

ISMAEL AUGUSTO DE SOUSA CARDOSO

**Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa do
Obsessive–Compulsive Inventory—Revised**

Orientador: Professor Doutor Miguel Faria

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida
2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde**

Lisboa

2015

ISMAEL AUGUSTO DE SOUSA CARDOSO

**Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa do
Obsessive–Compulsive Inventory—Revised**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Despacho de Nomeação de Juri 404/2015, de 16 de Dezembro de 2015.

Presidente da Mesa: Professor Doutor Américo Baptista

Arguente: Professora Doutora Patricia Pascoal

Orientador: Professor Doutor Miguel Faria

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2015

Agradecimentos

A realização de uma dissertação é um processo complexo, dinâmico e, considerado por muitos um trabalho algo solitário. O meu caminho na elaboração desta investigação leva-me a discordar desta perspetiva, uma vez que o resultado só se tornou possível graças ao suporte de várias pessoas imprescindíveis, às quais gostaria de deixar o meu agradecimento.

Obrigado Família, pela vossa presença em todos os momentos, por puxarem a corda sempre que a vida me obrigou a cair ao fundo do poço, por terem confiança nas minhas capacidades e por se orgulharem da pessoa que me tornei.

Obrigado Filha, foi por ti que me lancei neste desafio, consciente que seria um pai ausente e, ainda assim, sorriste e motivaste-me ao longo dos anos para continuar, o meu sucesso está diretamente ligado ao amor que nos une, que nos faz vibrar com um simples olhar. O Pai tem um orgulho imenso na Mulher guerreira e lutadora que te tornaste, onde os valores da família se sobrepõem a quaisquer outros.

Obrigado Mãe, por acreditares, por viveres para me proteger, por me apoiares nos momentos de devaneio, por estares sempre por perto, por chorares e rires comigo, por largares sempre tudo para me acudir, por conversares, pela preocupação, pela amizade e pelo orgulho que sinto em seres uma fantástica Mãe.

Obrigado Pai, por me acordares para os aspetos da vida que realmente importam, pelo exemplo de garra e da importância de nunca desistir, pelo carinho, pelo ensino dos valores mais importantes, por me aperfeiçoares com cada palavra, pela liberdade apoiada que me concedeste, por seres o Pai que traz sempre o seu filho no pensamento.

Obrigado Mano, por ansiar pela minha companhia, pelas perguntas inocentes que me levaram a refletir no sentido mais puro de cada momento na vida, pelo apoio e orgulho no meu caminho.

Obrigado Padrinhos, pelo vosso amor, por estarem sempre presentes em momentos chave para que me fosse possível concluir com sucesso este desafio.

Obrigado tia Céu por esse amor que me envolve e me faz sentir protegido, tia Emília por esse coração de ouro, pelo sorriso e abraços amorosos, tio Domingos por esse coração cheio de garra, pelo apoio e mensagens de esperança. Saibam que o meu amor e orgulho por vocês nem a distância consegue apagar.

Obrigado “arrumador de bicicletas” Avô, pelas influências e por teres sido o obreiro de uma família tão resiliente, foste um modelo para mim, pelos valores que me passaste, a

importância do brio e da nobreza nos atos, as palavras ternurentas nos momentos certos. Apesar de teres sido chamado para perto da Mãe Ana, e de não estares presente neste momento tão feliz para mim, sinto que o meu sucesso começou em 1917. Sei que estás orgulhoso deste teu “Bom Homem”, tenho saudades tuas e tudo farei para continuar este teu legado de valores, família e amor ao próximo.

Obrigado Bárbara, por fazeres parte da minha família e dos meus amigos, pela ternura do teu olhar que me abraça no vazio, pelo encanto do teu sorriso que faz desaparecer as minhas dúvidas, pelo carinho das tuas palavras que me levam a nunca desistir, pelo aconchego dos teus beijos que silenciam as minhas lágrimas com esperança, e por me fazeres acreditar que sou especial.

Obrigado aos amigos e colegas, em particular a minha querida amiga Romy por ter caminhado ao meu lado sempre com um espírito vencedor. A todos, pelos momentos de descontração tão importantes para o meu equilíbrio, pelas conversas alheias aos problemas, pela preocupação e companheirismo, por partilharem momentos e vivências.

Obrigado ao meu Orientador, Professor Doutor Miguel Faria pela transmissão de conhecimentos, pelo feedback do trabalho desenvolvido e por me incentivar a não baixar a cabeça perante a adversidade.

Obrigado a todos os professores que me transmitiram o fascínio pela Psicologia, em particular ao professor João Taborda, pelas palavras amigas que me ajudaram a crescer e a encarar a vida com outros olhos. À professora Isabel Santos, sempre com um sorriso capaz de iluminar as noites mais sombrias, que me motivou e aconselhou para que este meu percurso fosse um sucesso.

Na certeza de que é impossível transmitir nestas palavras toda a minha gratidão, continuo na esperança que a minha presença esteja sempre à altura de vos dar tudo o que vocês já me deram.

Bem Hajam!

Resumo

Foram examinadas as propriedades psicométricas da versão Portuguesa do Obsessive–Compulsive Inventory—Revised (OCI-R; Foa et al., 2002) em duas amostras não-clínicas (N = 509). Os resultados, para a escala total e cada uma das subescalas, revelaram boa consistência interna, validade convergente e divergente e confiabilidade teste-reteste após um intervalo de um mês. Além disso, a estrutura original de seis factores correlacionados foi confirmada através de uma análise fatorial confirmatória. Os resultados também mostraram que a OCI-R exibiu invariância estrutural segundo o sexo. Em resumo, a versão em Português do OCI-R retém as boas propriedades psicométricas da versão original e é um instrumento adequado para medir os sintomas obsessivo-compulsivos em amostras não-clínicas.

Palavras-chave: avaliação, perturbação obsessivo-compulsiva, versão portuguesa, propriedades psicométricas

Abstract

The psychometric properties of a Portuguese version of the Obsessive–Compulsive Inventory—Revised (OCI-R; Foa et al., 2002) were examined in two non-clinical samples ($n = 509$). The results for the total and each of the subscales of the Portuguese OCI-R revealed good internal consistency, convergent and divergent validity and test-retest reliability after a one-month interval. Moreover, the original correlated six-factor structure was confirmed in our sample by a confirmatory factor analysis. Our results also showed that the OCI-R exhibited gender invariance. In brief, the Portuguese version of the OCI-R retains the sound psychometric properties of the original version and seems satisfactory for measuring Obsessive–Compulsive Disorders (OCD) symptoms in non-clinical samples.

Keywords: assessment, obsessive-compulsive disorder, portuguese version, psychometric properties

ÍNDICE

Introdução	10
CAPÍTULO I - PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA	12
1. Perturbação Obsessivo-Compulsiva	13
1.1. Classificação	13
1.1.1. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V- APA) . . .	13
1.1.2. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10 – WHO)	14
1.2. Quadro Clínico.	16
1.2.1. Obsessões	16
1.2.2. Compulsões	17
1.2.3. Tipologias Duais de Obsessão – Compulsão	17
1.3 Epidemiologia	18
CAPÍTULO II - INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA POC	19
2.1. OCI	20
2.2. OCI-R	20
2.3. Outros Instrumentos para a Avaliação da POC	23
CAPÍTULO III - MÉTODO	25
3.1. Participantes	26
3.2. Instrumentos	26
3.2.1. Obsessive–Compulsive Inventory—revised (OCI-R)	26
3.2.2. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS).	27
3.2.3. Beck Depression Inventory (BDI-II)	27
3.2.4. Beck Anxiety Inventory (BAI)	27
3.3. Procedimento	27
CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS ..	29
4.1. Medidas Descritivas do OCI-R	30
4.2. Estrutura Factorial do OCI-R	30
4.3. Propriedades Psicométricas do OCI-R	32
4.4. Análise Factorial Confirmatória do OCI-R	35
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38

5. Discussão	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas da amostra	26
Tabela 2 - Descritivas, amplitude e correlações item-total para os 18 itens do OCI-R.	30
Tabela 3 - Cargas factoriais e comunalidades para os itens do OCI-R	31
Tabela 4 - Médias, DP e consistência interna (α Cronbach) para a escala total e subescalas do OCI-R para a amostra total e por sexo	32
Tabela 5 - Correlações entre as subescalas do OCI-R e com a escala total	33
Tabela 6 - Correlações entre o OCI –R, YBOCS, BDI e BAI	33
Tabela 7 - Médias (DP) para as subescalas e escala total do OCI-R para este estudo e os de Zermatten et al., Fullana et al., e Foa et al.	34
Tabela 8 - Valores de ajustamento para os modelos de um e seis factores	36
Tabela 9 - Valores de ajustamento para os diferentes modelos de teste da invariância por sexo	37

Introdução

Nos últimos anos vários instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar a gravidade da perturbação obsessivo-compulsiva (POC). Entre eles podemos citar o Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson e Rachman, 1977), o Compulsive Activity Checklist (CAC; Steketee & Freund, 1993), o Padua Inventory (PI; Sanavio, 1988) e, mais recentemente, o Obsessive–Compulsive Inventory (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir, 1998). O OCI foi validado em amostras clínicas e não clínicas, e tem apresentado boas propriedades psicométricas (Foa et al., 1998; Simonds, Thorpe, & Elliot, 2000; Wu & Watson, 2003).

Apesar da grande aceitação do OCI, uma das suas desvantagens é que é algo longo para estudos de investigação que exigem brevidade, e a necessidade de desenvolver medidas de auto-avaliação breves e eficazes de constructos psicológicos tem sido enfatizada por diversos autores (Donnellan, Oswald, Baird, & Lucas, 2009; Jonason & Webster, 2010; Rammstedt & John, 2007).

O Inventário Obsessivo Compulsivo-Revisto (OCI-R) é uma versão reduzida do OCI, desenvolvido por Foa et al. (2002). Em vez dos 42 itens que compõem a escala original, o OCI-R tem apenas 18 itens, incluindo seis factores (limpeza, verificação, ordem, acumulação obsessões e neutralização), com três itens cada. Esta versão reduzida tem algumas vantagens sobre a OCI, nomeadamente a possibilidade de se poder comparar directamente os valores das subescalas, uma vez que todas têm o mesmo número de itens, o desaparecimento de um factor redundante (frequência) e uma menor sobreposição das subescalas (Souza et al., 2008).

Vários estudos têm sido realizados nos últimos anos sobre as propriedades psicométricas do OCI-R, particularmente a nível da sua estrutura factorial em adultos, em amostras clínicas (Abramowitz & Deacon, 2006; Gönner, Leonhart, & Ecker, 2008; Huppert et al., 2007), não-clínicas (Fullana et al., 2005; Hajcak, Huppert, Simons, & Foa, 2004; Malpica, Ruiz, Godoy & Gavino, 2009; Roberts & Wilson, 2008; Silva, Costa, Vicente & Lourenço, 2011; Zermatten, Van der Linden, Jermann & Ceschi, 2006), e ambas (Sica et al., 2009; Solem, Hjemdal, Vogel, & Stiles, 2010; Souza et al, 2008). Os resultados destes estudos apontam consistentemente para uma estrutura de seis factores correlacionados, com índices de ajustamento bons a excelentes. Em alguns dos trabalhos acima mencionados, foi também considerada a existência de um factor obsessivo-compulsivo geral de segunda ordem. Embora os índices de ajustamento se tivessem revelado na maioria dos casos aceitáveis, o modelo de seis factores provou ser o mais adequado. Em face disto, a existência de um factor

geral único também tem sido considerada (Fullana et al., 2005; Hajcak et al., 2004; Solem et al., 2010), mas os resultados não foram satisfatórios.

Embora a prevalência da POC seja idêntica em homens e mulheres, alguns estudos têm mostrado diferenças segundo o sexo em alguns dos fatores que compõem o OCI-R. Quando foram utilizadas amostras clínicas, os homens tendem a apresentar valores mais elevados nas subescalas ordem e acumulação, enquanto nas mulheres se observaram pontuações mais elevadas na limpeza. Nas amostras não clínicas, no entanto, não têm sido encontradas de forma consistente diferenças entre homens e mulheres (Fullana et al., 2005).

Em face das suas propriedades psicométricas e do curto período de tempo que leva para completar, o OCI-R é hoje uma das medidas preferenciais para avaliar os sintomas obsessivo-compulsivos em contextos clínicos e não clínicos. Como Zermatten et al. (2006) apontam, a diferença entre as obsessões e compulsões que se manifestam num nível não clínico e na POC, ocorre principalmente em termos de frequência e intensidade, e não no seu conteúdo. Portanto, o uso de amostras maiores pode ser útil para avaliar o conteúdo e características das dimensões que compõem o OCI-R.

O principal objetivo do presente estudo é avaliar as propriedades psicométricas e a estrutura factorial do OCI-R em duas amostras não-clínicas de participantes portugueses, a fim de promover e facilitar a investigação de sintomas obsessivo-compulsivos.

CAPÍTULO I - PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

1. Perturbação Obsessivo-Compulsiva

A Perturbação Obsessiva Compulsiva (POC) é caracterizada por pensamentos intrusivos e recorrentes, ideias, impulsos ou imagens (obsessões) e rituais repetitivos, denominadas compulsões que servem para reduzir a ansiedade do sujeito em sofrimento emocional (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000, Storch et al., 2008, Himle et al., 2011).

A Perturbação Obsessiva Compulsiva também está associada com prejuízo significativo no funcionamento social e ocupacional (Andrews, Henderson & Hall, 2001; Calvocoressi et al, 1995; Leon, Porter & Weissman, 1995, Himle et al. 2011).

Esta condição apresenta uma alta comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas, tais como a Depressão Major e as perturbações de Ansiedade (Himle et al. 2011, Attiullah, Eisen & Rasmussen, 2000; Brown Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001; Mayerovitch et al, 2003; Sasson et al, 1997).

1.1. Classificação

1.1.1. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V- APA)

Em 2013 a American Psychiatric Association surgiu com uma 5ª revisão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) com alterações ao nível de alguns critérios para a realização de diagnósticos. Uma dessas modificações prende-se com a temática central deste trabalho de investigação – a Perturbação Obsessiva Compulsiva (POC). Este tipo de perturbação fora incluído no âmbito das Perturbações Ansiosas (DSM IV), no entanto, atualmente é abrangido por uma categoria nova – Perturbações Relacionadas com Perturbação Obsessiva Compulsiva (Obsessive-Compulsive Related Disorders).

Por esta nova categoria encontram-se também abrangidas a Perturbação de Acumulação Compulsiva (Hoarding Disorder), a Perturbação de Escoriação (Skin Picking Disorder), a Tricotilomania (Trichotillomania) e a Perturbação Dismórfica Corporal (Body Dysmorphic Disorder).

No que diz respeito aos critérios de diagnóstico estes mantêm-se. Salienta-se o critério A que se refere à presença de obsessões, compulsões ou ambas. As obsessões podem ser definidas através de duas premissas.

Por um lado, consistem em pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados como intrusivos, indesejáveis e que causam acentuada ansiedade ou desconforto na maioria dos indivíduos. Por outro lado, nesta perturbação, o

indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação (por exemplo, executando uma compulsão).

De igual forma, as compulsões são descritas através de dois critérios. Um primeiro critério refere-se às compulsões como comportamentos repetitivos (como por exemplo lavar as mãos, organizar ou verificar) ou atos mentais (tais como rezar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Outro critério implica que tais comportamentos ou atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou desconforto, ou ainda prevenir algum evento ou situação temida.

O critério B aplica-se à dimensão temporal e à interferência na vida quotidiana do sujeito. De acordo com este critério, as obsessões ou compulsões consomem tempo (por exemplo, tomam mais de uma hora por dia) ou causam desconforto clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.

O critério C delinea a origem dos sintomas evidentes nesta perturbação. Desta forma, os sintomas obsessivo-compulsivos não podem ser atribuídos ao efeito fisiológico direto de uma substância (por exemplo, abuso de droga ou medicação) ou a outra condição médica.

O critério D refere a exclusividade de sintomas na Perturbação Obsessiva Compulsiva. Assim, o conteúdo das obsessões ou compulsões não pode ser preferentemente atribuído a sintomas de algum outra perturbação do DSM V (como por exemplo, preocupações excessivas como existe na Perturbação de Ansiedade Generalizada; comer ritualisticamente como na Perturbação do Comportamento Alimentar; arrancar cabelos como na Tricotilomania; beliscar a pele como na Perturbação de Escoriação; preocupação com aparência como na Perturbação Dismórfica Corporal; preocupação com drogas ou com jogo como na Perturbação de uso de Substâncias ou relacionados; preocupação com objetos como na Perturbação de Acumulação; preocupação com doenças graves na presença de Ansiedade relacionada a doenças; preocupação com impulsos ou fantasias sexuais como nas Parafilias; preocupação com impulsos como nas Perturbações de Controlo dos Impulsos; ruminações de culpa como na Perturbação Depressiva Major; inserção do pensamento ou preocupações delirantes como nas Perturbações Psicóticas ou padrões de comportamentos repetitivos como nas Perturbações do Espectro do Autismo).

1.1.2. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10 – WHO)

De modo a conceptualizar de forma mais abrangente esta Perturbação salienta-se ainda, outro tipo de classificação - a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10 (CID – 10, WHO, 1997). Para a realização de diagnóstico e segundo o critério A, as obsessões e/ou compulsões estão presentes na maioria dos dias por um período de pelo menos duas semanas.

O critério B implica aspetos relativos às obsessões (pensamento, ideias ou imagens) e às compulsões (atos). Tanto as obsessões como as compulsões são reconhecidas como originárias da mente do paciente e não como algo imposto por outra pessoa ou por influência externa. Ambas as apresentações são repetitivas e desagradáveis, sendo que pelo menos uma compulsão ou obsessão é perspetivada como excessiva ou irracional. Neste quadro clínico, o sujeito tenta resistir face às compulsões e obsessões, no entanto, esta tentativa é ineficaz. Por outro lado, a vivência de tais sintomas não implica nenhum tipo de prazer, muito pelo contrário, surge sim um sentimento de incapacidade e de falta de controlo. Esta ideia deve ser distinguida da sensação de alívio sentida após a realização da compulsão ou da vivência do pensamento da obsessão em que existe uma diminuição da tensão e da ansiedade.

O critério C refere-se à angústia e à interferência no funcionamento normal do sujeito, quer a nível individual, quer a nível social.

O critério D reflete as cláusulas de exclusão do diagnóstico de Perturbação Obsessiva Compulsiva, sendo eles a Esquizofrenia e as Perturbações de Humor.

1.2. Quadro Clínico

1.2.1. Obsessões

As denominadas obsessões ou os pensamentos obsessivos podem ser definidas como ideias, crenças, ruminacões, imagens, impulsos ou medos, e caracterizadas como repetitivas, intrusivas, perturbadoras, indesejáveis e incontroláveis às quais o sujeito tenta resistir mais na maioria das vezes sem êxito ou eficácia (American Psychiatric Association, 2000, 2013; Macedo & Pocinho, 2007). De seguida são definidas todas as formas de obsessões acima mencionadas.

É possível perceber no que consiste uma ideia obsessiva se imaginarmos um pensamento de grande frequência e repetição, que impede e interfere no curso do pensamento do sujeito (Macedo & Pocinho, 2007). No que diz respeito às imagens obsessivas, estas podem ser definidas como representações cognitivas de cariz repetitivo, agressivo, que provocam, muitas vezes, no sujeito repulsa. As convicções obsessivas podem ser resumidas a

crenças e pensamentos ou crenças que invadem a mente do sujeito, com um cariz definido. Tais convicções muitas vezes levam o sujeito a acreditar que se agir de determinada forma irá evitar ou prevenir um acontecimento terrível (Macedo & Pocinho, 2007).

As rumações obsessivas que estes sujeitos experienciam consistem em raciocínios sem término e sem qualquer tipo de conclusão sobre assuntos para os quais os próprios sujeitos não têm, nem encontram respostas. Já os impulsos, neste tipo de patologia, referem-se a preocupações excessivas que o sujeito apresenta de agir de uma forma que seja prejudicial para si, ou para os outros. Por fim, os medos obsessivos encontram-se, muitas vezes, relacionados com ideias de contaminação (Macedo & Pocinho, 2007).

As obsessões no quadro clínico da Perturbação Obsessiva Compulsiva podem assumir diversos conteúdos, tais como a contaminação, a religião, conteúdos somáticos, a ordem e simetria, a agressão, o sexo e a dúvida patológica (Cabaleiro-Goas, 1966; Foa, Kozak, Goodman, Hollander, Jenike & Rasmussen, 1995; Macedo & Pocinho, 2007; Pinto, Mancebo, Eisen, Pagano & Rasmussen, 2006; Rasmussen & Eisen, 1992; Storch et al, 2008). Seguidamente, são conceptualizados os conteúdos referidos acima.

As obsessões relacionadas com as ideias de contaminação são consideradas as mais frequentes, de entre os sujeitos que sofrem deste tipo de perturbação. Tais ideias encontram-se associadas à existência de germes ou de fluidos do próprio organismo humano. O sujeito com este tipo de obsessão tende a evitar colocar-se nestas situações sujas, procedendo a rituais compulsivos, que podem passar, por exemplo, pela sistemática lavagem das mãos (Macedo & Pocinho, 2007).

No caso das obsessões somáticas estes sujeitos tendem a preocupar-se, de forma excessiva, como o facto de estar ou poder vir a estar doente. De forma, a controlar este tipo de obsessão tendem a realizar rituais de verificação e em casos mais graves a recorrer inúmeras vezes a serviços hospitalares e médicos, visando certificar-se que não padecem de qualquer patologia. Neste tipo de perturbações surge, também, uma necessidade extrema e, claro, patológica, de organização, sequenciação e simetria, muitas vezes associadas à característica de pensamento mágico (Macedo & Pocinho, 2007).

As obsessões agressivas ou sexuais encontram-se na mente do sujeito através de uma excessiva preocupação em situações de falta de controlo e na conseqüente ação, com resultados imorais e terríveis. Tais obsessões culminam em comportamentos de verificação, em que o sujeito se certifica, variadas vezes, de que não cometeu nenhum ato desumano. Por fim, a dúvida patológica surge nestes sujeito assumindo a forma de uma preocupação

imutável de sucede algum evento desagradável, produto de um qualquer lapso do próprio. Após verificarem diversas vezes a situação, por exemplo, desligar o fogão ou trancar a porta de casa, e perceberem que nada de errado se passa, a dúvida permanece de forma constante (Macedo & Pocinho, 2007).

1.2.2 Compulsões

O conceito de compulsão não tem sido definido de uma forma clara, existindo algumas diferenças a estes níveis pelas duas classificações internacionais mais utilizadas. Por um lado, o DSM V (APA, 2013) conceptualiza as compulsões como sendo um produto que permite o alívio do sofrimento emocional que as obsessões provocam no sujeito (American Psychiatric Association, 2013; Macedo & Pocinho, 2007). Por outro lado, a classificação CID-10 (WHO, 1997) defende que as compulsões constituem, apenas, a forma como o sujeito expressa a angústia provocada pelas obsessões. Acrescenta, ainda, que as compulsões assumem a dimensão visível e as obsessões a dimensão invisível da Perturbação Obsessiva Compulsiva (Macedo & Pocinho, 2007).

Visando conceptualizar a compulsão de uma forma abrangente e geral podemos afirmar que são formas de reação exageradas, caracterizadas por ritualismos e movimentos estereotipados, sem qualquer tipo de utilidade. Estes comportamentos são experimentados pelo sujeito como desagradáveis, muitas vezes, de difícil resistência (Macedo & Pocinho, 2007).

Salientam-se algumas das compulsões mais frequentes, são elas a simetria e a precisão, o armazenamento/acumulação, a urgência de questionar, a verificação, a contagem, a lavagem/limpeza e os impulsos de cariz sexual (Rasmussen & Eisen, 1988).

1.2.3 Tipologias Duais de Obsessão – Compulsão

São conhecidas quatro associações principais que agrupam obsessões e compulsões específicas.

A primeira associação é realizada entre a obsessão contaminação que gera a compulsão repetida e excessiva de lavagem e limpeza. Normalmente este tipo de associação gera problemas a níveis relacionais, quer a nível familiar, quer a nível conjugal, afetando na sua maioria o sexo feminino (Intel, 1984; Macedo & Pocinho, 2007).

A segunda associa a obsessão de dúvida patológica e a compulsão de verificação constante, com prevalência superior a nível do sexo masculino (Intel, 1984; Macedo & Pocinho, 2007).

A terceira associação agrupa a obsessão relacionada com os impulsos e a compulsão de verificação. Estes impulsos que o sujeito sente referem-se, como já foi referido, a comportamentos ou atos imorais e agressivos (como por exemplo, crimes, mortes, violações), em que o sujeito apresenta uma tendência para verificar de forma constante se cometeu ou não tal ato (Intel, 1984; Macedo & Pocinho, 2007).

Por fim, o último surge a tipologia mais rara, a obsessão de lentidão obsessiva de carácter primário, com a ausência de compulsão. Nestes quadros clínicos os sujeitos apresentam uma necessidade urgente de realizar as suas tarefas de forma meticulosa, o que altera, evidentemente, a vida diária do mesmo, bem como a sua performance profissional (Intel, 1984; Macedo & Pocinho, 2007).

1.3 Epidemiologia

No que diz respeito à taxa de prevalência da Perturbação Obsessiva Compulsiva na população geral, esta assume ainda, um carácter algo indeterminado.

Os estudos realizados sugerem a existência de 1% de sujeitos que sofrem da Perturbação Obsessiva Compulsiva, tendo como cenário a população global. No entanto, é provável que este valor esteja subestimado, uma vez que existem vários fatores que perpetuam esta condição, como a fraca procura de profissionais especializados de forma espontânea, a ocultação que os indivíduos muitas vezes fazem face aos sintomas desta patologia, bem como a dificuldade em separar esta condição de outras patológicas psiquiátricas (Macedo & Pocinho, 2007).

Relativamente à população psiquiátrica é estimado que 8,9% dos sujeitos sofre de Perturbação Obsessiva Compulsiva, no ato da primeira consulta. No entanto, através de valores referidos por outros estudos, foi possível perceber que cerca de 6,5% dos sujeitos em regime de ambulatório e 17,4% dos sujeitos em regime de internamento padeciam desta perturbação (Karno & Golding, 1991).

CAPÍTULO II - INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA POC

2.1 OCI

O Obsessive-Compulsive Inventory (OCI) foi desenvolvido pelo Center for Treatment and Study Of Anxiety – University of Pennsylvania em 1998, por Foa, Kozak, Salkovskis, Coles & Amir. O objetivo deste inventário era analisar e investigar os sintomas resultantes da POC e, conseqüentemente, construir um perfil de níveis de ansiedade, visando, por último, perceber a influência desta patologia na vida quotidiana do paciente. De acordo com os autores, este inventário era igualmente aplicável a populações com características clínicas e à população em geral (não clínica).

O OCI é um inventário de autorrelato, constituído por 42 itens, avaliados através de uma escala de Lickert de quatro pontos (0 = *Nada*; 1 = *Um Pouco*; 2 = *Moderadamente*; 3 = *Bastante*; 4 = *Extremamente*). Os itens medem dimensões relevantes da POC e estão subdivididos em sete subescalas – Lavagem, Controle, Dúvida, Ordenação, Obsessões, Acumulação e Neutralidade - com uma amplitude de resposta total que varia entre 0 e 168, em que os valores mais elevados indicam a presença de sintomatologia. No entanto, apesar de ser um instrumento com uma aplicação muito abrangente, foi sentida a necessidade da construção de uma versão mais curta, uma vez que os 42 itens prolongavam demasiado a sua aplicação em contexto clínico.

2.2 OCI – R

O Obsessive-Compulsive Inventory-Revised é uma nova versão, mais breve, do OCI e foi elaborado por Foa et al., em 2002. Esta versão reduzida ficou constituída por 18 itens e seis subescalas, sendo elas a Limpeza, Verificação, Ordem, Acumulação Obsessões e Neutralização. Como já foi referido, a menor sobreposição entre os conteúdos das subescalas e a possibilidade da comparação direta dos seus valores, uma vez que todas elas possuem agora o mesmo número de itens, o que não se verificava com as subescalas do OCI, são dois dos fatores que facilitaram o uso em larga escala desta nova versão.

Desde a sua introdução o OCI-R tem sido submetido a numerosas validações em diferentes contextos e culturas. Apresentaremos em seguida as de maior relevância.

Em 2006, Zermatten, Van der Linden, Jermann & Ceschi investigaram as propriedades psicométricas de uma versão francesa desta escala através de uma amostra de 583 estudantes universitários. Os resultados revelaram consistência interna satisfatória, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach (variando os valores das subescalas de .63 a .86). Também a

estrutura de seis fatores encontrada por Foa et al. (2002) foi confirmada nesta amostra, através da análise fatorial confirmatória.

As propriedades psicométricas da versão espanhola do OCI-R foram examinadas por Fullana, Tortella-Feliu, Caserasa, Andiό, Torrubia & Mataix-Cols (2005), tendo para o efeito sido utilizada de 381 estudantes. A análise fatorial confirmou a estrutura dos seis fatores originais. O valor da escala total, bem como cada uma das subescalas, desta versão em espanhol do OCI-R, demonstraram um nível de consistência interna considerado de moderado a bom, com valores de α compreendidos entre .67 e .82 para as seis subescalas e de .86 para a escala total. Foram, ainda, apresentados valores moderados ao nível da validade convergente e uma boa validade divergente. Quanto à confiabilidade de teste-reteste foi igualmente boa ($r = .67$).

Ainda em Espanha, Martínez-González, Piqueras & Marzo (2001) procederam à validação do OCI-R mas agora tendo como alvo a população adolescente. Para o efeito utilizaram uma amostra não clínica de 525 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Os resultados obtidos confirmaram a estrutura original dos seis factores, com propriedades psicométricas adequadas, a nível da fidelidade, validade convergente e discriminante e estabilidade temporal. Além disso, os autores concluíram ainda pela existência de invariância nos resultados, em função quer do sexo, quer da idade (tendo sido comparados dois grupos, de 12-15 anos e de 16-18 anos). Este estudo foi replicado mais tarde (Piqueras, Martínez-González, Hidalgo, Fullana, Mataix-Cols & Alcázar, 2009) com uma amostra de 269 adolescentes entre os 16 e os 18 anos, tendo os resultados obtidos confirmado os do estudo de Martínez-González et al. (2001).

Na Alemanha, as propriedades psicométricas do OCI-R foram analisadas numa amostra de 381 sujeitos com diagnóstico de Perturbação Obsessiva Compulsiva, perturbações de ansiedade e depressivas (Gönner, Leonhart & Ecker, 2008). As análises fatoriais confirmaram a existência de uma estrutura de seis fatores, replicando o modelo original numa população clínica.

Na Islândia, Smári, Ólason, Eyórsdóttir & Frólunde (2007) aplicaram o OCI-R a um total de 816 estudantes universitários, divididos por duas amostras. A uma foi administrada o Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI) e o Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) e à outra foi aplicado o Padua Inventory Washington State University Revised (PI-WSUR) e o Multidimensional Perfectionism Scale (MPS). Foi, ainda, pedido a 89 estudantes que preenchessem duas vezes o OCI-R, com duas semanas de intervalo. A estrutura fatorial

do instrumento foi novamente confirmada. A consistência interna e a confiabilidade de teste-reteste da escala total do OCI-R, bem como de todas as subescalas foram satisfatórias. A pontuação total da versão do OCI-R apresentou uma correlação significativamente maior com a PI-WSUR e o MOCI, comparativamente com PSWQ ou o MPS. As escalas conceptualmente semelhantes do OCI-R, tais como a MOCI e a PI-WSUR evidenciaram maiores inter-correlações que as correlações observadas entre as escalas conceptualmente distintas, tendo sido concluído que a versão islandesa do OCI-R possui fortes propriedades psicométricas na população estudantil.

Um estudo semelhante foi levado a cabo em 2010 por Solem, Hjemdal, Vogel & Stiles, na Noruega, para testar as propriedades psicométricas da versão norueguesa do OCI-R. O estudo incluiu uma amostra de controlo que abrangia estudantes e a própria comunidade (n=1167) e uma amostra clínica com diagnóstico de POC (n=72). Os resultados indicaram um bom ajuste relativamente à estrutura de seis fatores do OCI-R. As pontuações médias, os desvios-padrão e a consistência interna encontradas são semelhantes aos resultados de estudos de outros países. As pontuações do OCI-R foram significativamente maiores na amostra com Perturbação Obsessiva Compulsiva, em comparação com a amostra de controlo. Todas as subescalas, exceto a relativa à Acumulação, foram preditores significativas da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. O OCI-R mostrou correlações significativas com medidas que avaliam sintomas obsessivo-compulsivos. Como esperado, a correlação mais forte do OCI-R foi com a Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, seguida de medidas que avaliam o nível de preocupação, ansiedade e depressão.

A nível da língua portuguesa, podemos referir o trabalho de Silva, Costa, Vicente, & Lourenço (2011), que adaptaram o OCI-R para o contexto brasileiro. Para tal, foi constituída uma amostra de 216 estudantes universitários voluntários. Os autores apenas referem a realização da análise fatorial exploratória, com os resultados da mesma a indicarem a presença dos 6 fatores originais. As análises de validade e fidelidade também sugeriram índices de confiabilidade e de consistência interna considerados bons.

O OCI-R foi igualmente validado em contextos culturais mais distantes.

Como exemplo poderemos apontar os estudos de Peng, Yang, Miao, Jing & Chan (2011), que avaliaram as propriedades psicométricas da versão chinesa deste instrumento. A versão chinesa do OCI-R foi administrada tanto a uma amostra não-clínica (209 estudantes universitários), como a uma amostra clínica (56 pacientes com Perturbação Obsessiva Compulsiva). A análise da amostra não-clínica confirmou o modelo de 6 fatores, sugerido Foa

et al. (2002). A consistência interna e confiabilidade teste-reteste apresentaram valores aceitáveis para ambas as amostras. Esta versão do OCI-R também demonstrou uma boa discriminação clínica para os pacientes com Perturbação Obsessiva Compulsiva, face aos sujeitos saudáveis.

Também no Irão a validação desta escala foi efectuada por Ghassemzadeh, Shams, Abedi, Karamghadiri, Ebrahimkhani, & Rajabloo (2011), com uma amostra de 450 estudantes universitários iranianos. Quer a escala total quer cada uma das subescalas da versão persa do OCI-R demonstraram uma consistência interna muito elevada, bem como uma alta confiabilidade de teste-reteste. A validade convergente e divergente da escala total desta versão, bem como das subescalas, apresentaram igualmente valores satisfatórios.

Na Nova Zelândia, um estudo com 282 estudantes do sexo feminino permitiu mais uma vez confirmar o modelo de seis fatores (Roberts & Wilson, 2008). Os valores de consistência interna e estabilidade temporal foram referidos pelos autores como bons a elevados.

2.3 Outros Instrumentos para a avaliação da POC

Para além do OCI-R, são com alguma frequência encontradas outras medidas que se destinam a avaliar sintomas relacionados com a Perturbação Obsessiva Compulsiva, as quais serão brevemente referidas em seguida.

Uma delas é a Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, Goodman, Price, Rasmussen, 1989). Esta escala permite avaliar a gravidade dos sintomas da POC. Os seus autores perspetivaram este instrumento para ser utilizado, de forma ampla, na pesquisa e na prática clínica, com o objetivo de determinar a gravidade da POC, bem como monitorizar a melhoria dos sujeitos durante o tratamento. Esta escala contém 10 itens, sendo cada um avaliado de 0 (*sem sintomas*) a 4 (*sintomas extremos*), produzindo uma pontuação total que pode variar entre 0 e 40. Os resultados são interpretados com base na pontuação total do sujeito, através dos intervalos seguintes: 0 a 7, em que a Perturbação Obsessiva Compulsiva é considerada subclínica; 8 a 15 a mesma é considerada leve; 16 a 23 de nível moderado; 24 a 31 de nível severo e, por fim, 32 a 40 de nível extremo.

Também bastante utilizada é o Padua Inventory – Washington State University Revision (PI-WSUR; Burns, Keortge, Formea, & Sternberger, 1996), o qual apresenta 39 itens divididos em 5 subescalas. A primeira se refere-se às obsessões de contaminação e de limpeza, a segunda às compulsões de vestir e despir, a terceira engloba as compulsões de

verificação, a quarta abrange os pensamentos obsessivos de dano face a si ou aos outros, e a quinta que se reflete nos impulsos obsessivos para prejudicar o próprio ou outros. A escala de resposta é do tipo Likert variando de 0 (*Nada*) a 5 (*Muito*).

O Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI; Hodgdon & Rachman, 1977) é outra medida que foi desenhada para avaliar o comportamento obsessivo compulsivo e que tem uma utilização frequente. O MOCI é constituído por 30 itens que se agrupam em 4 subescalas, referentes às compulsões de verificação, às compulsões de limpeza e lavagem, a de lentidão, e por fim, a que abrange a dúvida, com um formato de resposta de Verdadeiro e Falso.

Por fim, outra medida dedicada à avaliação dos sintomas da Perturbação Obsessiva Compulsiva, mais especificamente as preocupações, é o Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990). Esta escala apresenta 16 itens com um formato de resposta do tipo Likert de 1 a 5 (Nada Típico a Muito Típico, respetivamente). O total da pontuação varia entre 16 a 80, e através desta pontuação é percebido o intervalo em que o sujeito de encontra – entre 16 a 39 a preocupação é baixa, entre 40 a 59 a preocupação é moderada e entre 60 a 80 a preocupação é considerada excessiva.

CAPÍTULO III - MÉTODO

Método

3.1. Participantes

A amostra foi constituída por 310 indivíduos da população geral. Destes, 128 (41.3%) eram do sexo masculino e 182 (58.7%) eram do sexo feminino. As idades variaram entre os 18 e os 44 anos ($M = 31.87$, $DP = 7.69$). A participação foi voluntária, tendo sido obtido um consentimento informado, garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos (ver Tabela 1).

Tabela 1

Características demográficas da amostra

		n	%
Sexo	Masculino	128	41.3
	Feminino	182	58.7
Escolaridade	Ensino Básico	6	1.9
	Ensino Secundario	80	25.8
	Ensino Superior	213	68.7
	Outros	11	3.5
Estado Civil	Solteiro	140	45.2
	Casado/un. Facto	128	41.3
	Separado / Divorciado	39	12.6
	Viúvo	3	1.0
		<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade		31.87	7.69

3.2. Instrumentos

3.2.1. Obsessive–compulsive inventory—revised (OCI-R). O OCI-R (Foa et al., 2002) é um questionário de auto-avaliação composto por 18 itens que avalia o grau de perturbação sentido relativamente aos sintomas obsessivo-compulsivos durante o ultimo mês. As respostas são dadas numa escala do tipo Likert de cinco pontos, de 0 (*Nada*) a 4 (*Extremamente*). O OCI-R avalia a sintomatologia da POC através de seis factores: (a) Acumulação, (b) Verificação, (c) Ordem, (d) Neutralização, (e) Limpeza e (f) Obsessões, com três itens cada. Os resultados para cada subescala variam entre 0 e 12, sendo igualmente calculada uma pontuação total, através da soma dos 18 itens, que varia entre 0 e 72. Quanto

maior a pontuação total na escala, maior a prevalência dos sintomas. Em estudos efectuados em vários países (Abramowitz & Deacon, 2006; Fullana et al., 2005; Hajcak et al., 2004; Malpica et al., 2009; Solem et al., 2010), o OCI-R evidenciou boas propriedades psicométricas. O OCI-R original foi traduzido para Português pelos autores e foi feita uma retroversão por um tradutor oficial independente. Pequenas diferenças entre as duas versões foram corrigidas e a versão final foi estabelecida após uma administração experimental a um grupo de 12 estudantes universitários. A versão final da escala é apresentada no Apêndice A.

3.2.2. Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS). O Y-BOCS (Goodman et al., 1989) é uma escala composta por 10 itens que avalia o grau de perturbação sentido com sintomas obsessivo-compulsivos. Cinco questões avaliam as obsessões e as outras cinco avaliam as compulsões, relativamente ao tempo gasto, interferência com o funcionamento, incómodo subjectivo, resistência aos sintomas e controle sobre os sintomas. As respostas são dadas numa escala de Likert que varia entre 0 (*Sem sintomas*) e 4 (*Muito grave*). O Y-BOCS tem mostrado boas propriedades psicométricas, em amostras clínicas e não-clínicas (Federici et al., 2010; Frost, Steketee, Krause, & Trepanier, 1995).

3.2.3. Beck depression inventory (BDI-II). O BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) é um instrumento de auto-avaliação constituído por 21 itens que avaliam a gravidade de sintomas depressivos. Cada frase é classificada numa escala de quatro pontos, onde valores mais altos correspondem a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Foi utilizada a versão portuguesa do BDI-II, a qual tem evidenciado boas propriedades psicométricas num largo número de trabalhos (Campos & Gonçalves, 2011).

3.2.4. Beck anxiety inventory (BAI). O BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) é um instrumento de auto-avaliação constituído por 21 itens que avaliam a gravidade de sintomas ansiosos. As respostas são dadas numa escala de quatro pontos, onde valores mais altos correspondem a níveis mais elevados de sintomas ansiosos. Foi usada a versão portuguesa desta escala, a qual apresenta boas características psicométricas (Quintão, Delgado, & Prieto, 2013).

3.3. Procedimento

Após uma breve explicação dos objectivos do trabalho, cada participante recebeu um protocolo, com uma folha de rosto com instruções relativas à natureza anónima e confidencial do estudo, após o que era obtido o consentimento por escrito. Após a folha de rosto, os participantes encontravam um questionário socio-demográfico e os instrumentos utilizados. O

OCI-R era administrado em primeiro lugar, seguido pelo Y-BOCS, BDI-II e BAI. Oitenta e dois indivíduos (49 mulheres, 33 homens) completaram uma segunda administração do OCI-R cerca de um mês depois e constituíram assim a amostra para os procedimentos de teste-reteste.

CAPÍTULO IV - ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Medidas Descritivas do OCI-R

Na tabela 2 estão representadas as médias, desvios-padrão e correlações item-total para o OCI-R. As correlações dos itens com o valor total foram moderadas a fortes, variando entre .40 e .65, acima do valor de .30 recomendado (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 2

Descritivas, amplitude e correlações item-total para os 18 itens do OCI-R.

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Amplitude	<i>r</i> item-total
OCI-R1	.85	1.08	(0 – 4)	.47
OCI-R2	.70	.82	(0 – 3)	.65
OCI-R3	.96	1.00	(0 – 4)	.56
OCI-R4	.31	.76	(0 – 4)	.52
OCI-R5	.58	.86	(0 – 4)	.55
OCI-R6	.98	1.08	(0 – 4)	.62
OCI-R7	.71	.96	(0 – 4)	.52
OCI-R8	.53	.82	(0 – 4)	.57
OCI-R9	1.37	1.17	(0 – 4)	.61
OCI-R10	.25	.64	(0 – 4)	.48
OCI-R11	.38	.78	(0 – 4)	.53
OCI-R12	.99	1.15	(0 – 4)	.62
OCI-R13	1.09	1.10	(0 – 4)	.64
OCI-R14	.60	.86	(0 – 3)	.52
OCI-R15	1.01	1.02	(0 – 4)	.55
OCI-R16	.63	1.02	(0 – 4)	.40
OCI-R17	.46	.83	(0 – 4)	.48
OCI-R18	.74	1.06	(0 – 4)	.61

4.2. Estrutura Factorial do OCI-R

Em seguida foi efectuada uma Análise Factorial Exploratória (AFE) pelo método dos componentes principais com rotação *Varimax* aos 18 itens do OCI-R. O valor do Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) foi de .86 e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo, (χ^2 (153) = 3102.25, $p < .001$), pelo que os dados são considerados adequados para análise. Os

resultados mostram que todos os itens possuem valores de comunalidade superior ao valor recomendado de .50 (ver Tabela 3). Foi encontrada uma solução de 6 factores, (limpeza, verificação, ordem, acumulação obsessões e neutralização) com três itens cada, a qual explicava 76.09% da variância total.

Tabela 3

Cargas factoriais e comunalidades para os itens do OCI-R

Item	Verifi cação	Obsess ões	Orde m	Acumulaç ão	Limpez a	Neutralizaç ão	Comunalida de
OCI-R2	.87	.15	.16	.24	.19	.11	.91
OCI-R14	.84	.06	.08	.05	.24	.17	.81
OCI-R8	.83	.14	.17	.13	.18	.08	.79
OCI-R12	.09	.88	.11	.15	.16	.20	.88
OCI-R18	.12	.88	.13	.20	.07	.16	.87
OCI-R6	.12	.83	.22	.27	.04	.08	.82
OCI-R3	.12	.16	.81	.15	.07	.17	.76
OCI-R15	.21	.09	.80	-.01	.24	.15	.76
OCI-R9	.07	.20	.74	.21	.29	.10	.74
OCI-R1	.21	.26	-.02	.80	.03	-.01	.76
OCI-R7	.05	.15	.18	.80	.04	.19	.73
OCI-R13	.14	.20	.19	.75	.25	.18	.76
OCI-R17	.36	.03	.02	.03	.77	.20	.76
OCI-R11	.20	.07	.27	.13	.75	.03	.70
OCI-R5	.14	.17	.30	.11	.72	.09	.67
OCI-R10	.21	.21	.10	.07	.03	.79	.79
OCI-R4	.26	.15	.26	.12	.02	.69	.69
OCI-R16	-.09	.08	.09	.17	.36	.65	.65
Eigenvals	2.63	2.58	2.30	2.20	2.17	1.82	
% Variância	14.60	14.31	12.78	12.22	12.06	10.12	(76.09%)

Nota. Cargas factoriais superiores a .50 em **negrito**

4.3. Propriedades Psicométricas do OCI-R

Os valores para as estatísticas descritivas e consistência interna para cada uma das seis dimensões está representado na Tabela 4, para a amostra total e por sexo. Os homens apresentaram valores mais elevados em todas as subescalas e na escala total, com a exceção da subescala limpeza, mas nenhuma destas diferenças foi significativa. A consistência interna dos factores pode ser considerada como boa, com valores do *alpha* de Cronbach entre .78 (limpeza) e .91 (verificação e obsessões), com exceção da subescala neutralização, que apresentou um valor mais baixo ($\alpha = .64$), à semelhança do que já se tinha verificado em estudos anteriores (Hajcak et al., 2004; Piqueras et al., 2009; Sica et al., 2009; Zermatten et al., 2006). A escala total apresentou uma consistência interna excelente, com um valor de .90. A média das correlações inter-item para os seis factores variou entre $r = .41$ (neutralização) e $r = .78$ (obsessões), com um valor de $r = .34$ para a escala total.

Tabela 4

Médias, DP e consistência interna (α Cronbach) para a escala total e subescalas do OCI-R para a amostra total e por sexo

Subescala	Total		Masculino		Feminino		<i>t</i>	α
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Acumulação	2.65	2.66	2.96	2.82	2.43	2.52	1.79	.80
Verificação	1.83	2.29	2.01	2.27	1.71	2.30	1.13	.91
Ordem	3.34	2.74	3.45	2.41	3.26	2.95	.58	.82
Neutralização	1.19	1.88	1.36	2.03	1.07	1.77	1.36	.64
Limpeza	1.41	2.06	1.30	1.85	1.49	2.20	-.79	.78
Obsessões	2.71	3.04	2.84	3.03	2.62	3.06	.62	.91
OCI-R Total	13.13	10.45	13.91	10.23	12.58	10.59	1.12	.90

Em seguida foi realizada uma análise correlacional. Os resultados mostram que todas as correlações entre as subescalas do OCI-R foram positivas e significativas (ver Tabela 5). As correlações entre as subescalas e a pontuação total foram fortes, variando entre $r = .67$ (neutralização) e $r = .74$ (ordenação), enquanto as intercorrelações entre as seis subescalas foram moderadas, com valores compreendidos entre $r = .30$ (limpeza e obsessões) e $r = .52$ (limpeza e verificação).

Tabela 5

Correlações entre as subescalas do OCI-R e com a escala total

	2	3	4	5	6	OCI-R Total
1. Acumulação	.38	.38	.39	.34	.51	.72
2. Verificação		.39	.37	.52	.33	.68
3. Ordem			.44	.51	.41	.74
4. Neutralização				.40	.41	.67
5. Limpeza					.30	.69
6. Obsessões						.73

Nota. Todas as correlações significativas para $p < .01$

A validade convergente da escala total do OCI-R foi determinada através da correlação do OCI-R com outra medida de sintomas obsessivo-compulsivos, a Y-BOCS. A pontuação total do OCI-R correlacionou-se de forma positiva e forte com a pontuação total da Y-BOCS ($r = .73$) indicando uma boa validade convergente. Em relação às subescalas, os valores do r de Pearson variaram entre .47 (acumulação e verificação) e .62 (obsessões), o que também indica uma boa validade convergente para as seis subescalas (ver Tabela 6).

Tabela 6

Correlações entre o OCI–R, YBOCS, BDI e BAI

	Y-BOCS			BDI-II	BAI
	Total	Obsessões	Compulsões		
Acumulação	.47**	.43**	.48**	.19**	.16**
Verificação	.47**	.44**	.48**	.34**	.15**
Ordem	.52**	.53**	.56**	.18**	.21**
Neutralização	.53**	.49**	.54**	.14*	.20**
Limpeza	.61**	.54**	.61**	.28**	.18**
Obsessões	.52**	.62**	.61**	.18**	.27**
OCI-R Total	.73**	.72**	.77**	.30**	.28**

Nota: OCI-R: Obsessive–compulsive inventory-revised; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; BDI-II: Beck Depression Inventory; BAI: Beck Anxiety Inventory.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Foram igualmente correlacionadas as pontuações totais do OCI-R com as do BDI-II e do BAI, tendo sido encontrados valores do r de Pearson fracos a moderados. Além disso, a pontuação total do OCI-R evidenciou associações significativamente inferiores com o BAI e BDI-II do que com a Y-BOCS (todos os valores de $z > 1,96$, $p < .05$), sugerindo, portanto, validade divergente adequada.

Em seguida, foi calculado o valor do r de Pearson para determinar a estabilidade temporal do OCI-R, tendo o intervalo médio de tempo entre as duas aplicações da escala sido de quatro semanas. Os resultados por nós obtidos para a escala total do OCI-R foram ligeiramente superiores aos de Hajcak et al. (2004) e Malpica et al. (2009), que referiram valores de .70 e .67, respectivamente, com um intervalo de tempo idêntico. Quanto às subescalas, os coeficientes de Pearson variaram entre .51 (neutralização) e .73 (acumulação), o que permite concluir que o OCI-R tem boa confiabilidade teste-reteste.

Na Tabela 7, podemos comparar os resultados do presente estudo com os do estudo original (Foa et al., 2002), e os das adaptações francesa (Zermatten et al., 2006) e espanhola (Fullana et al., 2005), que também foram feitos com amostras não-clínicas. Podemos observar que os valores da versão em Português ocupam uma posição intermédia em relação aos outros estudos.

Tabela 7

Médias (DP) para as subescalas e escala total do OCI-R para este estudo e os de Zermatten et al., Fullana et al., e Foa et al.

	Este estudo $n = 310$	Zermatten et al. (2005) $n = 583$	Fullana et al. (2005) $n = 381$	Foa et al. (2002) $n = 477$
Acumulação	2.65 (2.66)	3.11 (2.47)	2.39 (3.85)	4.41 (2.67)
Verificação	1.83 (2.29)	1.72 (2.29)	2.31 (2.27)	2.91 (2.56)
Ordem	3.34 (2.74)	2.84 (2.55)	4.06 (2.53)	4.40 (3.03)
Neutralização	1.19 (1.88)	0.82 (1.60)	0.91 (1.50)	1.82 (2.20)
Limpeza	1.41 (2.06)	0.87 (1.55)	1.24 (1.77)	2.41 (2.50)
Obsessões	2.71 (3.04)	1.99 (2.18)	3.28 (2.95)	2.86 (2.72)
OCI-R Total	13.13 (10.43)	11.38 (8.55)	15.59 (9.34)	18.82 (11.10)

Modelos de Medida pela Análise Factorial Confirmatória

Foi efectuada uma Análise Factorial Confirmatória (AFC) ao OCI-R utilizando o EQS 6.1 (Bentler, 2005). Seguindo as recomendações de vários autores (Hurley et al, 1997; Van Prooijen & Van der Kloot, 2001), de que a mesma amostra não deve ser utilizada para a EFA e CFA, foi utilizada uma nova amostra de 209 participantes. Destes, 90 (43.1%) eram do sexo masculino e 119 (56.9%) eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos ($M = 33.54$, $DP = 7.28$).

Foram testados dois modelos. Em primeiro lugar, um modelo de factor único (todos os itens saturam num fator geral), e em segundo lugar, um modelo de seis factores correlacionados (seis variáveis latentes com três itens cada), como foi originalmente desenvolvido por Foa et al. (2002), e que estudos posteriores (Fullana et al, 2005; Hajcak et al, 2004; Malpica et al, 2009; Piqueras et al, 2009; Roberts & Wilson, 2008; Sica et al, 2009; Souza et al, 2008) têm mostrado ser adequada. Ambos os modelos estão representados na Figura 1.

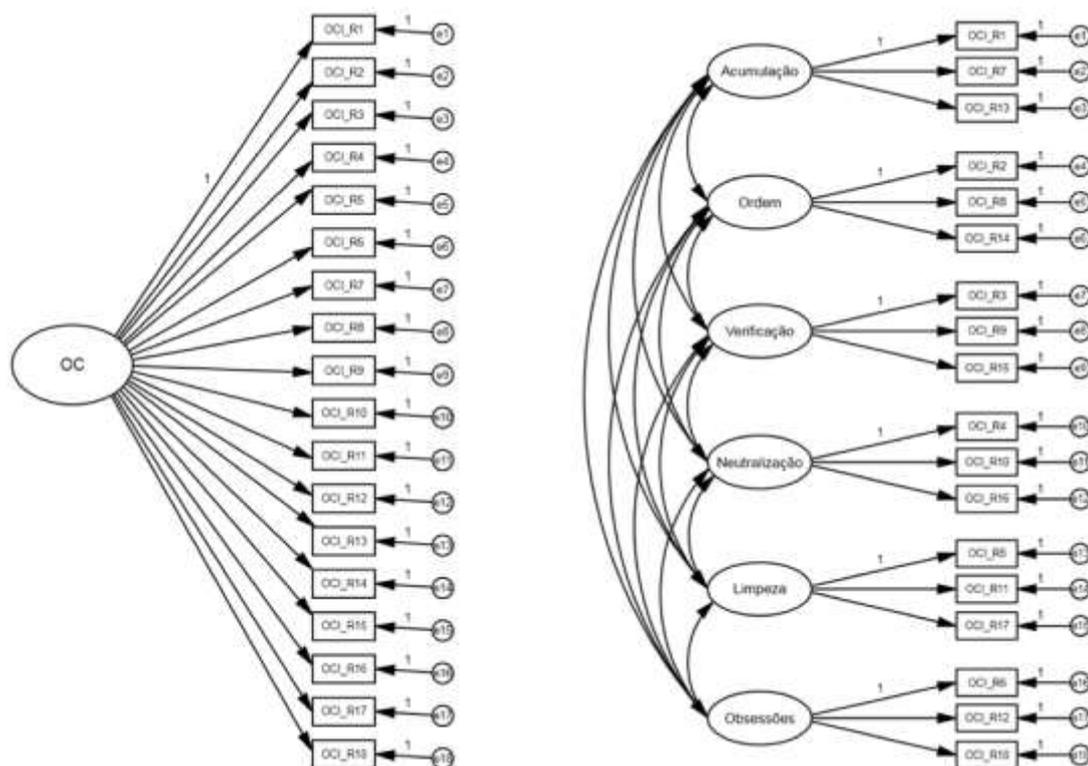


Figura 1. Modelos testados na AFC do OCI-R: modelo de um factor geral (esquerda) e de seis factores correlacionados

Foi utilizado o método de máxima verosimilhança. O modelo de um factor apresenta um ajustamento pobre dos dados (ver Tabela 8), considerando-se os critérios habitualmente propostos para os índices de ajustamento (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008; Hu & Bentler, 1999). Os resultados obtidos no modelo de seis factores proposto por Foa apresentam valores de ajustamento adequados. Assim, o valor do χ^2 Satorra-Bentler (120) foi de 191.49 ($p < .001$), enquanto o valor do χ^2/gl foi de 1.60 (sendo considerados adequados valores inferiores a 2). Quanto aos valores dos outros índices de ajustamento, o Comparative Fit Index (CFI) foi .94 (valores recomendados $\geq .93$), o Goodness of Fit Index (GFI) foi .91 ($\geq .90$), o Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) foi .06 ($\leq .08$) e o valor do Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) foi .05 ($\leq .06$), com um valor de .067 para o limite superior do intervalo de confiança de 90% (recomendados valores inferiores a .08).

Tabela 8

Valores de ajustamento para os modelos de um e seis factores

	1 factor	6 factores
$\text{SB}\chi^2 (\text{gl})$	580.98 (135)	191.49 (120)
$\chi^2 p \text{ value}$	<.001	<.001
χ^2 / gl	4.30	1.60
CFI	.61	.94
GFI	.70	.91
SRMR	.11	.06
RMSEA	.13	.05
(IC 90%)	(.115-.136)	(.039-.067)

Nota. $\text{SB}\chi^2$ = qui-quadrado ajustado Satorra-Bentler; gl = graus de liberdade; CFI = comparative fit index; GFI = goodness of fit index; SRMR = standardized root-mean-square residual; RMSEA = root mean square error of approximation; CI = intervalo de confiança para RMSEA.

Todas as cargas fatoriais apresentaram valores superiores a .50, excepto o item 16 (.43), e foram estatisticamente significativas ($p < .001$). Os seis factores, como esperado, correlacionaram-se de forma significativa e positiva, com valores variando entre .34 (lavagem e obsessões) e .68 (verificação e lavagem).

Por fim, foi examinada a invariância segundo o sexo para o modelo de seis factores. Foi utilizado o critério de $\Delta\chi^2$ (Byrne & Stewart, 2006; Cheung & Rensvold, 2002). O

modelo de base (M1) não apresentava quaisquer restrições. No segundo modelo (M2), as cargas factoriais foram restringidas para serem equivalentes em ambos os grupos (masculino e feminino). No último modelo (M3) quer as cargas factoriais quer os valores das variâncias e covariâncias foram restringidos para serem equivalentes. Os resultados são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9

Valores de ajustamento para os diferentes modelos de teste da invariância por sexo

Modelo	χ^2	gl	CFI	RMSEA	SRMR	$\Delta\chi^2$	Δgl	<i>p</i>
M1	340.63	240	.93	.05	.05			
M2	354.76	252	.92	.04	.05	14.14	12	.29
M3	372.13	273	.91	.05	.06	31.50	21	.17

Nota. χ^2 = qui-quadrado ajustado Satorra-Bentler; gl = graus de liberdade; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root-mean-square residual; RMSEA = root mean square error of approximation; $\Delta\chi^2$ = diferença no qui-quadrado; Δgl = diferença nos graus de liberdade. M1 = Modelo de base (sem restrições); M2 = M1 com cargas factoriais restringidas; M3 = M2 com cargas factoriais e covariâncias restringidas

As diferenças entre os valores de qui-quadrado não indicaram diferenças significativas entre os modelos M1 e M2 ($p = .29$). Da mesma forma, os modelos M1 e M3 provaram ser equivalentes ($p = .17$). Assim, o OCI-R satisfaz os critérios de invariância de carga factorial e de covariâncias, podendo ser aplicado a ambos os sexos.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Discussão

O objetivo deste estudo foi validar uma versão em Português do OCI-R desenvolvido pela Foa et al. (2002) numa amostra não-clínica. Os nossos resultados indicam que as propriedades psicométricas do OCI-R Português são comparáveis às da escala original (Foa et al, 2002; Hajcak et al, 2004), sugerindo propriedades psicométricas adequadas em termos de validade convergente, validade divergente e confiabilidade teste-reteste.

Para a escala total, a consistência interna foi excelente, com um valor de *alpha* de Cronbach de .90. A validade convergente foi bem estabelecida com o Y-BOCS, com coeficientes de Pearson superiores a .70 com a pontuação total e das subescalas (obsessões e compulsões). Embora estatisticamente significativas, as correlações com duas medidas de ansiedade (BAI, $r = 0,28$) e depressão (BDI-II, $r = 0,30$) foram consideravelmente mais baixas, sugerindo, portanto, validade discriminante adequada para o OCI-R. Os valores da estabilidade temporal no nosso estudo foram ligeiramente inferiores aos obtidos por Foa et al. (2002), o que pode ser devido ao intervalo de tempo diferente entre as duas aplicações (um mês vs. uma semana). No entanto, os nossos resultados mostram uma excelente estabilidade temporal, com um valor de .79, sendo idênticos ou superiores aos obtidos em outros estudos com amostras similares e com um intervalo de tempo idêntico (Hajcak et al, 2004; Malpica et al, 2009).

No que respeita às subescalas do OCI-R, os valores de consistência interna foram na generalidade bons, com exceção da subescala de neutralização ($\alpha = 0,64$). No entanto, deve notar-se que em vários outros estudos (Hajcak et al, 2004; Malpica et al, 2009; Zermatten et al, 2006), esta subescala sempre apresentou valores *alpha* semelhantes ou inferiores aos do nosso estudo, o que pode ser devido ao facto de terem sido utilizadas amostras não-clínicas, uma vez que nos estudos com amostras clínicas (Abramowitz e Deacon, 2006; Foa et al, 2002), a consistência interna da subescala de neutralização foi boa. A validade divergente dos seis domínios foi excelente, apresentando correlações fracas com o BDI-II e o BAI, com exceção da subescala de Verificação, que apresentou uma correlação moderada com a BDI-II. A validade convergente também foi boa, evidenciando correlações médias a fortes com a pontuação total da Y-BOCS e as suas subescalas.

A estrutura original de seis factores proposta por Foa et al. (2002) e posteriormente replicada em vários estudos foi testada com uma análise factorial confirmatória, com resultados que indicaram um excelente ajustamento para este modelo. No nosso primeiro

estudo, as correlações de Pearson entre subescalas (e destas com a pontuação total) foram muito semelhantes às encontradas noutros estudos, com valores variando entre .30 e .52. No segundo estudo, utilizando a CFA, as correlações entre os seis factores latentes foram um pouco mais elevadas, com valores entre .34 e .68, o que poderia levantar a questão da existência de um factor obsessivo-compulsivo geral, em vez das seis dimensões (Solem et al., 2010). O modelo de factor único foi também testado, com os resultados a indicar um mau ajustamento aos dados, o que está de acordo com os resultados de estudos anteriores (Hajcak et al., 2004; Solem et al., 2010; Zermatten et al., 2006). Isto sugere que, embora as seis dimensões da OCI-R não sejam totalmente independentes, e possam partilhar um constructo comum, possuem especificidade suficiente para medir os diferentes aspectos dos sintomas da POC.

Um dado importante que geralmente não é abordado nos estudos com o OCI-R é o da eventual diferença entre sexos. Sabendo-se que embora os homens apresentem tendência a pontuações mais elevadas em algumas dimensões dos sintomas da POC, essas diferenças não são geralmente significativas. Os nossos resultados mostraram que as diferenças entre as médias para as subescalas e escala total do OCI-R não foram estatisticamente significativas entre os sexos. Além disso, os resultados da CFA mostraram que a estrutura de seis factores proposta é adequada para homens e mulheres, uma vez que é invariante relativamente ao sexo.

Em conclusão, a versão em Português do OCI-R apresenta boas propriedades psicométricas, mantendo a estrutura da versão original. Apesar da necessidade de mais estudos, nomeadamente com amostras clínicas, é uma medida breve e eficaz na avaliação dos vários sintomas da POC na população em geral.

Referências

- Abramowitz, J.S. & Deacon, B.J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1016-35. doi:10.1016/j.janxdis.2006.03.001
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (4th Ed, Text Rev.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, G., Henderson, S. & Hall, W. (2001). Prevalence, Comorbidity, Disability And Service Utilization: Overview Of The Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145–153.
- Attullah, N., Eisen, L., & Rasmussen, A. (2000). Clinical Features Of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 469–491.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T, Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory-II Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Bentler, P.M. (2005). EQS 6.1: *Structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.
- Brown, A., Campbell, A., Lehman, L., Grisham, R., & Mancill, B. (2001). Current And Lifetime Cormorbidity Of The DSM–IV Anxiety And Mood Disorders In A Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599.
- Burns, L., Keortge, S., Formea, G., & Sternberger, L. (1996). Revision of the Padua Inventory of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Distinctions Between Worry, Obsessions, And Compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Byrne, B. M., & Stewart, S. M. (2006). The MACS approach to testing for multigroup invariance of a second-order structure: A walk through the process. *Structural Equation Modeling*, 13, 287–321. doi:10.1207/s15328007sem1302_7
- Cabaleiro-Goas M. (1966) *Temas Psiquiatricos: Algunas Cuestiones Psicopatologicas Generales*. Madrid: Paz Montalvo.

- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, J., Goodman, K., Mcdougle, J., & Price, H. (1995). Family Accomodation In Obsessive Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *152*, 441–443.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modelling*, *9*, 233–255. doi:10.1207/S15328007SEM0902_5
- Campos, R. & Gonçalves, B. (2011) The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *European Journal of Psychological Assessment*, *27*,258-264.
- Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M., & Lucas, R. E. (2009). The mini-IPIP scales: Tiny-yet-effective measures of the Big Five factors of personality. *Psychological Assessment*, *18*, 192–203. doi: 10.1037/1040-3590.18.2.192
- Federici, A., Summerfeldt, L.J., Harrington, J.L., McCabe, R.E., Purdon, C.L., Rowa, K., & Antony, M.M. (2010). Consistency between self-report and clinician-administered versions of the Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(7), 729–733. doi:10.1016/j.janxdis.2010.05.005
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg S., Langner R., Kichic R., Hajcak G., Salkovskis P .M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment* *14* (4), 485-496. doi:10.1037/1040-3590.14.4.485.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, *10*(3), 206–214. doi:10.1037/1040-3590.10.3.206
- Foa, E., Kozak, M., Goodman, K., Hollander, E., Jenike, A., & Rasmussen, A. (1995). DSM–IV Field Trial: Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal Of Psychiatry*, *152*, 90–96.
- Frost, R.O., Steketee, G., Krause, M.S., & Trepanier, K.L. (1995). The Relationship of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) to Other Measures of Obsessive Compulsive Symptoms in a Nonclinical Population. *Journal of Personality Assessment*, *65*(1), 158–168. doi:10.1207/s15327752jpa6501_12
- Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andiñón, O., Torrubia, R. & Mataix-Cols, C. (2005). Psychometric properties of Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 893–903. doi:10.1016/j.janxdis.2004.10.004

- Ghassemzadeh, H., Shams, G., Abedi, J., Karamghadiri, N., Ebrahimkhani, N. & Rajabloo, M. (2011). Psychometric Properties Of A Persian-Language Version Of The Obsessive Compulsive Inventory Revised. *Psychology*, 2, 210-215.
- Gönnér, S., Leonhart, R. & Ecker, W. (2008). The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Validation of the German Version in a Sample of Patients with OCD, Anxiety Disorders, and Depressive Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 734-749. doi:10.1016/j.janxdis.2007.07.007
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., ... & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hajcak, G., Huppert, J.D., Simons, R.F. & Foa, E.B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a collage sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1163-1182. doi:10.1016/j.brat.2003.08.002
- Himle, J., Chatters, L., Taylor, R. & Nguyen, A. (2011) The Relationship Between Obsessive-Compulsive Disorder And Religious Faith: Clinical Characteristics And Implications For Treatment. *University Of Michigan Psychology Of Religion And Spirituality*, Vol. 3, No. 4, 241–2584.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389-395. doi:10.1016/0005-7967(77)90042-0
- Hooper, D., Coughlan, J. and Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods* 6 (1), 53 – 60.
- Hu, L.T. & Bentler, P. (1999). Cut-off Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55. doi.org/10.1080/10705519909540118
- Huppert, J.D., Walther, M.R., Hajcak, G., Yadin, E., Foa, E.B., Simpson, H.B. y Liebowitz, M.R. (2007). The OCI-R: Validation of the subscales in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 394-406.
- Hurley, A. E., Scandura, T. A., Brannick, M. T., Schreishem, C. A., Seers, A., Vandenberg, R. J., & Williams, L. J. (1997). Exploratory and confirmatory factor analysis: Guidelines, issues, and alternatives. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 667-683. doi.org/10.1016/s0955-1662(97)00043-x
- Insel T. (1984) *Obsessive-Compulsive Disorder: The Clinical Picture. New Finding In OCD.*

- American Psychiatric Press. Washington.
- Jonason, P. K., & Webster, G. D. (2010). The Dirty Dozen: A concise measure of the Dark Triad. *Psychological Assessment*, 22, 420–432. doi:10.1037/a0019265
- Karno M., Golding J. (1991). Obsessive-Compulsive Disorder. In Robins LH. Regier DA (Ed) *Psychiatric Disorders In America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. Londo, Macmillan, 204-219.
- Leon, C., Portera, L. & Weissman, M. (1995). The Social Costs Of Anxiety Disorders. *British Journal Of Psychiatry*, 166, 19–22.
- Macedo M. & Pocinho F. (2007) *Obsessões E Compulsões – As Múltiplas Faces De Uma Doença*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.
- Malpica, M.J., Ruiz, V.M., Godoy, A. y Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25, 217-226.
- Mayerovitch, J., Du Fort, G., Kakuma, R., Bland, C., Newman, C., & Pinard, G. (2003). Treatment Seeking For Obsessive-Compulsive Disorder: Role Of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms And Comorbid Psychiatric Diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 162–168.
- Meyer J., Miller L., Metzger L., Borkovec D. (1990)Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 28:487-495.
- Nunnally J.C., Bernstein I.H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Peng, Z., Yang, W., Miao, G., JingJ., & Chan, R. (2011). The Chinese Version Of The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised Scale: Replication And Extension To Non-Clinical And Clinical Individuals With OCD Symptoms. *BMC Psychiatry*, 11, 129-134.
- Pinto, A., Mancebo, C., Eisen, L., Pagano, E., & Rasmussen, A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical Features And Symptoms Of The Sample At Intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 703-711.
- Piqueras, J.A., Martínez, A.E., Hidalgo, M.D., Fullana, M.A., Mataix-Cols, D. y Rosa, A.I. (2009). Psychometric properties of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample of late adolescents. *Psicología Conductual*, 17, 561-572 . doi:10.1016/j.janxdis.2006.03.001

- Quintão, S., Delgado, A.R., & Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicologia Reflexão e Crítica* 26 (2), 305-310. doi:10.1590/S0102-79722013000200010
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203–212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001
- Rasmussen S., Eisen J. (1988) Clinical and Epidemiological Findings of Significance to Neuropharmacological Trials in OCD. *Psychopharmacology Bulletin*, 24(3):466-470,
- Rasmussen, A., & Eisen, L. (1992). The Epidemiology And Clinical Features Of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743_758.
- Roberts, M. & Wilson, M. (2008). Factor Structure and Response Bias of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised in a Female Undergraduate Sample from New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology*, 37 (2), 1-7.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169–177. doi:10.1016/0005-7967(88)90116-7
- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I., & Hendler, T. (1997). Epidemiology Of Obsessive- Compulsive Disorder: A World View. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 7–10.
- Sica, C., Ghisi, M., Altoe, G., Chiri, L.R., Franceschini, S., Coradeschi, D. y Melli, G. (2009). The Italian version of the Obsessive Compulsive Inventory: Its psychometric properties on community and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 204-211. doi:10.1016/j.janxdis.2008.07.001
- Silva, J.A., Costa, D.B., Vicente, M.L., & Loutrnço, T.M. (2011). Inventário de Obsessão-Compulsão: Análise da validade de um instrumento reduzido de prevalência temática dos sintomas do TOC. *Psico* 42, 519-526.
- Simonds, L.M., Thorpe, S.J., & Elliot, S.A. (2000). The obsessive compulsive inventory: psychometric properties in a non-clinical student sample. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 153-159.
- Smári, J., Ólason, D., Eyórsdóttir, Á. & Frölunde, M. (2007). Psychometric Properties of the Obsessive-Compulsive Inventory Revised Among Icelandic College Students. *Scandinavian Journal Of Psychology*, 48, 127-133.
- Solem S., Hjemdal O., Vogel P.A., & Stiles T.C. (2010). A Norwegian version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: psychometric properties. *Scandinavian*

- Journal of Psychology* 51, 509-516. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00798.x.
- Souza, F.P., Foa, E.B., Meyer, E., Niederauer, K.G., Raffin, A.L. y Cordioli, A.V. (2008). Obsessive-compulsive inventory and obsessive-compulsive inventory-revised scales: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 42-46. doi:10.1590/s1516-44462006005000065
- Steketee, G., & Freund, B. (1993). Compulsive Activity Checklist (CAC): Further psychometric analyses and revision. *Behavioural Psychotherapy*, 21(1), 13-25. doi: 10.1017/S0141347300017766
- Storch, E., Mcnamara J., Jordan, C., Marien, W., Jacob, M., Murphy, T., Goodman, W. & Geffken, G. (2008) Associations Between Miscellaneous Symptoms And Symptom Dimensions In Adults With Obsessive-Compulsive Disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(2): 199-212.
- Van Prooijen, J.W., & van der Kloot, W.A. (2001). Confirmatory Analysis of Exploratively Obtained Factor Structures. *Educational and Psychological Measurement*, 61(5), 777–792. doi:10.1177/00131640121971518
- Wayne K. Goodman, D., Lawrence H., Price, D., Steven A., Rasmussen, D., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, S., Heninger, D., Charney, D. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive ScaleI. Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11):1006-1011.
- World Health Organization (1997). *Classificação De Transtornos Mentais E De Comportamento Da CID-10*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Wu, K.D., & Watson, D. (2003). Further investigation of the obsessive-compulsive inventory: psychometric analysis in two non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(3), 305–319. doi:10.1016/s0887-6185(02)00234-7
- Zermatten, A., Van der Linden, M., Jermann, F., & Ceschi, G. (2006). Validation of a French version of the Obsessive–Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *European Review of Applied Psychology*, 56(3), 151–155. doi:10.1016/j.erap.2005.07.003

ANEXOS

Anexo I - PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Pedimos a sua colaboração para participar num estudo sobre aspectos ligados ao comportamento obsessivo.

É importante é que responda a todas as questões o mais honestamente possível. Todas as respostas serão anónimas e confidenciais.

Leia as instruções com cuidado e se tiver dúvidas não hesite em perguntar.

Se em qualquer altura sentir que prefere não continuar, é livre de desistir e de entregar o questionário. Qualquer informação, incluindo as pessoais, serão utilizadas apenas para fins estatísticos. Estamos interessados em valores de grupos e não em resultados individuais.

Logo que terminar, pedimos-lhe que devolva os questionários.

Agradecemos a sua colaboração, assim como a sua disponibilidade.

DADOS DEMOGRÁFICOS

1 - **Idade:** _____ Anos

2 - **Sexo:** ₁ Masculino ₂ Feminino

3 - **Estado civil:**

₁ Solteiro(a)

₂ Casado(a) / União de Facto

₃ Separado(a) / Divorciado(a)

₄ Viúvo(a)

4 - **Habilitações literárias:**

₁ Ensino Básico

₂ Ensino Secundário

₃ Ensino Superior

₄ Outros

OCI-R (Foa et al., 2002)

As afirmações a seguir referem-se a experiências que muitas pessoas experienciam diariamente.

Assinale o número que melhor descreve em que grau a experiência mencionada o(a)tem incomodado ou causado aflição, **durante o último mês**, utilizando a seguinte escala:

0	1	2	3	4
Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente

1. Eu tenho acumulado tantas coisas que elas já me estão a atrapalhar	0	1	2	3	4
2. Eu verifico as coisas mais vezes do que é necessário.	0	1	2	3	4
3. Eu fico incomodado(a) se os objetos não estão arrumados correctamente.	0	1	2	3	4
4. Eu sinto vontade de contar enquanto estou a fazer coisas.	0	1	2	3	4
5. Eu sinto dificuldade em tocar num objeto se sei que este já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas.	0	1	2	3	4
6. Eu tenho dificuldades em controlar os meus próprios pensamentos.	0	1	2	3	4
7. Eu coleciono coisas que não preciso.	0	1	2	3	4
8. Eu verifico repetidamente as portas, janelas gavetas, etc.	0	1	2	3	4
9. Eu fico incomodado se outras pessoas mudam as coisas que arrumei.	0	1	2	3	4
10. Eu sinto necessidade de repetir certos números.	0	1	2	3	4
11. Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado(a).	0	1	2	3	4
12. Fico perturbado(a) com pensamentos desagradáveis que invadem a minha mente contra a minha vontade.	0	1	2	3	4
13. Evito deitar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas mais tarde.	0	1	2	3	4
14. Eu verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz depois de os desligar.	0	1	2	3	4
15. Eu preciso de que as coisas estejam arrumadas numa determinada ordem.	0	1	2	3	4
16. Eu acredito que há números bons e maus.	0	1	2	3	4
17. Eu lavo as minhas mãos mais vezes que o necessário.	0	1	2	3	4
18. Eu tenho pensamentos impróprios com frequência e tenho dificuldade em me livrar deles	0	1	2	3	4

Y-BOCS (Goodman et al., 1989)

Dos itens descritos abaixo indique qual das opções de resposta abaixo é a mais adequada. Escolha apenas uma opção por item. Avalie a ocorrência média de cada item **durante a semana anterior até ao dia de hoje**.

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

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

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

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

BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**.

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer,1988)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique até que ponto tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente nada	Levemente	Moderadamente	Gravemente
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				