e Jenike (1998) indica que experiências subjetivas, como fenômeno cognitivo e sensações de apreensão, são um diferencial para avaliação de comportamentos repetitivos apresentados por quem tem TOC e quem manifesta sintomas semelhantes, mas de outra natureza. Segundo os autores, os indivíduos que manifestam TOC e Transtorno de Tique associado relatam com maior frequência uma sensação de apreensão que sucede as compulsões e que parece não ter uma natureza ou foco definidos. Compulsões/obsessões típicas nesses quadros são relacionadas a comportamentos de tocar, bater, esfregar e piscar fixamente (compulsões semelhantes a tiques motores complexos) e ocorrência de imagens intrusivas e obsessões de sons e músicas. Já os indivíduos com TOC sem comorbidade relatam com maior frequência obsessões de contaminação e compulsões de limpeza, sintomas cujo estímulo aversivo é conhecido e bem definido. Portanto, seria válido um estudo que investigasse qual o padrão de respostas à escala de pensamento dos indivíduos que apresentam comportamentos repetitivos de outra natureza que não o TOC (por exemplo, Abuso

de Substâncias, Síndrome de Tourette, Transtornos Alimentares etc.) e verificasse se o padrão de resposta aos itens de natureza cognitiva difere em cada caso.

Os resultados obtidos por meio dos procedimentos de validade indicam que a Escala de Obsessões e Compulsões para adolescentes elaborada no presente estudo é adequada para avaliar os sintomas obsessivos e compulsivos de adolescentes gaúchos. Ressalta-se que o procedimento para criação do instrumento foi cuidadoso em atentar para características específicas dos sintomas na faixa etária dos 11 aos 17 anos, bem como à compreensão dos adolescentes dos itens propostos. As análises fatoriais indicaram que a escala apresenta evidências de validade de construto (estrutura interna), sugerindo a extração de dois fatores distintos. Os índices de precisão obtidos foram adequados aos parâmetros internacionais.

Esses resultados sugerem a indicação do uso do instrumento para avaliação de adolescentes com hipótese diagnóstica de transtornos de ansiedade, sobretudo se considerados as comorbidades do TOC e o fato desse transtorno ter um início precoce e sigiloso. A presente pesquisa tem mérito por ser um dos poucos instrumentos validados disponíveis para avaliação de obsessões e compulsões entre adolescentes. Contudo, como limitação do estudo, cita-se o fato de os estudos de validade serem restritos, até o momento, à população gaúcha. Novos estudos de validade de critério do instrumento devem ser desenvolvidos para implementar as evidências de validade desse instrumento. Sugere-se também a realização de estudos que avaliem a validade clínica da escala.

## Referências

- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: ArtMed.
- Araújo, L. A. (2000). Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. Em C. Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 165-166). São Paulo: Lemos.
- Asbahr, F. (2000). Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência. Em C. Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 167-180). São Paulo: Lemos.
- Bastos, A. G., & Vaz, C. E. (2009). Estudo correlacional entre neuroimagem e a técnica de Rorschach em crianças com síndrome de Tourette. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 229-244.
- Chasson, G. S., Tang, S., Gray, B., Sun, B., & Wang, J. (2013). Further validation of a chinese version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(02), 249-254.
- Conrado, L. A. (2009). Transtorno dismórfico corporal em dermatologia: diagnóstico, epidemiologia e aspectos clínicos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(6), 569-581.
- Conybeare, N., Behar, E., Solomon, A., Newman, M. G., & Borkovec, T. D. (2012). The PTSD Checklist-Civilian version: Reliability, validity, and factor structure in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 699-713.
- Cordioli, A. V. (2014). *TOC Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: ArtMed.
- Couto, L. R. S. B., Rodrigues, L., Vivan, A. S., & Haag, C. (2010). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder (OCD): A selective review of the literature. *Contextos Clínicos*, 3(2), 113-132.
- Ferrier, S., & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1363-1371.
- Fontenelle, L., Marques, C., & Versiani, M. (2002). The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 7-11.
- Fontenelle, Z., Mendlowicz, M., Marques, C., & Versiani, M. (2003). Early- and late-onset obsessive-compulsive disorder in adult patients: An exploratory clinical and therapeutic study. *Journal of Psychiatry Research*, 37(2), 127-133.
- Geller, D., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., & Hagermoser, L. (2001). Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: Finding in children, adolescents, and adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 471-477.

- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420-427.
- Gomes, C. C., Comis, T. O., & Almeida, R. M. M. (2010). Obsessive-compulsive disorder in the different age groups. *Aletheia*, 33, 138-150.
- Gomes, J. B., Matte, B. C., Vivian, A., Viana, A. C. W., Bortoncello, C. L., Salum, G. A., & Zottis, G.A.H. (2011). Terapia Cognitivo-Comportamental com intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 121-127.
- Janeck, A., Calamari, J., Riemann, B., & Heffelfinger, S. (2003). Too much thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 181-195.
- Lacerda, A. L., Dalgalarondo, P., & Camargo, E. E. (2001). Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 24-27.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., Del Genio, M., Didonna, F., & Prunetti, E. (2002). Obsessions and compulsions and intolerance for uncertainty in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorder*, 16(4), 401-411.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- Miguel, E., Ferrão, Y., Rosário, M.C., Mathis, M.A., Torres, A.R., Fontenelle, L.F., ... Silva, E. (2008). The Brazilian research consortium on obsessive-compulsive spectrum disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 185-196.
- Miguel, E., Rauch, S., & Jenike, M. (1998). Transtorno obsessivo-compulsivo. Em E. Miguel, S. Rauch & J. Leckman (Orgs.). *Neuropsiquiatria dos gânglios da base. The psychiatric clinics of North America* (pp. 237-261). São Paulo: Lemos.
- Miranda, M. & Bordin, I. (2001). Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 10-12.
- Nauta, K. J., Batelaan, N. M., & van Balkom A. J. (2012). Obsessive-compulsive disorder from a family perspective: implications for a treatment and research. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(5), 439-448.
- Oliveira, D., Casarotto, M. E., Ebert, C., Lauter, D. S., Dallabrida, F. A., & Kolankiewicz, A. C. B. (2011). *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 1325-1330.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM & IBAPP.
- Purdon, C., Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive compulsive. Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 93-108.
- Rauch, S., & Savage, C. (1998). Neuropsiquiatria e neuropsicologia do estriado: transpondo a ciência básica e a prática clínica. Em E. Miguel, S. Rauch e J. Leckman (Orgs.). *Neuropsiquiatria dos gânglios da base. The psychiatric clinics of North America* (pp. 81-115). São Paulo: Lemos.
- Rosário-Campos, M. C. & Mercadante, M. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 16-19.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J., & Antony M.M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1453-1465.
- Sales, O. P., Vianey, E. L., Bernardes, N., Silva, P. P., Oliveira, P. M., & Avelino, S. C. (2010). Compulsion: how to live with this obsessive routine. *Journal of the Health Sciences Institute*, 28(1), 13-6.
- Sánchez-Meca, J., López-Pina, J. A., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Rosa-Alcázar, A. I., & Gómez-Conesa, A. (2011). The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory: A reliability generalization meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 473-493.
- Sans, J. C., Hernández-Martínez, C., Muñoz, S. C., García, L. L., & Trallero, J. T. (2011). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version: Validity and reliability in Spanish non-clinical population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 81-96.
- Shafraan, R. (2001). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6(2), 50-58.
- Storch, E. A., Park, J. M., Lewin, A. B., Morgan, J. R., Jones, A. M., & Murphy, T. K. (2011). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version Survey Form does not demonstrate adequate psychometric properties in American youth with pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 574-578.
- Torres, A., & Smaira, S. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 6-9.
- Victoria, M. S., & Fontenelle, L. F. (2010). The construction of a new instrument to assess implicit correlates of obsessive-compulsive disorder symptoms: first version of the Implicit Association Test. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(5), 189-94
- Zohar, A. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 8(3), 445-460.

Recebido em março de 2014  
 1ª reformulação em agosto de 2014  
 2ª reformulação em outubro de 2014  
 Aprovado em outubro de 2014

## Sobre os autores

**Caroline Tozzi Reppold** é Psicóloga, Doutora em Psicologia. Professora adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Professora do PPG Ciências da Saúde e do PPG Ciências de Reabilitação da UFCSPA. Bolsista produtividade do CNPq.

**Léia Gonçalves Gurgel** é Fonoaudióloga, Mestre em Ciências da Saúde e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Bolsista de Doutorado do CNPq.

**Claudio Simon Hutz** é Psicólogo, Doutor em Psicologia. Professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista produtividade do CNPq.