

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* – OCI-R**

Aluna: Fernanda Pasquoto de Souza  
Orientador: Dr. Aristides Volpato Cordioli

Porto Alegre, abril de 2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* – OCI-R**

Aluna: Fernanda Pasquoto de Souza

Orientador: Dr. Aristides Volpato Cordioli

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria.

Porto Alegre, abril de 2008

**S726t** Souza, Fernanda Pasquoto de

Tradução, adaptação e validação das escalas obsessivo-compulsive inventory – OCI e do obsessive-compulsive inventory-revised – OCI-R / Fernanda Pasquoto de Souza ; orient. Aristides Volpato Cordioli. – 2008.

76 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

1. Transtorno obsessivo-compulsivo 2. Escalas de graduação psiquiátrica 3. Psicometria 4. Tradução (processo) 5. Estudos de validação I. Cordioli, Aristides Volpato II. Título.

NLM: WM 176

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Aristides Volpato Cordioli, pela confiança, pela oportunidade, pela disponibilidade e pela amizade, o que colaborou para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRGS.

Ao Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), pela bolsa de pesquisa fornecida.

À Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HCPA), pelo apoio financeiro que permitiu a execução do estudo.

Aos pacientes e aos controles, por terem aceitado participar da pesquisa.

A Elisabeth Meyer, que se tornou uma grande amiga ao longo destes dois anos, pela incansável dedicação e comprometimento com este trabalho.

À nossa equipe de pesquisa, por todo aprendizado e agradável convivência: Andréa Raffin, Kátia Niederauer, Paulo Knapp, Daniela Braga, Marcelo Souza, Lucas Lovato, Juliana Gomes e Cenita Borges.

A Elizeth Heldt, a Daniela Knijnik e à estatística Ceres Oliveira, pela disponibilidade para auxiliar neste trabalho.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo, compreensão e por sempre estarem me apoiando em todas as horas. Sem eles eu não teria conseguido concluir este trabalho.

Ao meu noivo, Rodrigo, por todo o amor, o incentivo e o companheirismo que fazem nosso relacionamento ficar mais sólido a cada dia.

**“Não existe um caminho para a  
felicidade. A felicidade é o caminho”**

Gandhi

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	8
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	9
RESUMO .....	10
ABSTRACT .....	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
2.1. EPIDEMIOLOGIA.....	14
2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TOC.....	17
2.3. OBSESSIVE-COMPULSIVE INVENTORY (OCI).....	19
2.4. OBSESSIVE COMPULSIVE INVENTORY- REVISED (OCI-R).....	20
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24
4. OBJETIVOS.....	27
4.1. OBJETIVO GERAL.....	27
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	28
6. ARTIGOS.....	29
6.1 ARTIGO 1 .....	30
6.2 ARTIGO 2 .....	36
7. CONCLUSÕES.....	49
8. ANEXOS.....	53
Anexo 1 .....	54
Anexo 2 .....	55
Anexo 3 .....	59
Anexo 4 .....	61
Anexo 5 .....	66
Anexo 6 .....	68
Anexo 7 .....	70
Anexo 8 .....	72
Anexo 9 .....	74

Anexo 10 ..... 76

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CAPES	Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior
CBTG	Cognitive Behavioral Group Treatment
EUA	Estados Unidos da América
FIPE	Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MOCI	Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory
OCD	Obsessive Compulsive Disorder
OCI	Obsessive Compulsive Inventory
OCI-R	Obsessive Compulsive Inventory Revised
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEPI	Programs for Epidemiologists
PI	Pádua Inventory
PROTAN	Programa dos Transtornos de Ansiedade
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Y-BOCS	Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale



## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

<b>Figura número</b>	<b>Página</b>
<b>Artigo 1</b>	
<b>Figure 1.</b> Steps in the translation, adaptation and back-translation for the OCI and the OCI-R scales	32
<b>Tabela numero</b>	
<b>Artigo 2</b>	
<b>Table 1</b> – Demographic Characteristics for the all sample.	41
<b>Artigo 2</b>	
<b>Table 2</b> – Cronbach’s $\alpha$ for the OCI-R total scale and subscales, for the whole sample and each sample.	43
<b>Artigo 2</b>	
<b>Table 3</b> – Spearman correlation of the scales Y-BOCS, BDI, BAI e OCI-R.	44
<b>Artigo 2</b>	
<b>Table 4</b> – Medians and interquartile ranges for total scores and subscale of the OCI-R for all samples.	45

## RESUMO

O objetivo do presente projeto foi traduzir e adaptar para o português do Brasil as escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI) e *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R) e avaliar as propriedades psicométricas do instrumento OCI-R, o qual avalia a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos.

O projeto foi desenvolvido em duas etapas: (1) a tradução, a adaptação transcultural e a retrotradução das escalas e (2) o estudo de confiabilidade e validade do questionário OCI-R em uma população clínica e em uma amostra não-clínica.

Essas escalas têm como vantagem em relação as já existentes o fato de serem auto-respondidas e de produzirem escores para categorias específicas de sintomas obsessivo-compulsivos.

Na primeira fase, a OCI e OCI-R, desenvolvidos no Centro para o Tratamento e Estudo de Ansiedade da Universidade da Pensilvânia, EUA foram traduzidas e a adaptadas para a língua portuguesa. As escalas foram inicialmente traduzidas para o português por dois psiquiatras bilíngües e retrotraduzidas por outros dois psiquiatras bilíngües de forma independente e em seguida, aplicadas em 15 portadores do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) com diferente escolaridade e intencionalmente selecionados para efetuar ajustes na linguagem. A versão final das escalas OCI e OCI-R foram aceitas pelo autor após o processo de retrotradução destas. As escalas mostraram-se de fácil compreensão e preenchimento pelos pacientes, podendo ser utilizadas em pacientes com TOC de diferentes classes econômicas e sociais. As escalas OCI e OCI-R, em suas versões adaptadas para o português do Brasil poderão auxiliar os profissionais de saúde no rastreamento de possíveis portadores de TOC e na avaliação da intensidade dos sintomas obsessivos compulsivos em pesquisa, e sua redução

com diferentes métodos de tratamento. A tradução e a adaptação serão apresentadas no artigo nº. 1.

A segunda etapa do projeto avaliou as propriedades psicométricas da versão brasileira da OCI-R em uma população clínica e em uma não clínica (controle). A validade e confiabilidade da versão para o Português do Brasil da escala *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R) foram examinadas em uma amostra clínica de 64 pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), 33 pacientes com Fobia Social, 33 pacientes com Transtorno do Pânico e em uma amostra não clínica de 130 funcionários de um hospital geral. Foi verificado que as subescalas da OCI-R discriminam e avaliam a gravidade dos seis subtipos de sintomas de TOC. A confiabilidade teste-reteste foi examinada usando os dados dos 64 pacientes com TOC que completaram a OCI-R em dois diferentes momentos. Em cada amostra o escore total e os escores das subescalas demonstraram consistência interna de moderada a boa e boa validade concorrente e discriminante. Além disso, demonstrou ser sensível aos efeitos do tratamento cognitivo-comportamental em grupo. Nossos achados sugerem que a versão para o Português do Brasil da OCI-R mantêm as propriedades psicométricas da versão original. Os resultados foram comparados com os dados das versões da OCI-R em Espanhol e Alemão. Essa fase será apresentada no artigo nº. 2.

A utilização da OCI-R em sua versão em português do Brasil poderá auxiliar os profissionais de saúde e os pacientes na triagem de pessoas com suspeita de TOC. Mais do que isto, seu uso poderá identificar os portadores de TOC clínico ou subclínico. Por se tratar de uma escala auto-respondida, facilita o conhecimento da doença mais cedo, o que é relevante, visto que os pacientes levam muitos anos para procurar tratamento para o TOC. Adicionalmente, ao empregarmos este instrumento, poderemos desenvolver e incrementar programas de prevenção e educação, assim como concentrar esforços nas ações de intervenção.

**Palavras-Chaves:** Transtorno obsessivo-compulsivo; Adaptação; Tradução, Semântica; Rastreamento; propriedades psicométricas.

### **ABSTRACT**

The aim of the present project was to translate and adapt the scales Obsessive-Compulsive Inventory (OCI) and Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) to Brazilian Portuguese and to evaluate the psychometric properties of the OCI-R, which measures the severity of the obsessive-compulsive symptoms.

The project was developed in two stages: (1) the translation, transcultural adaptation and back-translation of the scales and (2) the study of reliability and validity of the questionnaire OCI-R in a clinical population and in a non-clinical sample (controls).

The advantages of those scales, compared to the existent ones, are: (a) they are self-reported and (b) they produce scores for specific categories of obsessive-compulsive symptoms.

In the first stage, the OCI and OCI-R, developed by the Center for the Treatment and Study of Anxiety, University of Pennsylvania, EUA were translated and adapted to the Brazilian Portuguese language. The scales were initially translated into Brazilian Portuguese by two bilingual psychiatrists and then independently back-translated by other two bilingual psychiatrists. The scales were then applied to 15 Obsessive Compulsive Disorder (OCD) patients, deliberately chosen from different educational levels, to make language adjustments. The author accepted the final version of the OCI and OCI-R scales after their back translation. Scales showed to be easy to understand and fill in by individuals and may be used with OCD patients of different socioeconomic levels. The OCI e OCI-R scales, in their version adapted to Brazilian Portuguese, can help health professionals in screening potential OCD patients

assess the severity of obsessive-compulsive symptoms and the reduction of them through different treatments. The translation and the adaptation will be reported in the paper nº. 1.

The second stage of the project evaluated the psychometric properties of the Brazilian version of the OCI-R in a clinical and in a non- clinical (controls) samples. The reliability and validity of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive–Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) were examined in a clinical sample of 64 patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), 33 patients with Social Phobia and 33 patients with Panic Disorder plus a non-clinical sample of 130 employees of a general hospital. Results indicate that the OCI-R is a valid measure for identifying and assessing the severity of the six symptom subtypes of OCD. In each sample the overall and subscale scores demonstrated moderate to good internal consistency and good convergent and divergent validity. Furthermore, in patients with OCD, the inventory showed sensitivity to Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT). Our findings indicate that the Brazilian Portuguese version of the OCI-R retains the psychometric properties of its original version. These results were also compared with the results of validation of the Spanish and German OCI-R versions. That phase will be reported in the paper nº. 2.

The OCI-R Brazilian Portuguese version can help health professionals and patients to screen potential people with OCD. More than this, its use can identify clinical or sub clinical OCD patients. As it is a self-report scale, it facilitates the early awareness of the disease, which is relevant because patients may take several years to seek treatment for OCD. Moreover, the use of this instrument can help to develop educational programs which could ameliorate prevention, as well as focus efforts in intervention actions.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; Adaptation; Translating; Semantic; Diagnosis, psychometric properties.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo é composto de três partes. A primeira compreende a revisão bibliográfica, a segunda compreende os artigos publicados ou submetidos à publicação, e a terceira, as conclusões. A revisão bibliográfica é composta de quatro pontos relevantes: a epidemiologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), os instrumentos mais utilizados na avaliação dos sintomas e da gravidade do TOC, o *Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI) e o *Obsessive-Compulsive Inventory- Revised* (OCI-R).

Para a revisão bibliográfica, foi feita uma busca nas bases de dados Medline, Scielo e PsychoInfo com as seguintes palavras-chaves: *Obsessive-compulsive disorder*; Transtorno obsessivo-compulsivo; TOC; OCD; *Obsessive-Compulsive Inventory*; *Obsessive-Compulsive Inventory- Revised*; OCI; OCI-R; Transtorno obsessivo-compulsivo; Adaptação; Tradução, Semântica; Rastreamento; Validade; Confiabilidade; *Adaptation*; *Translating*; *Semantic*; *Diagnosis*, *Validity*, *Reliability*.

### 2.1. EPIDEMIOLOGIA

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é considerado uma doença mental grave, pois acomete principalmente indivíduos jovens ao final da adolescência, embora muitas vezes a doença tenha início na infância, (DSM-IV, 2000). Normalmente, o indivíduo apresenta diversos sintomas, como obsessões e/ ou compulsões, sendo que um ou outro predomina e causa mais perturbação (Cordioli, 2007).

As obsessões são definidas como pensamentos ou idéias, impulsos ou imagens recorrentes que são experimentados como intrusivos, impróprios e/ ou desagradáveis. Esses pensamentos são reconhecidos como produto da mente, mas geralmente são estranhos à pessoa, que, apesar de esforçar-se, não consegue eliminá-los, o que gera ansiedade ou angústia. O conteúdo típico das obsessões inclui medos de contaminação, dúvidas repetitivas,

necessidade de simetria, pensamentos, imagens ou impulsos de conteúdo agressivo, sexuais ou blasfemos desagradáveis e impróprios. Indivíduos que experimentam obsessões procuram ignorá-las ou suprimi-las e tentam neutralizá-las por meio das compulsões ou de comportamentos evitativos.

Compulsões são comportamentos repetitivos e intencionais, motores ou mentais, que têm como objetivo prevenir ou reduzir a ansiedade, a aflição ou outros sentimentos desagradáveis, decorrentes das obsessões ou mesmo na ausência destas. Entre as compulsões mais comuns estão lavar, verificar, colecionar e ordenar.

A maioria dos pacientes menciona um aumento e uma diminuição dos sintomas, com exacerbações que chegam a incapacitar 10% dos portadores. (Masellis et al., 2003). O TOC, mais do que qualquer outro transtorno de ansiedade, é caracterizado por sua cronicidade (Rasmussen et al.1992), e a possibilidade de remissão sem tratamento é extremamente baixa (Masellis et al. 2003).

Em 1998, foi feito um levantamento pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e o TOC foi considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, sendo precedido somente pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias. Ainda, o TOC mostrou-se mais prevalente que a esquizofrenia e que o transtorno de humor bipolar (Weissman et al.,1994; Jenike MA.,2001).

O TOC era considerado raro até pouco tempo. Verificou-se, no entanto, que é um transtorno mental bastante comum, com uma prevalência de 1,6 a 3,1 na população geral (Kessler et al., 2005). Dados recentes referem uma prevalência, no mundo, ao redor de 1,0%, sendo ao longo da vida entre 2,0 a 2,5% (Torres et al., 2005). Em um estudo (Fontenelle et al, 2006) de revisão acerca da epidemiologia descritiva do TOC, foi observado que para um mesmo instrumento (p.ex. *Composite International Diagnostic Interview*), a prevalência do

TOC é bem mais heterogênea, variando de 0,3% (em São Paulo – Brasil) a 3,1% (San Diego-EUA) na população em geral.

O TOC ocasiona prejuízos importantes na qualidade de vida e no cotidiano dos portadores (Koran et al 1996, Calvocoressi et al 1998, Steketee 1999, Bobes et al 2001). Além disto, interfere de maneira acentuada na vida da família, que é forçada a adaptar-se aos sintomas, modificando suas rotinas e restringindo o uso dos diferentes ambientes e objetos da casa, o que é motivo para constantes conflitos (Cordioli, 2008).

A maioria dos estudos indica existir uma leve tendência ao maior número de mulheres com TOC quando comparadas aos homens. É possível observar que nos homens, freqüentemente, o início é mais precoce, 19,5 anos; DP=9, 2, do que nas mulheres, 22 anos; DP=9,8 (Lensi et al. 1996; Rasmussen e Eisen, 1992). Nas mulheres, são mais freqüentes os rituais de limpeza e lavagem, enquanto nos homens são mais comuns as obsessões sexuais (Lensi et al., 1996; Rachman e Hodgson, 1980; Steketee et al., 1985).

Ainda que insuficientes, os estudos epidemiológicos brasileiros indicam uma prevalência de TOC na vida de 0,9% e 1,7% homens residentes em Brasília e Porto Alegre, respectivamente. Quando o foco foi estudar as mulheres, a prevalência de TOC, na vida, foi de 0,5% em Brasília e de 2,5% em Porto Alegre (Torres et al., 2005). Embora exista ainda uma discordância entre as diferenças estimativas do TOC, pode-se afirmar que o transtorno continua subdiagnosticado e subtratado (Heyman, Fombonne, Simmons et al., 2000).

Diversos autores assinalam que freqüentemente é difícil diferenciar o diagnóstico do TOC de outros transtornos de ansiedade (Antony, Downie, & Swinson, 1998; Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Grabill k. et al, 2007). Além disso, alguns pacientes têm dificuldade em informar os sintomas por causa da vergonha que sentem em relação a estes. Estudos clínicos mostram que portadores levam de seis a 17 anos para buscar



ajuda e receber o atendimento adequado para o seu transtorno. Sendo assim, fica evidente que o diagnóstico preciso é um componente essencial para o sucesso do tratamento.

As pesquisas, tanto com medicamentos como com psicoterapia, exigiram o desenvolvimento de instrumentos que avaliassem a sua eficácia, medida pela redução da intensidade dos sintomas ao longo do tratamento. Para tanto, uma série de instrumentos vem sendo desenvolvida e aprimorada com os objetivos de fazer a triagem, estabelecer o diagnóstico, fornecer subsídios para o planejamento do tratamento ou avaliar a gravidade dos sintomas antes, durante e ao término do tratamento.

## 2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO TOC

Existem diversos instrumentos que auxiliam no rastreamento do TOC e na medida do grau de eficácia de seu tratamento. Estudos que permitam determinar a classificação da gravidade do transtorno obsessivo compulsivo têm sido recomendados (Foa et al., 1998 e 2002; Lee; Telch, 2005).

Entre os instrumentos existentes mais utilizados para auxiliar na avaliação do TOC e na medida do grau de eficácia de seu tratamento, encontram-se a escala de *Yale Brown* (Y-BOCS), o Inventário de Pádua (PI), o Inventário Maudsley de Obsessões e Compulsões (MOCI) e a Escala Dimensional de Avaliação da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS).

A escala de *Yale Brown* (Y-BOCS) produz três escores de gravidade: obsessões, compulsões e a soma das duas. Embora seja um instrumento há muito tempo utilizado para a avaliação de mudança na gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, não discrimina os diferentes sintomas, e não é uma escala auto-respondida. Cinco itens avaliam tempo, interferência, sofrimento, resistência e controle das obsessões, e cinco itens medem a

gravidade das compulsões, que variam de 0-4 com o máximo de 40 pontos (Goodman et al., 1998).

Apesar de apresentarem propriedades psicométricas excelentes e grande utilidade na pesquisa de resultado de tratamento (Deveaugh-Geis; Laudau; Katz, 1989), os itens principais da Y-BOCS apresentam duas limitações: a escala foi delineada para ser administrada por examinadores treinados, e o treinamento e o tempo necessários para a realização da entrevista aumentam os custos; e os itens que contribuem para o escore da gravidade não contêm informações sobre o conteúdo específico das obsessões e compulsões. Como foi uma escala desenvolvida para avaliar resultados de tratamentos farmacológicos, não avalia a intensidade de comportamentos evitativos; um tópico importante para medir a eficácia das psicoterapias.

A Escala Dimensional de Avaliação da Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS) é aplicada por um entrevistador, sendo a lista dos sintomas auto-respondida. Os autores diferenciaram seis dimensões com os subseqüentes conteúdos. Os itens avaliados em cada dimensão referem-se ao tempo despendido, ao desconforto e à incapacidade proporcionada por aquela dimensão, variando de “0” a “5”. O escore total baseia-se no nível de prejuízo geral do paciente por causa do TOC, variando de 0 a 12.

Acredita-se que a DYBOCS consiga revelar padrões significativos de resposta terapêutica, de acordo com dimensões específicas dos sintomas obsessivo-compulsivos. A limitação deste instrumento é a necessidade de treinamento dos aplicadores e de um determinado tempo para a realização da entrevista (Rosario-Campos MC. et al, 2006).

O *Pádua Inventory* (PI) é um inventário de auto-relato com 39 questões que avaliam as obsessões e as compulsões. Cada item é avaliado em uma escala de 5 pontos, de acordo com o grau de perturbação causado no pensamento ou no comportamento. Uma das limitações do PI, quando comparado com outros instrumentos, é que a subescala “obsessões”, em lugar de avaliar somente as obsessões, avalia também preocupações, ou seja, avalia

aspectos sobre a vida real, como finanças, vida escolar e tarefas domésticas, o que, na verdade, não tem relação com obsessões do TOC e causa confusão. As obsessões e as preocupações diferem em conteúdo. Outra limitação desta escala é que ela não está traduzida para o português (Burns et al., 1996).

O *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* (MOCI) consiste em 30 perguntas que se traduzem em um escore geral e em quatro parciais (referentes a quatro subescalas). As perguntas são balanceadas para haver respostas verdadeiras e falsas e, assim, pode-se avaliar parcialmente sua confiabilidade, examinando-se a consistência das respostas. O MOCI apresenta uma desvantagem na medida em que se baseia em conjuntos de sintomas específicos, e, às vezes, as principais obsessões do indivíduo não constam em sua listagem, como também suas subescalas parecem não ter valor discriminativo útil (Hodgson; Rachman, 1977).

Um instrumento capaz de identificar as várias apresentações dos sintomas do TOC, que não exija treinamento prévio do entrevistador, tenha o tempo de aplicação reduzido, possa ser utilizado em amostras clínicas e não-clínicas, e tanto em ambiente de pesquisa como na prática clínica é relevante.

### 2.3 *OBSESSIVE-COMPULSIVE INVENTORY* (OCI)

Os pesquisadores do Centro para o Tratamento e Estudo de Ansiedade da Universidade da Pensilvânia desenvolveram o *Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI) – Inventário de Obsessões e Compulsões – com o objetivo de investigar os diversos sintomas do TOC e produzir um perfil de frequência e ansiedade provocada para cada categoria, assim como estimar a gravidade geral do TOC. Desta forma, torna-se possível identificar as obsessões e compulsões que predominam e quais são mais sensíveis ao tratamento. Também foi meta dos autores desse instrumento possibilitar a aplicação tanto em populações clínicas

como não clínicas (Foa et al., 1998). Assim, o OCI foi planejado para ser utilizado na população em geral, na avaliação de pensamentos e comportamentos subclínicos.

O OCI é um inventário auto-respondido, constituído de 42 afirmativas e subdividido em sete subescalas: verificação, colecionismo, neutralização, obsessão, ordenamento, lavagem e dúvida. Uma das vantagens em relação aos outros instrumentos existentes reside na sua validade com amostras de pacientes já diagnosticados como portadores de TOC e de outros transtornos de ansiedade, bem como com controles não psiquiátricos.

Embora o OCI tenha sido considerado satisfatório em muitos aspectos, várias considerações levaram o grupo de pesquisa que desenvolveu o instrumento a propor uma versão mais breve. Foi observado que havia uma alta correlação entre as escalas de frequência e ansiedade, assim como se notou que o número de itens das subescalas era diferente. Além disto, ter 42 itens tornou o instrumento extenso para ser utilizado na prática clínica.

#### 2.4. *OBSESSIVE COMPULSIVE INVENTORY- REVISED (OCI-R)*

Baseados nas evidências citadas anteriormente, Foa et al. (2002) desenvolveram a versão revisada do OCI intitulada: *Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R)* – Inventário de Obsessões e Compulsões – Revisado. Formado por 18 alternativas e composto de seis subescalas: verificação, colecionismo, neutralização, obsessão, ordenamento e lavagem, quando comparado à primeira versão, apresenta melhora em três aspectos: 1) na eliminação da escala redundante de frequência; 2) na simplificação dos escores das subescalas; e 3) na redução da sobreposição das subescalas. É importante salientar que o OCI-R, quando comparado com o instrumento ampliado, mostrou excelente fidedignidade.

O OCI-R já foi traduzido e válido para o alemão, para o espanhol e para o islandês, com resultados semelhantes à versão original. O inventário está em processo de tradução para o chinês, para o hebraico, para o turco e para o árabe.

Hajcak e colaboradores (2004) apresentaram os achados de dois estudos americanos em que foram examinadas as propriedades psicométricas da OCI-R em uma amostra de 399 estudantes universitários. Os resultados confirmaram a estrutura dos seis fatores e indicaram alta consistência interna, boa validade divergente e convergente e uma adequada confiabilidade teste-reteste para o escore total e subescalas.

Em uma amostra clínica americana, Abramowitz et al (2006) examinaram as propriedades psicométricas e a validade de construto da OCI-R com 167 pacientes com TOC e 155 pacientes com outros transtornos de ansiedade. Os resultados indicaram que o OCI-R é um instrumento válido e capaz de identificar as várias apresentações dos sintomas do TOC. O inventário demonstrou boa validade convergente e mostrou-se capaz de discriminar pacientes com TOC de portadores de outros transtornos de ansiedade. Por fim, os autores do estudo concluíram que o OCI-R poderia ser recomendado como um instrumento empiricamente validado que pode ser usado tanto no ambiente clínico como na pesquisa.

As propriedades psicométricas da versão em espanhol, publicada por Fullana MA. e colegas (2005), foram verificadas em uma amostra não clínica com 381 universitários. O escore total e cada uma das subescalas da OCI-R em espanhol demonstraram consistência interna e confiabilidade teste-reteste de moderada a boa, uma moderada validade convergente e boa validade divergente. As propriedades psicométricas da versão espanhola do OCI-R, segundo os autores, estão em acordo com a versão original.

A versão em alemão da OCI-R, realizada por Gönner e colegas (2007), utilizou quatro amostras: 1) 167 indivíduos com TOC; 2) 62 pacientes com outros transtornos de ansiedade, mas sem TOC e sem transtorno depressivo; 3) 83 pacientes com transtorno depressivo e sem transtorno de ansiedade; e 4) 69 pacientes com transtorno depressivo e transtorno de ansiedade, mas sem TOC. Os achados reproduziram a estrutura original de seis fatores e

indicaram boa validade convergente e divergente, tanto no escore total como nas subescalas em cada uma das amostras.

O estudo da versão em islandês (Smári J. et al., 2007) utilizou uma amostra de 816 estudantes universitários. Os resultados, mais uma vez, confirmaram a consistência dos seis fatores do OCI-R. Uma comparação das correlações entre OCI-R e dois outros instrumentos para avaliar os sintomas obsessivo-compulsivos (MOCI e a versão revisada do *Pádua Inventory*) corroborou tanto a validade divergente como a convergente. Os autores concluíram que a versão islandesa do OCI-R parece ser um instrumento válido e seguro para avaliar os sintomas obsessivo-compulsivos na população de estudantes.

A partir da revisão bibliográfica, algumas considerações podem ser feitas:

1. A prevalência do TOC é de 1,6-3,1 na população geral;
2. O TOC foi considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum e mostrou-se mais prevalente que a esquizofrenia e que o transtorno de humor bipolar;
3. A presença do TOC deve ser detectada o mais cedo possível, já que atualmente sabe-se que, em geral, os pacientes levam muitos anos para procurarem tratamento;
4. A identificação dos subtipos de sintomas do TOC pode servir de orientação relevante;
5. A utilização de inventários auto-respondidos é importante, pois eles facilitam a triagem de pessoas com suspeita de TOC e permitem aos profissionais da área da saúde identificar os portadores de TOC clínico ou subclínico;
6. As diversas escalas apresentam diferentes focos: fazer a triagem, estabelecer o diagnóstico, fornecer subsídios para o planejamento do tratamento ou avaliar a gravidade dos sintomas antes, durante e ao término do tratamento;
7. A tradução, a adaptação e a validação de um instrumento são de grande relevância, pois permitem avaliar as características dos pacientes dentro das suas influências culturais;

8. Os achados apresentados nas diferentes pesquisas em que foi utilizado o inventário OCI-R demonstraram a validade do instrumento diferenciando as dimensões do TOC em um mesmo paciente, distinguindo os pacientes nas diferentes amostras clínicas e controles saudáveis;
9. O emprego destes instrumentos colabora para que possamos desenvolver e incrementar programas de prevenção e educação, assim como concentrar esforços nas ações de intervenção. Eles podem ser úteis no rastreamento de populações e na avaliação da eficácia de tratamentos por dimensões.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramowitz, JS, & Deacon BJ. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1016-1035.

Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 3–32). New York: Guilford.

American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed. Washington: American Psychiatric Press, 2000.

Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2001; 16:239-45.

Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. and Mancill, R.B., 2001. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* 110, pp. 585–599.

Burns LG, Keortge SG, Formaea GM, Sternberger LG. Revision os the padua inventory of obsessivo compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Terapy*, 1996: 34, 163-173.

Calvocoressi L, Libman D, Vegso SJ, McDougale CJ, Price LH. Global functioning of inpatient with obsessive-compulsive disoreder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatr Srv*. 1998; 49: 379-381.

Cordioli AV. TOC: Manual da Terapia Cognitivo-comportamental para o transtorno Obsessivo-Compulsivo. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

Cordioli AV. e colaboradores. *Psicoterapias: Abordagens atuais*. 3ª edição. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

De Veagh-Geiss J, Landua P, Katz R. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine. *Psychiatric Annals*. 1989;19:97-101.

Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM. *et al*. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment* 1998; 10: 206-214.

Foa EB, Huppert JD, Leiberg S. *et al*. The obsessive-compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment* 2002; 14: 485-496.9.

Fontenelle LF., Mendlowicz MV., Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog. Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006; 30(3):327-37.



- Fullana MA, Tortella-Feliu M, Caseras X, Andi6n O, Torrubia R, & Mataix-Cols D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS. *et al.* The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Archives General Psychiatry* 1989; 46: 106-1011.
- G6nner S, Leonhart R., Ecker W. (2007). 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*, In Print.
- Grabill K. *et al.*, Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review, *Journal of Anxiety Disorders* (2007), doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.012).
- Hajcak G., Huppert JD, Simons RF., & Foa EB. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 115-123.
- Heyman I., Fombonne E., Simmons H. Prevalence of Obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, v. 179, p.324-29., 2000).
- Hollander, E., Greenwald, S., & Neville, D. (1996/1997). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depression and Anxiety*, 4, 111-119.
- Hodgson RJ, Rachman S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research e Therapy*, 15, 389-395.
- Jenike, M.A., 2001. A 45-year-old woman with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Medical Association* 285, pp. 2121-2128.
- Karno, M.; Golding, J.M.; Sorenson, S.B.; Burnam, A. The epidemiology of obsessive-compulsive in five U.S. communities. *Arch Gen Psychiat* 45: 1090-9, 1988.
- Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593-602.
- Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994;376:24-35.
- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(6): 783-8.
- Lee H, Telch MJ. Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Journal of Anxiety Disorders* 2005; 19: 793-805.
- Lensi, P.; Cassano, G.B.; Correddu, G.; *et al.* Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169:101-7.

Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*.2003; 48(2): 72-7.

OMS. Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

Rachman & Hodgson, 1980 Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. 1980. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rasmussen SA, Eisen JR. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992; 53: 4-10.

Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsovich L, Cahill LS, King R, Woody S, Tolin D, Hollander E, Kano Y and Leckman JF. The Dimensional Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry* 2006; 1–10.

Smári J., Ólason D., Ásdís E.; Maj-Britt F. Psychometric properties of the Obsessive Compulsive Inventory-Revised among Icelandic college students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2007; 48: 127-133

Steketee G. Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder: A behavioral and cognitive protocol of treatment of OCD. Client Manual. Oakland: New Harbinger Publications; 1999.

Steketee G., Greyson JB., Foa EB. Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers *Behavioral Research Therapy*. 1985; 23:197.

Torres AR, Lima CP. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005; 27 (3): 237-42.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Grennwald S, Hwu HG, Lee CK, and others. The cross national pidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994; 55 (Suppl):5-10.// Jenike MA. An update on obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*. 2001;65: 4-25 (review).

Welkowitz LA., Struening EL., Pittman J., et al (2000) Obsessive-compulsive disorder and comorbid anxiety problems in a national anxiety screening sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 471-482.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GERAL

Traduzir e realizar a adaptação transcultural dos instrumentos *Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI) e *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R) em uma amostra de pacientes com TOC e avaliar as propriedades psicométricas da OCI-R (em sua versão em português do Brasil) em outra amostra de pacientes com TOC em comparação com pacientes portadores de transtorno do Pânico ou Fobia Social e indivíduos normais.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os achados da versão brasileira aos das versões em alemão, espanhol e na população americana;
- Examinar a confiabilidade teste-reteste na amostra de pacientes com TOC;
- Examinar a consistência interna em todas as amostras;
- Examinar a validade concorrente na amostra com TOC;
- Examinar a validade discriminante em todas as amostras;
- Examinar a sensibilidade à mudança da OCI-R antes e após o tratamento para o TOC.

## **5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa (GPPG 05-505) foi previamente aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Todos os pacientes e controles assinaram um Termo de Consentimento Pós-Informação antes de participar do estudo (Anexos 6 e 7).

## **6. ARTIGOS**

# Obsessive-Compulsive Inventory and Obsessive-Compulsive Inventory-Revised scales: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation

## Tradução e adaptação transcultural para o português (do Brasil) das escalas: *Obsessive-Compulsive Inventory* e *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*

Fernanda Pasquoto de Souza,<sup>1,2</sup> Edna B Foa,<sup>3</sup> Elisabeth Meyer,<sup>1,2</sup>  
Kátia Gomes Niederauer,<sup>1,2</sup> Andréa Litvin Raffin,<sup>1,2</sup> Aristides Volpato Cordioli<sup>1,2</sup>

### Abstract

**Objective:** The present study describes the process of translation into Brazilian Portuguese and the cross-cultural adaptation of the Obsessive-Compulsive Inventory and the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised scales. The Obsessive-Compulsive Inventory was developed with the purpose of measuring the intensity of the various symptoms that characterize the obsessive-compulsive disorder, assessing their frequency and the distress they caused during the previous month, as well as estimating the overall severity of the disorder. Thus, different levels of severity among different obsessions and compulsions can be assessed and compared. **Method:** The scales were initially translated into Brazilian Portuguese by two bilingual psychiatrists and then independently back-translated by other two bilingual psychiatrists. The scales were then applied to 15 obsessive-compulsive disorder patients, deliberately chosen from different educational levels, to make language adjustments. The author accepted the final version of the Obsessive-Compulsive Inventory and the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised scales after their back translation. **Results:** The scales were easily understood and filled in by individuals and may be used with obsessive-compulsive disorder patients of different socioeconomic levels. **Conclusion:** The Obsessive-Compulsive Inventory and the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised scales, in their Brazilian Portuguese version, can help health professionals to screen potential obsessive-compulsive disorder patients, assess the severity of obsessive-compulsive symptoms and reduce these symptoms using different treatments.

**Descriptors:** Obsessive-compulsive disorder; Adaptation; Translating; Semantic; Diagnosis

### Resumo

**Objetivo:** Este artigo apresenta o processo de tradução e adaptação das escalas Obsessive-Compulsive Inventory e do Obsessive-Compulsive Inventory-Revisado versão em português do Brasil. O Obsessive-Compulsive Inventory foi desenvolvido com o objetivo de mensurar os diversos sintomas que caracterizam o transtorno obsessivo-compulsivo e avaliar a frequência e a ansiedade causada pelos sintomas no último mês, assim como estimar a gravidade geral do transtorno. Desta forma, torna-se possível fazer comparações de gravidade entre as várias obsessões e compulsões. **Método:** As escalas foram inicialmente traduzidas para o português por dois psiquiatras bilíngües e retrotraduzidas por outros dois psiquiatras bilíngües de forma independente e em seguida, aplicadas em 15 portadores do transtorno obsessivo-compulsivo com diferente escolaridade e intencionalmente selecionados para efetuar ajustes na linguagem. A versão final das escalas Obsessive-Compulsive Inventory e Obsessive-Compulsive Inventory-Revisado foram aceitas pelo autor após o processo de retrotradução destas. **Resultados:** As escalas mostraram-se de fácil compreensão e preenchimento pelos pacientes, podendo ser utilizadas em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo de diferentes classes econômicas e sociais. **Conclusão:** As escalas Obsessive-Compulsive Inventory e Obsessive-Compulsive Inventory-Revisado, em suas versões adaptadas para o português do Brasil, poderão auxiliar os profissionais de saúde no rastreamento de possíveis portadores de transtorno obsessivo-compulsivo e na avaliação da intensidade dos sintomas obsessivos compulsivos em pesquisa, e sua redução com diferentes métodos de tratamento.

**Descritores:** Transtorno obsessivo-compulsivo; Adaptação; Tradução, Semântica; Rastreamento

<sup>1</sup> Post-Graduate Program in Medical Sciences, Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brazil

<sup>2</sup> Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brazil

<sup>3</sup> Center for the Treatment and Study of Anxiety, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, USA

Financing: Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE), Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES)

Conflict of interests: None

Submitted: March 23, 2007

Accepted: August 1st, 2007

### Correspondence

Fernanda Pasquoto de Souza  
Av. Neuza Goulart Brizola, 500, apartamento 304 –Bela Vista  
90460-230 Porto Alegre, RS, Brazil  
Tel: (55 51) 3331-4668 (55 51) 8404-3754  
E-mail: fegps@terra.com.br

## Introduction

Obsession compulsion disorder (OCD) is a usual mental disorder, prevailing in approximately 1.6% and 3.1% of the population in general.<sup>1</sup> The tools commonly used to assess the severity of the OCD symptoms and the effectiveness of treatment are the Yale Brown scale (Y-BOCS),<sup>2</sup> the Padua Inventory (PI),<sup>3</sup> the Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)<sup>4</sup> and the Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI), among others.<sup>5</sup> Of these, the most frequently used is the Y-BOCS. It has excellent psychometric properties and is very useful in assessing the effectiveness of the treatment.<sup>6</sup> However, it has two important limitations: it does not consider avoidance behavior – very common in OCD – and also does not differentiate among the various types of symptoms.

Foa et al. developed a self-report scale called the Obsessive Compulsive Inventory (OCI) with the purpose of measuring the intensity of the various symptoms that characterize OCD, assessing their frequency and the distress they caused during the previous month, as well as estimating the overall severity of the disorder.<sup>7</sup> Thus, the different levels of severity among the different obsessions and compulsions can be assessed and compared. The authors of the present instrument aimed at using it not only in clinical but also in non-clinical populations.<sup>7</sup> The OCI was, therefore, designed as an instrument for screening and assessing subclinical as well as clinical obsessive-compulsive thoughts and behaviors.

The OCI comprises an easy and fast self-report questionnaire with 42 statements, which represents an advantage over other tools. A shorter, 18-item version of the Obsessions and Compulsions Inventory Revised (OCI-R)<sup>8</sup> was also developed. It shows an improvement in three aspects when compared to the original version: 1) it eliminated the redundant scale of “frequency”; the patients give only one score, instead of two, which is much easier and saves time; 2) it simplified the subscales scores; and 3) it decreased the overlapping subscales. It should be pointed out that the OCI-R, when compared to the longer version, has shown high reliability. The OCI-R scale has already been translated into several languages including German, Spanish, Icelandic and Turkish. It is further being translated into Chinese, Hebrew and Arabic.

This paper presents the translation of the OCI and OCI-R instruments into Brazilian Portuguese and their cross-cultural adaptation. Items of both instruments cover questions related to cleaning/washing, checking, doubt, ordering/arrangement, obsessions (intrusive thoughts), hoarding of objects, and mental neutralization. The availability of these instruments in Brazilian Portuguese will certainly provide the researchers with additional tools to assess the severity of obsessive-compulsive symptoms.

## Method

After having received authorization from the author of the instruments, they were translated and adapted to Brazilian Portuguese. The translation from English into Brazilian Portuguese was done by two bilingual psychiatrists who had never seen the original scales, in order to guarantee their impartiality. Then, the translations of both psychiatrists were compared and merged, resulting in an initial Portuguese version of each scale that was administered to 15 OCD patients in treatment at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre with different educational levels. The main purpose was to verify if patients could understand the various items of the questionnaires. At this stage of the study, suggestions for

potential improvements of the instruments were also evaluated.

The instruments were administered individually, and only the interviewer and the interviewed person were in the room. Initially, the questions were made by the interviewer. If any question, or word thereof, was not understood, it was changed with the help of the interviewed patient until he/she was able to understand it correctly. It was important to test the translated versions with patients of lower educational level, with the purpose of checking if they could understand the questions.<sup>9</sup> All ideas provided by the patients were taken into account, and adjustments were made wherever necessary.

Once the inventories in Portuguese were considered adequate for use, they were back-translated into English by two other bilingual psychiatrists who had not had any previous contact with the instruments in their original form.<sup>10</sup> The resulting merged versions were sent to one of the authors of the original instruments (Foa E.B.) who did not find differences between the original versions and the back-translated ones (Appendixes 1 and 2). The project and its procedures were approved by the Institutional Review Board of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 05-505), where the project was based. All patients signed a Patient Informed Consent Form before participating in the study.

Figure 1 shows the methodology used in the process of translation, adaptation and back-translation.

## Results

The sampling was intentional. Of the total 15 OCD patients, two were male (13%) and 13 were female, their mean age was 36 years (SD = 11, range 18-64). Subjects came from different economic backgrounds: classes A (23%), B (52%), C (25%); and the educational levels were as follows: 27% had eight years or less, 47% had from nine to eleven years, and 26% had twelve years or more. The mean score on the Y-BOCS was 30.4 (SD = 4.5).

The main goal during the entire process of translation and adaptation was to keep questions clear, objective and easy to understand. During this process, we realized that we needed to change words or expressions in order to facilitate the understanding of the items of the inventory, considering the culture and language used in Brazil.<sup>11</sup> The most frequently phrases or words used in our context were put in brackets after the word-by-word translation of the items from English, as can be seen in the final version of the scales (Appendixes 1 and 2).

The longer version of the scale comprises 42 questions, of which 12 (numbers 4, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 24, 33 and 42) were adjusted linguistically. The shorter version has 18 questions. Language adjustments were made in five of them: 3, 4, 5, 17 and 18. Some examples of adjustment are evidenced in the words “toalete” (WC), which is always followed by the word “banheiro” (bathroom), and “compelido” (compelled), always followed by the phrase “tenho necessidade de” (I have a need to).

## Discussion

The translation and adaptation processes of an instrument from a culture into another involve many elements and require a rigorous methodology: a careful process of translation from the original version, cross-cultural adaptation and validation, with the purpose of maintaining the accuracy of the original instrument.<sup>10-12</sup> During the entire process of cross-cultural adaptation of the OCI and OCI-R inventories, we focused on

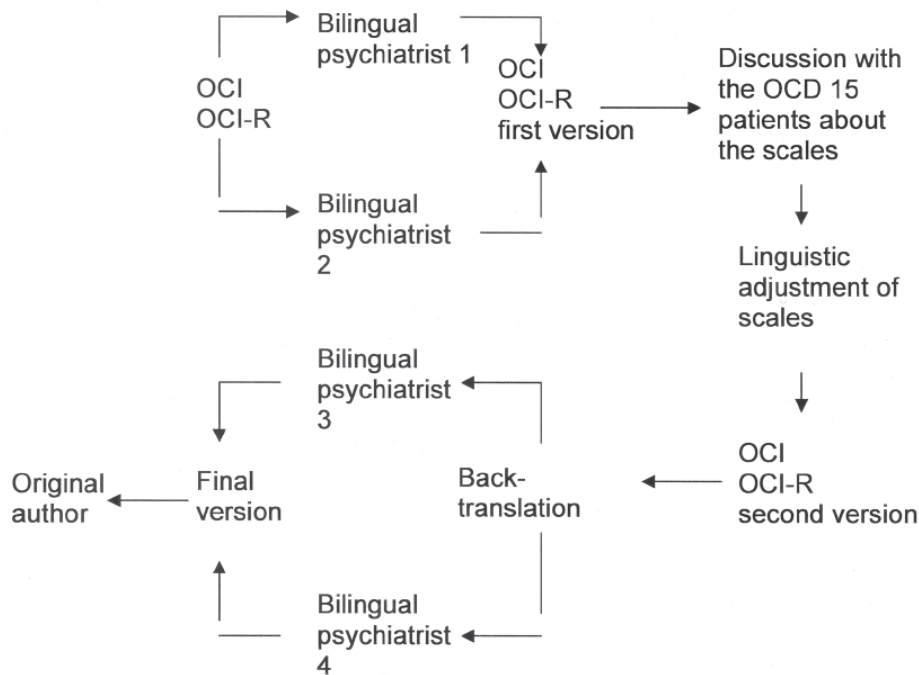


Figure 1 - Steps in the translation, adaptation and back-translation for the OCI and the OCI-R scales

obtaining maximal correspondence between the original instrument and the translated version.

The process of changing a language into another must focus mainly on potential distortions, prioritizing cultural convergence. The methodological criteria recommended by the World Health Organization (WHO)<sup>11</sup> and by several authors<sup>9,13</sup> made this process smoother. The approval of the back-translation by the original author shows that the methodology employed was adequate.

The administration of scales with OCD patients allowed us to make linguistic adjustments appropriate to the Brazilian social and cultural scenario and the level of understanding of all patients. Reading and understanding difficulties of some items revealed when the scales were filled in by subjects of lower educational level made them to be changed to words and phrases more frequently used by local people.

The use of the OCI and the OCI-R scales in Portuguese might help to screen OCD patients and assess the results of treatment through the reduction of the severity of the symptoms. Studies that allow a more accurate OCD diagnosis and rate in a more accurate manner the severity of the disorder have been recommended.<sup>7,8,14</sup> The OCI and the OCI-R might help patients and health professionals to identify symptoms and assess their severity.

The self-reporting characteristic of the inventories makes us point out that illiterate or lower educated individuals will need help from the interviewer to read the scales, which is a limitation. The inventories are appropriate for screening risks groups, but not for diagnosis. Its use allows for the identification of potential OCD patients, as in a pre-screening, who will then be assessed in a clinical interview or by standardized research instruments.

Furthermore, by administering the inventories, we will be able to develop and implement preventive and educational programs for OCD patients, as well as to focus efforts on intervention actions. Besides, these instruments will allow for comparing results obtained in Brazil and the findings of international researches. A Brazilian Portuguese version will greatly facilitate the access to these instruments, thus stimulating other researchers to make use of them.

Further studies to assess psychometric properties of the translated scales are necessary to validate them.

#### Acknowledgements

The authors are grateful to Drs. Ygor Ferrão, Leonardo Fontenelle, Jonathan Huppert, and to psychologist Helena Prado for their cooperation.



**APPENDIX 1**

**INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES - OCI**

As afirmativas a seguir se referem às experiências que muitas pessoas têm em sua vida diária. Na coluna **FREQÜÊNCIA**, circule o número próximo a cada afirmativa que melhor descreve **O QUÃO FREQUENTEMENTE VOCÊ TEVE ESSA EXPERIÊNCIA NO ÚLTIMO MÊS.**

Após, na coluna **ANSIEDADE**, circule o número que melhor descreve **O QUANTO** a experiência mencionada tem lhe causado ansiedade ou incomodado **NESTE ÚLTIMO MÊS.**

**FREQÜÊNCIA**

0 ————— 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4  
 Nunca    Quase nunca    Às vezes    Frequentemente    Quase sempre

**ANSIEDADE**

0 ————— 1 ————— 2 ————— 3 ————— 4  
 Nem um pouco    Um pouco    Moderadamente    Muito    Extremamente

	FREQÜÊNCIA					ANSIEDADE				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Pensamentos desagradáveis vêm à minha mente contra a minha vontade e não consigo me livrar deles.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. Acho que o contato com secreções corporais, (suor, saliva, sangue, urina, etc.) pode contaminar minhas roupas e, de alguma forma, me fazer mal.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. Peço que as pessoas repitam coisas para mim muitas vezes, mesmo que já as tenha entendido na primeira vez.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. Lavo-me e me limpo obsessivamente (excessivamente).	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. Tenho que rever mentalmente acontecimentos passados, conversas e ações para me certificar de que não fiz algo errado.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. Tenho guardado tantas coisas que elas atravancam o caminho.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. Verifico coisas mais frequentemente que o necessário.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. Evito usar toaletes (banheiros) públicos, porque tenho medo de doenças ou contaminação.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas, etc.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. Verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. Coleciono coisas de que não preciso.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. Tenho pensamentos (ou medo) de ferir alguém e não saber.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. Tenho pensamentos de que posso querer causar danos (machucar ou ferir) a mim ou aos outros.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. Fico perturbado se os objetos não estão arrumados apropriadamente (de maneira adequada).	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. Sinto-me obrigado a seguir uma determinada seqüência ao vestir-me, despir-me e lavar-me.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. Sinto-me compelido a (tenho necessidade de) contar enquanto estou fazendo coisas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. Tenho medo de, impulsivamente, fazer coisas embaraçosas ou nocivas (que possam fazer mal).	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. Preciso rezar para anular maus pensamentos ou sentimentos.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. Fico verificando os formulários (papéis, documentos) ou outras coisas que tenha escrito.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. Fico perturbado ao ver facas, tesouras, e outros objetos pontiagudos, com receio de perder o controle sobre eles.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. Sou excessivamente preocupado com limpeza.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. Acho difícil (não gosto de) tocar um objeto quando eu sei que ele já foi tocado por estranhos ou certas pessoas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. Necessito que as coisas estejam arrumadas em uma certa ordem.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. Atraso-me (demoro demais) com o meu trabalho pois repito coisas várias vezes.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. Sinto que tenho que repetir certo números.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
26. Após fazer algo cuidadosamente, ainda tenho a impressão de que não terminei.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27. Acho difícil tocar no lixo ou em coisas sujas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
28. Acho difícil controlar meus próprios pensamentos.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. Tenho que fazer as coisas várias e várias vezes até sentir que está certo.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30. Perturbo-me com coisas desagradáveis que vêm à minha mente contra a minha vontade.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31. Antes de ir dormir eu tenho que fazer coisas de uma certa maneira.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32. Retorno aos lugares para ter certeza de que não machuquei ninguém.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. Frequentemente tenho pensamentos sórdidos/sujos (maus ou ruins) e tenho dificuldade de me livrar deles.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
34. Evito jogar coisas fora, pois tenho receio de que possa precisar delas mais tarde.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
35. Perturbo-me se outras pessoas mudam a forma como arrumei as coisas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
36. Sinto que devo repetir certas palavras ou frases em minha mente para que possa apagar maus pensamentos, sentimentos ou ações.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
37. Após fazer certas coisas, tenho dúvidas persistentes se realmente as fiz.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
38. Às vezes tenho que me lavar ou me limpar pelo simples fato de me sentir contaminado.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
39. Sinto que há números bons e maus.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
40. Verifico repetidamente tudo que possa causar um incêndio.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
41. Mesmo quando faço algo com muito cuidado, sinto que não está totalmente certo.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
42. Lavo minhas mãos com maior freqüência e por mais tempo que o necessário do que a maioria das outras pessoas.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Escore Total de Freqüência \_\_\_\_\_

Escore Total Ansiedade \_\_\_\_\_

## APPENDIX 2

## INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES - OCI-R

As afirmativas a seguir se referem às experiências que muitas pessoas têm em sua vida diária. Circule o número que melhor descreve **O QUANTO** à experiência mencionada tem lhe causado ansiedade ou incomodado **NESTE ÚLTIMO MÊS**. Os números referem-se às seguintes etiquetas verbais:

0 = Nem um pouco                      3 = Muito  
1 = Um pouco                            4 = Extremamente  
2 = Moderadamente

1. Tenho guardadas tantas coisas que elas atravancam o caminho.	0	1	2	3	4
2. Verifico coisas mais frequentemente que o necessário.	0	1	2	3	4
3. Fico perturbado se os objetos não estão arrumados apropriadamente (de maneira adequada).	0	1	2	3	4
4. Sinto-me compelido a (tenho necessidade de) contar enquanto estou fazendo coisas.	0	1	2	3	4
5. Acho difícil (não gosto de) tocar um objeto quando eu sei que ele já foi tocado por estranhos ou certas pessoas.	0	1	2	3	4
6. Acho difícil controlar meus próprios pensamentos.	0	1	2	3	4
7. Coleciono coisas de que não preciso.	0	1	2	3	4
8. Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas, etc.	0	1	2	3	4
9. Perturbo-me se outras pessoas mudam a forma como arrumei as coisas.	0	1	2	3	4
10. Sinto que tenho que repetir certos números.	0	1	2	3	4
11. Às vezes tenho que me lavar ou me limpar pelo simples fato de me sentir contaminado.	0	1	2	3	4
12. Pensamentos desagradáveis vêm à minha mente contra a minha vontade e não consigo me livrar deles.	0	1	2	3	4
13. Evito jogar coisas fora, pois tenho receio de que possa precisar delas mais tarde.	0	1	2	3	4
14. Verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los.	0	1	2	3	4
15. Necessito que as coisas estejam arrumadas em uma certa ordem.	0	1	2	3	4
16. Sinto que há números bons e maus.	0	1	2	3	4
17. Lavo minhas mãos com maior freqüência e por mais tempo que o necessário (do que a maioria das outras pessoas).	0	1	2	3	4
18. Frequentemente tenho pensamentos sórdidos/sujos (maus ou ruins) e tenho dificuldade de me livrar deles.	0	1	2	3	4

TOTAL:

## References

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
2. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1012-6.
3. Sanavio E. Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behav Res Ther*. 1988;26:169-77.
4. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsoch L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y, Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
5. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*. 1977;15(5):389-95.
6. De Veug-Geiss J, Landau P, Katz R. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine. *Psychiatric Annals*. 1989;19:97-101.
7. Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: the obsessive-compulsive inventory. *Psychol Assess*. 1998;10(3):206-14.
8. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, Salkovskis PM. The obsessive-compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess*. 2002;14(4):485-96.
9. Jorge MR. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;5(25):233-9.
10. Cardoso CS, Bandeira M, Caiafa W, Fonseca T, Penido JO. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia (QLS-BR): adaptação transcultural para o Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2002;1(51):31-8.
11. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(1):19-28.
12. Hidalgo MP, Ballester DA, Ferrão YA, Salgado CA, Scheidt JA, Godinho CC, Lieberknecht RG, Busnello EA. Epidemiologia psiquiátrica: análise crítica dos instrumentos de avaliação em psiquiatria. *Rev Psiquiatr RS*. 2000;2(22):115-20.
13. Rosa M, Marcolin M. Tradução e adaptação da escala de influências medicamentosas (ROMI): um instrumento para avaliar a aderência ao tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2000;10-12(49):405-9.
14. Lee H, Telch MJ. Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *J Anxiety Disord*. 2005;19(7):793-805.

## 6.2 ARTIGO 2

Submetido: Journal of Anxiety Disorders

Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive-Compulsive Inventory – Revised in a sample of patients with OCD, with other Anxiety Disorders, and a non-clinical sample.

Fernanda Pasquoto de Souza<sup>1,2</sup>, Edna B Foa<sup>3</sup>, Elisabeth Meyer<sup>1,2</sup>, Kátia Gomes Niederauer<sup>1,2</sup>, Aristides Volpato Cordioli<sup>1,2</sup>

1. Anxiety Disorders Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio

Grande do Sul, Brazil; 2. Postgraduate Program in Medical Sciences,

Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul,

Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil; and 3. Center for the Treatment and Study of

Anxiety, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, USA

Financing: Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE), Hospital de Clínicas de Porto

Alegre, Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES)

Conflict of interests: None

Correspondence

Fernanda Pasquoto de Souza

Av. Neusa Goulart Brizola, 500, apartamento 304 –Bela Vista

90460-230 Porto Alegre, RS, Brazil

Tel: (55 51) 3331-4668 (55 51) 8404-3754

E-mail: fegps@terra.com.br

## **Abstract**

The reliability and validity of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive–Compulsive Inventory – Revised (OCI-R) were examined in a clinical sample of 64 patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), 33 patients with Social Phobia and 33 patients with Panic Disorder plus a non-clinical sample of 130 employees of a general hospital. Results indicate that the OCI-R is a valid measure for identifying and assessing the severity of the six symptom subtypes of OCD. Test-retest reliability was examined using the data from 64 OCD patients who completed the inventory in two different times. In each sample the overall and subscale scores demonstrated moderate to good internal consistency and good convergent and divergent validity. Furthermore, in patients with OCD, the inventory showed sensitivity to Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBGT). Our findings indicate that the Brazilian Portuguese version of the OCI-R retains the psychometric properties of its original version. These results were also compared with the results of validation of the Spanish and German OCI-R versions.

Keywords: Obsessive–Compulsive Disorder, Assessment, Symptom, Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, OCI-R, Psychometric properties

## 1. Introduction

Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is characterized by repetitive behavior adopted to eliminate the anxiety provoked by intrusive and persistent thoughts. Patients may present one or more OCD symptoms at the same time, for instance, concerns about contamination and washing. The intensity of symptoms can also vary. It has been recommended that measures should be used which are able to determine the following aspects: (1) accuracy of the OCD diagnosis, (2) distress associated with common symptoms,

(3) degree of severity and (4) standards of therapeutic results in accordance with obsessive-compulsive dimensions.

One measure which has been designed to correspond with the symptom-based structural model of OCD is the Obsessive-Compulsive Inventory- Revised (OCI-R; Foa et al., 2002), which is a revised and shortened version of the Obsessive-Compulsive Inventory (OCI; Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir, 1998). It comprises 18 items and offers improvements over the first version in three aspects: 1) it eliminates the redundant scale of “frequency”; 2) it simplifies subscales scores; and 3) it reduces the subscale overlapping. It should be pointed out that the OCI-R has demonstrated a higher level of reliability than the longer version, (Foa et al., 2002). In addition to providing an overall score, the OCI-R also scores six dimensions individually: Checking, Washing, Ordering, Hoarding, Obsessing, and Neutralizing.

The aims of the present study were: 1) to assess the psychometric properties of the OCI-R (test-retest reliability, internal consistency and both convergent and discriminate validity) in a sample comprising patients diagnosed with OCD, patients with other anxiety disorders and healthy controls; 2) to evaluate the sensitivity of the OCI-R before and after treatment and compare it to the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). (Goodman et al., 1989)

## 2. Method

### 2.1. Participants

The sample consisted of 260 adults, of whom 64 were outpatients diagnosed with OCD, 33 were outpatients with Panic Disorder, 33 were outpatients with Social Phobia and 130 were healthy controls. The OCD patients had been diagnosed by clinical interview and had completed the Y-BOCS questionnaire (Goodman et al., 1989) in order to confirm this

diagnosis according to the definition in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ([DSM–IV]; American Psychiatric Association, 1994).

All OCD patients attended 12 weekly sessions of Cognitive-Behavioral Group Therapy as part of the Anxiety Disorders Program (PROTAN) at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS), Brazil. In addition to the OCI-R, patients were also assessed according to: Y-BOCS, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI). Scales were administered at the start and end of treatment by members of the research team with a minimum qualification of a Master's degree.

Patients with Social Phobia and Panic Disorder were diagnosed using the Structured Clinical Interview of the DSM–IV Axis I Disorders (SCID-IV; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) and referred for medical care at the PROTAN Psychiatry Department of the HCPA. The control group comprised of healthy volunteers matched for age, education level and gender. The controls were all employees at the HCPA and were also assessed using the SCID-IV. All sample subsets (Social Phobia, Panic Disorder and controls) completed the same instruments administered to the OCD sample. In the event that participants who were not from the OCD sample met the diagnostic criteria for OCD, they were excluded from the study.

Data were collected between March 2006 and July 2007. Ethical approval was granted by the Research Ethics Committee at the HCPA and written informed consent was obtained from all study participants.

## 2.2. Measures

2.2.1. Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R): this is an 18-item self-administered questionnaire which assesses distress associated with obsessive–compulsive symptoms. It has demonstrated good psychometric properties in patients with Anxiety Disorders (Foa et al., 2002).

2.2.2. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): since 1989, this has been the clinical instrument most widely used in OCD research. It assesses obsessions and compulsions and is considered the “gold standard” for assessing the severity of symptoms. It is based on a Likert scale ranging from 0 (without symptoms) to 4 (very severe). Five questions evaluate aspects of obsession and five aspects of compulsion (Goodman et al., 1989).

2.2.3. Beck Depression Inventory (BDI): this scale assesses depression intensity. It is a self-report scale with 21 items, each one with four severity alternatives (light, moderate or severe) (Beck et al., 1961).

2.2.4. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). This is a semi-structured interview developed for use in research and for the diagnosis of Axis I disorders, according to the DSM-IV criteria. (First & Gibbon, 2004)

2.2.5. Beck Anxiety Inventory (BAI): this is a self-report scale with 21 items, thoroughly used to evaluate clinical anxiety. It returns a total score which varies from 0 to 63 (Beck & Steer, 1993).

### 2.3. Procedure

The OCI-R was translated into Brazilian Portuguese by two bilingual psychiatrists, and then administered to 15 OCD patients. In order to make language adjustments, the inventory was administered using different instruction intentionally selected. Back-translations were then carried out independently by two other bilingual psychiatrists. The back-translated version was then reviewed by the author of the original version in order to verify the accuracy of the translation. A complete description of these procedures is available elsewhere (Souza et al., 2008).

Test-retest reliability was evaluated using the same interval as in the original study (seven days) (Foa et al., 2002).



Statistical analyses were carried out with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 12.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Means and standard deviations were computed for all measures and the differences between OCD patients, those with other anxiety disorders and healthy controls were examined. ANOVAs were conducted using Tukey test adjusted for multiple comparisons between groups. The Kruskal-Wallis test was applied to asymmetric data and the analysis was completed using the Mann-Whitney test. In order to control for type I errors, the Programs for Epidemiologists (PEPI) version 4.0 software package was used to apply Finner adjustment to p values. Pearson's Chi square was used to assess associations between qualitative variables. In cases of statistical significance, the adjusted residues test was applied. In addition, Cronbach's Alpha was calculated for each subscale to determine internal consistency. Spearman's correlation coefficient was calculated to assess test-retest reliability and agreement between scales. The Wilcoxon test was used to evaluate pre-/post-treatment changes in the sample of OCD patients. Statistical associations were considered significant when  $p < 0.05$ .

### 3. Results

Age, gender and other sociodemographic variables are presented in table 1.

Table 1 – Demographic Characteristics for the whole sample

Characteristic	Total sample (n=260)	OCD (n=64)	Social Phobia (n=33)	Panic Disorder (n=33)	Controls (n=130)
Age (in years) Mean $\pm$ SD	36.4 $\pm$ 11.7	38.9 <sup>a</sup> $\pm$ 12.5	31.6 <sup>b</sup> $\pm$ 11.9	35.9 <sup>ab</sup> $\pm$ 9.98	36.5 <sup>ab</sup> $\pm$ 11.4
Gender – n(%)					
Male	73 (28.1)	13 (20.3)	13 (39.4)	11 (33.3)	36 (27.7)
Female	187 (71.9)	51 (79.7)	20 (60.6)	22 (66.7)	94 (72.3)
Marital status – n(%)					
Single	108 (41.5)	23 (35.9)	18 (54.5)	11 (33.3)	56 (43.1)
Married	123 (47.3)	35 (54.7)	12 (36.4)	19 (57.6)	57 (43.8)
Divorced	25 (9.6)	4 (6.3)	3 (9.1)	3 (9.1)	15 (11.5)
Widow	4 (1.5)	2 (3.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.5)
Education, years – n(%)					
$\leq$ 8	28 (10.8)	5 (7.8)	5 (15.2)	4 (12.1)	14 (10.8)
9 – 11	94 (36.2)	18 (28.1)	13 (39.4)	16 (48.5)	47 (36.2)
$>$ 11	138 (53.1)	41 (64.1)	15 (45.5)	13 (39.4)	69 (53.1)

Note: In each line, different letters indicate statistically significant difference ( $p < 0.05$ ) according to the Tukey test for quantitative variables or the adjusted residues test for qualitative variables. OCD= Obsessive-Compulsive Disorder

Our findings indicated that these patients had higher OCI-R mean scores ( $33.0 \pm 13.9$ ) than patients in samples studied by Huppert et al., 2006 ( $26.3 \pm 12.8$ ), Gönner et al., 2007 ( $26.1 \pm 13.3$ ), Foa et al., 2002 ( $28.0 \pm 13.5$ ) and Abramowitz et al., 2006 ( $27.0 \pm 13.2$ ). When the overall Y-BOCS score of the OCD patients from our study ( $30.5 \pm 4.3$ ) was compared with the results of Abramowitz et al., 2006 ( $23.8 \pm 5.2$ ), it was observed that the severity of symptoms ranged from moderate (Abramowitz) to grave (our finding).

### 3.1. Internal consistency

Our finding demonstrated high internal consistency for the whole OCI-R in each sample, ranging from 0.70 (Social Phobia) to 0.94 (OCD), which are similar values to those reported by Huppert et al., 2006. All subscales presented high internal consistency for the whole sample, and good internal consistency for patients with OCD or Social Phobia, with five of six coefficients exceeding 0.70. Checking, hoarding, neutralizing and ordering subscale scores were similar in our OCD group to those reported by Huppert et al., 2006, although higher than published by Gönner et al., 2007. In the Panic Disorder sample, subscales ranged from low to moderate internal consistency, except for the ordering subscale which demonstrated good internal consistency. In the control group our results were good for the whole OCI-R (0.84), washing, (0.81) and checking (0.80) subscales and moderate for the rest of subscales.

When we consulted results for the Spanish version of the OCI-R (Fullana et al., 2005), we found very similar estimates for total score (0.86), and for the hoarding (0.69), ordering (0.67), checking (0.77) and neutralizing (0.61) subscales. Moreover it was quite similar to those found by Hajcak et al., 2004, only differing in the ordering subscale, which was 0.62 on the Brazilian study and 0.84 in the students' non-clinical sample. Alpha coefficients are shown in Table 2. Significant statistical differences were found between each sample, with OCD

patients (median=33.5; P25=19.8; P75=42.0) having significantly higher scores than the Social Phobia sample (median=0.0; P25=0.0; P75=3.0), the Panic Disorder sample (median=1.0; P25=0.0; P75=2.8) and the controls (median=0; P25=0; P75=2).

Table 2 – Cronbach’s  $\alpha$  for the OCI-R total score and subscales, for the whole sample and each subset.

Subscales	Total sample (n=260)	OCD (n=64)	Social Phobia (n=33)	Panic Disorder (n=33)	Controls (n=130)
Checking	0.931	0.831	0.810	0.503	0.807
Hoarding	0.896	0.898	0.849	0.317	0.680
Neutralizing	0.733	0.608	0.722	0.387	0.666
Obsessing	0.764	0.477	0.495	0.357	0.612
Ordering	0.923	0.840	0.508	0.679	0.627
Washing	0.881	0.844	1.000	-0.090	0.815
Total score	0.949	0.829	0.703	0.779	0.847

Note: OCD= Obsessive–Compulsive Disorder

### 3.2. Test-retest Reliability

Sixty-four patients with OCD were included in this phase of the study. Test–retest reliabilities were calculated with a one-week interval between administrations. A non-significant difference was found between test (median=29; P25=10; P75=41.5) and retest (median=27; P25=10; P75=42.5).

Temporal stability of the OCI-R version was examined using Spearman’s correlation. Our results for the overall score were excellent (0.98), being higher than the results of Hajcak et al., 2004 (0.7) and for the Spanish version (0.67; Fullana et al., 2005). Furthermore, test-retest reliability of the subscales had correlations ranging from 0.95 to 0.99. These findings were similar to Foa et al. (2002) where correlations ranged from 0.74 to 0.91.

### 3.3. Convergent and divergent validity

Spearman correlations between the OCI–R and Y-BOCS, BDI and BAI scores are presented in table 3. Data were positively related to the OCI–R total score and all other measures. The highest correlation (0.47) was between OCI-R total score and Y-BOCS total score.

Our finding demonstrated a moderate correlation between the OCI-R obsession subscale and the Y-BOCS obsession score, a lower result than that found for the original version (0.53; Foa et al., 2002), similar to that for the German version (0.40) and higher than results published by Abramowitz et al., 2006 (0.22). The OCI-R also exhibited a moderate correlation with the BDI (0.35), with similar values to those presented by the German version (0.32; Gönner et al., 2007) and close to results observed by Hajcak et al., 2004 (0.39) and Abramowitz et al., 2006(0.41). In relation to the correlation between OCI-R and BAI, data demonstrated a moderate correlation (0.38) and were similar to that found for the German version (0.42; Gönner et al., 2007).

Table 3 – Spearman correlation between the Y-BOCS, BDI, BAI and OCI-R scales

Scales	OCI-R	
	Total	Obsession
Y-BOCS		
Total	0.471*	-
Obsessions	0.400**	0.310***
Compulsions	0.473*	-
BAI	0.382*	-
BDI	0.350*	-

Note: OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory—Revised;  
Y-BOCS: Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory;  
BDI: Beck Depression Inventory; \*p<0.001; \*\*p<0.01; \*\*\* p<0.05

In order to examine the ability of the OCI-R to discriminate the OCD sample from other samples we compared medians and interquartile ranges using the Kruskal-Wallis H test. The same ability was also evaluated by applying the Mann-Whitney test with Finner adjustment. As shown in Table 4, the Kruskal-Wallis test results showed differences in the total score for all samples. The Mann-Whitney test demonstrated that OCD patients were significantly more distressed than individuals from other samples both according to the total score and all subscales.

Table 4 – Medians and interquartile ranges for total scores and subscale of the OCI-R for all samples

Subscales	OCD (n=64)	Social Phobia (n=33)	Panic Disorder (n=33)	Controls (n=130)	p*
	Mdn (P25–P75)	Mdn (P25–P75)	Mdn (P25–75)	Mdn (P25–75)	
Checking	8 <sup>a</sup> (4.3 – 11.8)	0 <sup>b</sup> (0 – 0.5)	0 <sup>b</sup> (0 – 1)	0 <sup>b</sup> (0 – 0)	<0.001
Hoarding	4 <sup>a</sup> (0 – 9)	0 <sup>bc</sup> (0 – 1.5)	0 <sup>b</sup> (0 – 2)	0 <sup>c</sup> (0 – 0)	<0.001
Neutralizing	2 <sup>a</sup> (0 – 5)	0 <sup>b</sup> (0 – 0)	0 <sup>b</sup> (0 – 0)	0 <sup>b</sup> (0 – 0)	<0.001
Obsessing	7 <sup>a</sup> (5 – 8)	0 <sup>b</sup> (0 – 1)	0 <sup>b</sup> (0 – 2)	0 <sup>c</sup> (0 – 0)	<0.001
Ordering	8 <sup>a</sup> (4 – 11)	0 <sup>b</sup> (0 – 0.5)	0 <sup>b</sup> (0 – 1.5)	0 <sup>b</sup> (0 – 1)	<0.001
Washing	4 <sup>a</sup> (0 – 8.8)	0 <sup>b</sup> (0 – 0)	0 <sup>b</sup> (0 – 0)	0 <sup>b</sup> (0 – 0)	<0.001
Total score	33.5 <sup>a</sup> (22.5 – 43)	2 <sup>b</sup> (0 – 5)	2 <sup>b</sup> (0 – 6.5)	0 <sup>c</sup> (0 – 2)	<0.001

Note: OCD= Obsessive–Compulsive Disorder. Within each row, different letters in superscript indicate significant differences ( $p < 0.05$ ) according to the Mann-Whitney test with p values subjected to Finner adjustment. \* value obtained using the Kruskal-Wallis H test

### 3.4. Sensibility effect to treatment in the scales used to evaluate 64 OCD patients

Sensitivity to change was evaluated by comparing changes in total score of the OCI-R before and after treatment and comparing this to the same change in Y-BOCS scores. Means and standard deviations of the OCI-R total score before ( $33.0 \pm 13.9$ ) and after ( $9.5 \pm 9.1$ ) treatment demonstrated statistical difference ( $p < 0.001$ ). The same order of statistical significance ( $p < 0.001$ ) was observed in the Y-BOCS before ( $30.5 \pm 4.3$ ) and after ( $9.9 \pm 6.2$ ) treatment. The association between Y-BOCS and OCI-R scales was adequate prior to treatment ( $r=0.5$ ;  $p < 0.001$ ) and higher after treatment ( $r=0.7$ ;  $p < 0.001$ ). The OCI-R also demonstrated a good ability to discriminate between patients with OCD and other groups of patients with anxiety, with the exception of the hoarding and ordering subscales.

## 4. Discussion

The main goal of this study was to examine the psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the OCI-R scale. Therefore, a clinical sample including three groups with different anxiety disorders and a non-clinical sample were recruited. We also aimed at examining the performance of each subscale in the OCD sample in addition to observing the results before and after the CBGT usually provided at the PROTAN. Moreover, we correlated the OCI-R with other well-known measures.

Additionally, we compared our results with those of the original version (Foa et al., 2002), the Spanish version (Fullana et al., 2005) and the German version (Gönner et al. 2007). Total score and subscales results of the OCI-R were consistent with those reported in previous studies. Internal consistency, test-retest reliability and convergent and divergent validity were similar to the original, Spanish and German versions.

As expected, overall OCI-R scores and subscale scores were higher in the OCD group than in the other samples, supporting the clinical utility of the measure. This suggests that the Brazilian-Portuguese version of the OCI-R is a very useful screening instrument which is able to discriminate between patients diagnosed with OCD, those with other anxiety disorders and healthy controls. The OCI-R did not differ from the recently published manuscript (Grabill et al., 2007) which makes a critical review of instruments used in the assessment and diagnosis of OCD. Convergent validity was demonstrated by significant correlations between the Brazilian-Portuguese versions of the OCI-R and the Y-BOCS. Divergent validity was established by low correlations between the OCI-R and the BDI and BAI, which are instruments that were not specifically developed to assess OCD.

Furthermore, the OCI-R showed a good ability for assessing the effects of treatment in OCD patients and can be helpful for measuring treatment outcomes. Our findings are in agreement with those reported by Abramowitz et al. (2005).

Finally, our results demonstrate that the Brazilian-Portuguese version produces results that are quite stable over time. The total score and each subscale had correlation values higher than 0.95, suggesting that the OCI-R is a reliable tool.

In the OCD sample, the total OCI-R score and all the subscale scores also demonstrate moderate to good convergent validity in terms of good correlations with other measures such as the YBOCS, BAI and BDI. These results correspond closely with findings reported by

other studies (Foa et al.,2002; Hajcak et al., 2004; Abramowitz et al., 2006; Gönner et al.,2007).

In summary, the Brazilian Portuguese version of the OCI-R correlates very strongly with the original version and can be recommended as a valid measure. It is appropriate for use in clinical and non-clinical populations, and for clinical and research purposes.

## 5. References

- 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, 1016-1035.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Eerbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:53-63.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,56, 893-897.
- Cordioli, A.V., Heldt, E., Braga, D.B., Margis, R., Basso, M.S., Fonseca, J.T. (2003). Cognitive-Behaviour Group Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: a Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*, 72, 211-216.
- Foa, E.B., Kozak, M..J., Salkovskis, P.M. (1998). The Validation of a New Obsessive-Compulsive Disorder Scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andiön, O., Torrubia, R., & Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 893-903.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L.,et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Gönner, S., Leonhart, R., Ecker, W. (2007). 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*, In Print.

Grabill K., Merlo L., Duke D., Harford K.-L., Keeley M.L., Geffken G.R., Storch E.A., Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review, *Journal of Anxiety Disorders* (2007), doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.012

Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 115-123.

Huppert, J.D., Walther, M.R., Hajcak, G; Yadin, G., Foa, E.B., Simpson, H.B., et al. (2007). The OCI-R: Validation of the Subscales in a Clinical Sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 394-406.

Souza, F.P., Foa, E.B., Meyer, E. Niederauer, K.G., Raffin, A.L., 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 (1): 42-46.

Spitzer RL. Williams JB. Gibbon M. First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (1992). I: History. rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8):624-9.



## 7. CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivos traduzir e adaptar os instrumentos *Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI) e *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R) em uma amostra de pacientes com TOC e examinar as propriedades psicométricas da OCI-R em outra amostra de pacientes com TOC, duas amostras de pacientes com outros transtornos de ansiedade e em uma amostra não-clínica, em sua versão em português do Brasil.

De acordo com nossos objetivos, os achados de nossa pesquisa sinalizam que:

1. O processo de tradução e adaptação de um instrumento para outra cultura abrange vários elementos e exige uma metodologia cuidadosa: instrumentos utilizados em culturas diferentes da versão original devem passar por um processo acurado de tradução, adaptação transcultural e validação, visando a manter a acuidade relacionada à escala original;
2. A aprovação da autora da versão original dos instrumentos retrotraduzidos, a partir do português do Brasil para o inglês, confirma a exatidão da metodologia empregada;
3. As escalas mostraram-se de fácil compreensão e preenchimento pelos pacientes, podendo ser utilizadas em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo de diferentes classes econômicas e sociais;
4. Os resultados em relação ao escore total e as subescalas estão em acordo com aqueles informados em estudos prévios, demonstrando consistência interna, confiabilidade teste-reteste e validade concorrente e discriminante muito próximas às das versões americana, espanhola e alemã;

5. Os resultados deste estudo indicam que o instrumento é útil para avaliar a gravidade dos sintomas do TOC, demonstrando consistência nos quesitos avaliados por meio da alta correlação e da boa validade discriminante;
6. A confiabilidade e a validade de critério, obtidas com a tradução e a adaptação para o português da escala OCI-R, por meio da metodologia teste-reteste e confiabilidade contra a escala YBOCS, considerada padrão-ouro para avaliação de sintomas e gravidade do TOC, sugere que esse instrumento pode ser utilizado no Brasil. A repetição do método em diferentes amostras aumentou a robustez destes achados;
7. A utilização da OCI-R permite que as evitações, os rituais mentais e os comportamentos repetitivos sejam investigados em cada dimensão, fornecendo uma avaliação mais precisa da gravidade das diferentes categorias de sintomas dos pacientes;
8. O instrumento *Obsessive-Compulsive Inventory- Revised*, em sua versão adaptada para o português do Brasil, poderá auxiliar os profissionais de saúde no rastreamento de possíveis portadores de transtorno obsessivo-compulsivo e na avaliação da intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos;
9. O presente estudo verificou que a OCI-R apresentou sensibilidade ao tratamento, sendo capaz de identificar as diferenças na intensidade dos sintomas do TOC com a terapia cognitivo-comportamental em grupo.

## APRESENTAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

Souza, F.P; Meyer, E; Cordioli, A.V. Tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive Compulsive-Inventory Revised* – OCI-R. Pôster. XXIII Jornada Sul-rio-grandense de Psiquiatria Dinâmica, Porto Alegre, 17 a 19 de Agosto de 2006.

Souza, F.P; Meyer, E; Cordioli, A.V. Tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive Compulsive-Inventory Revised* – OCI-R. Pôster. 26ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 11 a 15 de Setembro de 2006.

Souza, F.P; Meyer, E; Raffin, A.L; Cordioli, A.V. Tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive Compulsive-Inventory Revised* – OCI-R. Apresentação Oral. Simpósio “Avanços no Diagnóstico e Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo e da Síndrome de Tourette”, São Paulo, 25 de Novembro de 2006.

Souza, F.P; Meyer, E; Cordioli, A.V. Tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive Compulsive-Inventory Revised* – OCI-R. Apresentação Oral. 6ª Congresso da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas “ TCC e Neurociências”, Gramado, 13 de Abril de 2007.

Souza, F.P; Meyer, E; Raffin, A.L; Cordioli, A.V. Reliability and Validity of the Obsessive-Compulsive Inventory and Obsessive-Compulsive Inventory- Revised Versions: Preliminary

American Psychiatric Association – 160th Annual Meeting May 19-24, 2007 San Diego, CA  
NR810 - Wednesday, May 23, 2007, New Research 7—Poster Session—Sails Pavilion,  
Upper Level, San Diego Convention Center

Souza, F.P; Foa, E.B; Meyer, E; Niederauer, K.G; Raffin, A.L; Cordioli, A.V. Tradução,  
adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive  
Compulsive-Inventory Revised* – OCI-R. Pôster. 27ª Semana Científica do Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 10 a 14 de Setembro 2007.

Souza, F.P; Foa, E.B; Meyer, E; Niederauer, K.G; Raffin, A.L; Cordioli, A.V. Tradução,  
adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive  
Compulsive-Inventory Revised* – OCI-R. Pôster. XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria,  
Porto Alegre, 10 a 13 de Outubro de 2007.

Souza, F.P; Meyer, E; Cordioli, A.V. Tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-  
Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive Compulsive-Inventory Revised* – OCI-R.  
Apresentação Oral. VII – C-TOC Consórcio Brasileiro de Pesquisas sobre Transtorno  
Obsessivo-Compulsivo do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 30 de Novembro e 01 de Dezembro de  
2007.

Souza, F.P; Foa, E.B; Meyer, E; Niederauer, K.G; Raffin, A.L; Cordioli, A.V. *Obsessive  
Compulsive Inventory* (OCI) and *Obsessive Compulsive Inventory Revised* (OCI-R) scales:  
translation into Brazilian Portuguese and cross cultural adaptation. Rev. Bras Psiquiatr: 2007:  
ahead of print.

## **8. ANEXOS**

## Anexo 1

### Autorização

**From:** [Ellen Kubis](#)  
**To:** [acordioli@terra.com.br](mailto:acordioli@terra.com.br)  
**Sent:** Wednesday, July 27, 2005 4:50 PM  
**Subject:** OCI & OCI R Translation

Dear Dr. Volpato:

Dr. Foa is out of the country and asked that I respond on her behalf. Yes, you can translate the OCI & OCI R, but she will need you to send that back translation so she can review.  
Thanks.

## Anexo 2

### OBSESSIVE-COMPULSIVE INVENTORY

The following statements refer to experiences that many people have in their everyday lives. Under the column labeled **FREQUENCY**, **circle** the number next to each statement that best describes how FREQUENTLY YOU HAVE HAD THE EXPERIENCE IN THE PAST MONTH.

Then, in the column labeled **DISTRESS**, **circle** the number that best describes HOW MUCH that experience DISTRESSED OR BOTHERED YOU DURING THE PAST MONTH.

	<b>FREQUENCY</b>		<b>DISTRESS</b>
	0-----1-----2-----3-----4 Never Almost Sometimes Often Almost never                                  always		0-----1-----2-----3-----4 Not at all A little Moderately A lot Extremely
	<b>FREQUENCY</b>		<b>DISTRESS</b>
1. Unpleasant thoughts come into my mind against my will and I cannot get rid of them.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
2. I think contact with bodily secretions (perspiration, saliva, blood, urine, etc.) may contaminate my clothes and somehow harm me.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
3. I ask people to repeat things to me several times, even though I understood them the first time.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
4. I wash and clean obsessively.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
5. I have to review mentally past events, conversations, and actions to make sure that I didn't do something wrong.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
6. I have saved up so many things that they get in the way.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
7. I check things more often than necessary.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
8. I avoid using public toilets because I am afraid of disease or contamination.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
9. I repeatedly check doors, windows, drawers, etc.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
10. I repeatedly check and water taps and light switches after turning them off	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
11. I collect things I don't need.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4
12. I have thoughts of hurting someone and not knowing it.	0 1 2 3 4		0 1 2 3 4

**FREQUENCY**

**DISTRESS**

0-----1-----2-----3-----4  
 Never Almost Sometimes Often Almost  
 never always

0-----1-----2-----3-----4  
 Not at all A little Moderately A lot Extremely

	FREQUENCY					DISTRESS				
13. I have thoughts I might want to harm myself or others.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. I get upset if objects are not arranged properly.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. I feel obliged to follow a particular order in dressing, undressing, and washing myself.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. I feel compelled to count while I am doing things.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. I am afraid of impulsively doing embarrassing or harmful things.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. I need to pray to cancel bad thoughts or feelings.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. I keep on checking forms or other things I have written.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. I get upset at the sight of knives, scissors, and other sharp objects in case I lose control with them.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. I am excessively concerned with cleanliness.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. I find it difficult to touch an object when I know it has been touched by strangers or certain people.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. I need things to be arranged in a particular order.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. I get behind in my work because I repeat things over and over again.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. I feel I have to repeat certain numbers.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
26. After doing something carefully, I still have the impression that I have not finished it.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27. I find it difficult to touch garbage or dirty things.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
28. I find it difficult to control my own thoughts.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. I have to do things over and over again until it feels right.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30. I am upset by unpleasant things that come into my mind against my will.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31. Before going to sleep I have to do things in a certain way.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4



**FREQUENCY**

**DISTRESS**

0-----1-----2-----3-----4  
 Never Almost Sometimes Often Almost  
 never always

0-----1-----2-----3-----4  
 Not at all A little Moderately A lot Extremely

	FREQUENCY					DISTRESS				
32. I go back to places to make sure that I have not harmed anyone.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. I frequently get nasty thoughts and have difficulty getting rid of them.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
34. I avoid throwing things away because I am afraid I might need them later.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
35. I get upset if others change the way I have arranged things.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
36. I feel that I must repeat certain words or phrases in my mind in order to wipe out bad thoughts, feelings or actions.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
37. After I have done things, I have persistent doubts about whether I really did them.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
38. I sometimes have to wash or clean myself simply because I feel contaminated.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
39. I feel that there are good and bad numbers.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
40. I repeatedly check anything which might cause a fire.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
41. Even when I do something very carefully I feel that it is not quite right.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
42. I wash my hands more often and longer than necessary.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Total frequency score \_\_\_\_\_

Total distress score \_\_\_\_\_

**Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)  
Scoring Instructions**

Checking (9): 3, 7, 9, 10, 19, 24, 31, 32, 40

Hoarding (3): 6, 11, 34

Neutralizing (6): 5, 16, 18, 25, 36, 39

Obsessing (8): 1, 12, 13, 17, 20, 28, 30, 33

Ordering (5): 14, 15, 23, 29, 35

Washing (8): 2, 4, 8, 21, 22, 27, 38, 42

Doubting (3): 26, 37, 41

Total = all items

The frequency and distress total and subscale scores are obtained by adding the scores of the respective items. No items are reverse scored.

### Anexo 3

#### OBSESSIVE-COMPULSIVE INVENTORY REVISED

The following statements refer to experiences that many people have in their everyday lives. Circle the number that best describes **HOW MUCH** that experience has **DISTRESSED or BOTHERED you during the PAST MONTH**. The numbers refer to the following verbal labels:

0 = Not at all                      3 = A lot  
1 = A little                        4 = Extremely  
2 = Moderately

- |                                                                                                           |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. I have saved up so many things that they get in the way.                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. I check things more often than necessary.                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. I get upset if objects are not arranged properly.                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. I feel compelled to count while I am doing things.                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. I find it difficult to touch an object when I know it has been touched by strangers or certain people. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. I find it difficult to control my own thoughts.                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. I collect things I don't need.                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. I repeatedly check doors, windows, drawers, etc.                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. I get upset if others change the way I have arranged things.                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. I feel I have to repeat certain numbers.                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. I sometimes have to wash or clean myself simply because I feel contaminated.                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. I am upset by unpleasant thoughts that come into my mind against my will.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. I avoid throwing things away because I am afraid I might need them later.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. I repeatedly check gas and water taps and light switches after turning them off.                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. I need things to be arranged in a particular order.                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. I feel that there are good and bad numbers.                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. I wash my hands more often and longer than necessary.                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. I frequently get nasty thoughts and have difficulty in getting rid of them.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Total distress score \_\_\_\_\_

## **SUBSCALES AND THEIR ITEMS OF THE OCI-SV**

### **1. New Scale Item Numbers:**

Checking: 2, 8, 14

Hoarding: 1, 7, 13

Neutralizing: 4, 10, 16

Obsessing: 6, 12, 18

Ordering: 3, 9, 15

Washing: 5, 11, 17

### **2. Item Numbers from the OCI long version:**

Checking: 7, 9, 10

Hoarding: 6, 11, 34

Neutralizing: 16, 25, 39

Obsessing: 28, 30, 33

Ordering: 14, 23, 35

Washing: 22, 38, 42

The total and subscale scores are obtained by adding the scores of the respective items.

## Anexo 4

### INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES - OCI

As afirmativas a seguir referem-se a experiências que muitas pessoas têm em sua vida diária. Na coluna FREQUÊNCIA, circule o número próximo a cada afirmativa que melhor descreve O QUÃO FREQUENTEMENTE VOCÊ TEVE ESSA EXPERIÊNCIA NO ÚLTIMO MÊS.

Após, na coluna ANSIEDADE, circule o número que melhor descreve O QUANTO à experiência mencionada tem lhe causado ansiedade ou incomodado NESTE ÚLTIMO MÊS.

#### FREQUÊNCIA

0-----1-----2-----3-----4  
 Nunca Quase Às vezes Frequentemente Quase sempre  
 nunca temente sempre

#### ANSIEDADE

0-----1-----2-----3-----4  
 Nem um Um pouco Moderadamente Muito Extremamente  
 pouco

	FREQUÊNCIA	ANSIEDADE
1. Pensamentos desagradáveis vêm a minha mente contra a minha vontade e não consigo me livrar deles.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Acho que o contato com secreções corporais, (suor, saliva sangue, urina, etc.) pode contaminar minhas roupas e, de alguma forma, me fazer mal.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Peço que as pessoas repitam coisas para mim muitas vezes, mesmo que já as tenha entendido na primeira vez..	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Lavo-me e limpo-me obsessivamente (excessivamente).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Tenho que rever mentalmente , acontecimentos, passados, conversas e ações para me certificar de que não fiz algo errado.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Tenho guardado tantas coisas que elas atravancam o caminho.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Verifico coisas mais frequentemente que o necessário.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Evito usar toaletes (banheiros) públicos, porque tenho medo de doenças ou contaminação.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas, etc.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

**FREQUÊNCIA**

0-----1-----2-----3-----4  
 Nunca Quase Às vezes Frequen- Quase  
 nunca temente sempre

**ANSIEDADE**

0-----1-----2-----3-----4  
 Nem um Um pouco Moderadamente Muito Extremamente  
 pouco

	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>ANSIEDADE</b>
10. Verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Coleciono coisas de que não preciso.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Tenho pensamentos (ou medo) de ferir alguém e não saber.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Tenho pensamentos de que posso querer causar danos (machucar ou ferir) a mim ou aos outros.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Fico perturbado se os objetos não estão, arrumados apropriadamente (de maneira adequada).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. Sinto-me obrigado a seguir uma determinada seqüência ao vestir-me, despir-me e lavar-me.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Sinto-me compelido a (tenho necessidade de) contar enquanto estou fazendo coisas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. Tenho medo de, impulsivamente, fazer coisas embaraçosos ou nocivas (que possam fazer mal).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
18. Preciso rezar para anular maus pensamentos ou sentimentos.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
19. Fico verificando os formulários (papéis, documentos) ou outras coisas que tenha escrito.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
20. Fico perturbado ao ver facas, tesouras, e outros objetos pontiagudos, com receio de perder o controle sobre eles.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
21. Sou excessivamente preocupado com limpeza	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
22. Acho difícil (não gosto de) tocar um objeto quando eu sei que ele já foi tocado por estranhos ou certas pessoas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

**FREQUÊNCIA**

0-----1-----2-----3-----4  
 Nunca Quase Às vezes Frequen- Quase  
 nunca temente sempre

**ANSIEDADE**

0-----1-----2-----3-----4  
 Nem um Um pouco Moderadamente Muito Extremamente  
 pouco

	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>ANSIEDADE</b>
23. Necessito que as coisas estejam arrumadas em uma certa ordem	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
24. Atraso-me (demoro demais) com o meu trabalho pois repito coisas várias vezes.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
25. Sinto que tenho que repetir certos números.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
26. Após fazer algo cuidadosamente, ainda tenho a impressão de que não terminei.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
27. Acho difícil tocar no lixo ou em coisas sujas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
28. Acho difícil controlar meus próprios pensamentos.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
29. Tenho que fazer as coisas várias e várias vezes até sentir que está certo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
30. Perturbo-me com coisas desagradáveis que vêm à minha mente contra a minha vontade.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
31. Antes de ir dormir eu tenho que fazer coisas de uma certa maneira.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
32. Retorno aos lugares para ter certeza de que não machuquei ninguém.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
33. Frequentemente tenho pensamentos sórdidos/sujos (maus ou ruins) e tenho dificuldade de me livrar deles.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
34. Evito jogar coisas fora pois tenho receio de que possa precisar delas mais tarde.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
35. Perturbo-me se outras pessoas mudam a forma como arrumei as coisas	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

**FREQUÊNCIA**

0-----1-----2-----3-----4  
 Nunca Quase Às vezes Frequen- Quase  
 nunca temente sempre

**ANSIEDADE**

0-----1-----2-----3-----4  
 Nem um Um pouco Moderadamente Muito Extremamente  
 pouco

	<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>ANSIEDADE</b>
36. Sinto que devo repetir certas palavras ou frases em minha mente para que possa apagar maus pensamentos, sentimentos ou ações.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
37. Após fazer certas coisas, tenho dúvidas persistentes se realmente as fiz.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
38. Às vezes tenho que me lavar ou me limpar pelo simples fato de me sentir contaminado.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
39. Sinto que há números bons e maus.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
40. Verifico repetidamente tudo que possa causar um incêndio.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
41. Mesmo quando faço algo com muito cuidado, sinto que não está totalmente certo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
42. Lavo minhas mãos com maior frequência e por mais tempo que o necessário (do que a maioria das outras pessoas).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Score Total de Frequência \_\_\_\_\_

Score Total Ansiedade \_\_\_\_\_



**Inventários de Obsessões e Compulsões (OCI)**  
**Instruções para Escore**

Verificação (9): 3, 7, 9, 10, 19, 24, 31, 32, 40

Colecionismo (3): 6, 11, 34

Neutralização (6): 5, 16, 18, 25, 36, 39

Obsessão (8): 1, 12, 13, 17, 20, 28, 30, 33

Ordenamento (5): 14, 15, 23, 29, 35

Lavagem (8): 2, 4, 8, 21, 22, 27, 38, 42

Dúvida (3): 26, 37, 41

Total = todos os itens

A frequência e a aflição total e os escores das subescalas são obtidos adicionando-se os escores dos respectivos itens. Não há itens com escore reverso.

## Anexo 5

### INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES - OCI-R

As afirmativas a seguir referem-se a experiências que muitas têm em sua vida diária.

Circule o número que melhor descreve **O QUANTO** a experiência mencionada tem lhe causado ansiedade ou incomodado **NESTE ÚLTIMO MÊS**. Os números referem-se às seguintes etiquetas verbais:

0 = Nem um pouco                      3 = Muito  
1 = Um pouco                            4 = Extremamente  
2 = Moderadamente

- |                                                                                                                      |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Tenho guardado tantas coisas que elas atravancam o caminho.                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Verifico coisas mais frequentemente que o necessário.                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Fico perturbado se os objetos não estão arrumados apropriadamente (de maneira adequada).                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Sinto-me compelido a (tenho necessidade de) contar enquanto estou fazendo coisas .                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Acho difícil (não gosto de) tocar um objeto quando eu sei que ele já foi tocado por estranhos ou certas pessoas.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Acho difícil controlar meus próprios pensamentos.                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Coleciono coisas de que não preciso.                                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Verifico repetidamente portas, janelas gavetas, etc.                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Perturbo-me se outras pessoas mudam a forma como arrumei as coisas.                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto que tenho que repetir certos números.                                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Às vezes tenho que me lavar ou me limpar pelo simples fato de me sentir contaminado.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Pensamentos desagradáveis vêm à minha mente contra a minha vontade e não consigo me livrar deles.                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Evito jogar coisas fora, pois tenho receio de que possa precisar delas mais tarde.                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Necessito que as coisas estejam arrumadas em uma certa ordem.                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto que há números bons e maus.                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Lavo minhas mãos com maior frequência e por mais tempo que . o necessário (do que a maioria das outras pessoas). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Frequentemente tenho pensamentos sórdidos/sujos (maus ou ruins) e tenho dificuldade de me livrar deles.          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

TOTAL: \_\_\_\_\_

## **1. Números dos Itens da Nova Escala**

Verificação: 2, 8, 14

Colecionismo: 1, 7, 13

Neutralização: 4, 10, 16

Obsessão: 6, 12, 18

Ordenamento: 3, 9, 15

Lavagem: 5, 11, 17

## **2. Números dos Itens da Versão Completa do OCI**

Verificação: 7, 9, 10

Colecionismo: 6, 11, 34

Neutralização: 16, 25, 39

Obsessão: 28, 30, 33

Ordenamento: 14, 23, 35

Lavagem: 22, 38, 42

Os escores totais e das subescalas são obtidos adicionando-se os escores dos respectivos itens.

## Anexo 6

### Termo de Consentimento Informado para Pacientes

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo a tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive-Compulsive Inventory –Revised-* OCI-R. Estas escalas avaliam as “obsessões e as compulsões” dos indivíduos.

Obsessões são: pensamentos, idéias, imagens, palavras, frases, números ou impulsos que invadem a consciência de forma repetitiva e persistente e as compulsões são comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente.

Você está sendo convidado a participar do estudo por estar participando de programas específicos de tratamento para Transtornos de Ansiedade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Indivíduos que possuem o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e que possuem os sintomas acima geralmente têm muita ansiedade. Por isso esse diagnóstico faz parte de uma família de Transtornos de Ansiedade, onde estão incluídos Transtornos como o Transtorno do Pânico e os Transtornos Fóbicos, como a Fobia Social.

Para entender melhor, damos abaixo os conceitos dos Transtornos citados acima.

Transtorno Obsessivo Compulsivo - caracteriza-se por pensamentos, frases, palavras, cenas ou impulsos, que invadem a consciência, involuntários ou impróprios, persistentes e recorrentes – as obsessões - geralmente acompanhadas de aflição ou medo e de tentativas de ignorar, suprimir ou neutraliza-los pela realização de atos repetitivos – as compulsões ou rituais.

Transtorno do Pânico - caracteriza-se pela presença de ataques súbitos de ansiedade, acompanhados de sintomas físicos como: palpitações, tonturas, sudorese, tremor, dor no peito e etc e sintomas afetivos, do medo de ter um novo ataque e da evitação de locais ou situações nos quais já ocorreram os ataques de pânico.

Fobia Social - caracteriza-se por um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que a pessoa se sente exposta a desconhecidos ou a uma possível avaliação dos outros. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sua ansiedade e receia que este comportamento possa ser humilhante ou embaraçoso para si.

Dentro do método científico, quando estamos traduzindo, adaptando e validando uma escala/instrumento, devemos aplicar essa escala/instrumento em pessoas que possuem o diagnóstico que queremos, mas devemos também aplicar a escala em pessoas que possuem diagnósticos que podem ser confundidos com aquele que é nosso alvo.

Nesse caso o TOC é nosso alvo, mas pessoas com Transtorno de Pânico e Fobia Social podem ter níveis de ansiedade e alguns sintomas que se confundem com o TOC. Além disso devemos aplicar também a escala/instrumento em pessoas que não possuem nenhum diagnóstico psiquiátrico, para podermos entender melhor aquilo que pertence apenas ao TOC.

Por isso pessoas sem diagnóstico psiquiátrico, pessoas com TOC, com Transtornos de Pânico e com Fobia Social estarão participando desta pesquisa.

Caso você concorde em participar, sua participação será responder a uma entrevista psiquiátrica e preencher escalas. A entrevista terá duração total aproximada de duas horas.

Suas informações serão manuseadas apenas pelos integrantes do grupo de pesquisa diretamente envolvidos com esta pesquisa. As informações colhidas estarão disponíveis apenas para uso da pesquisa. Você terá toda a liberdade para interromper sua participação a qualquer momento, não acarretando nenhum prejuízo, caso você participe de algum dos programas oferecidos no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante os encontros.

Eu ..... fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento da participação da pesquisa, sem prejudicar meu atendimento no HCPA.

O (a) pesquisador(a) ..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ..... de ..... de .....

Assinatura do paciente .....

Assinatura do pesquisador .....

Contato com pesquisadora: Fernanda Pasquoto de Souza– Fone: (51) 84043754

Pesquisador Responsável: Aristides Volpato Cordioli

## Anexo 7

### Termo de Consentimento Informado para Controles

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo a tradução, adaptação e validação das escalas *Obsessive-Compulsive Inventory* – OCI e do *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* – OCI-R. Estas escalas avaliam as “obsessões e as compulsões” dos indivíduos.

Obsessões são: pensamentos, idéias, imagens, palavras, frases, números ou impulsos que invadem a consciência de forma repetitiva e persistente e as compulsões são comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos executados em resposta a obsessões ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa por não apresentar transtorno psiquiátrico no presente momento do estudo. Caso seja diagnosticado algum transtorno psiquiátrico você será encaminhado para tratamento específico conforme a patologia que apresentar, como também será verificada a possibilidade de encaminhamento para o próprio serviço do HCPA, havendo vaga. Indivíduos que possuem o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e que possuem os sintomas acima geralmente têm muita ansiedade. Por isso esse diagnóstico faz parte de uma família de Transtornos de Ansiedade, onde estão incluídos Transtornos como o Transtorno do Pânico e os Transtornos Fóbicos, como a Fobia Social.

Para entender melhor, damos abaixo os conceitos dos Transtornos citados acima.

Transtorno Obsessivo Compulsivo - caracteriza-se por pensamentos, frases, palavras cenas ou impulsos, que invadem a consciência, involuntários ou impróprios, persistentes e recorrentes – as obsessões - geralmente acompanhadas de aflição ou medo e de tentativas de ignorar, suprimir ou neutraliza-los pela realização de atos repetitivos – as compulsões ou rituais.

Transtorno do Pânico - caracteriza-se pela presença de ataques súbitos de ansiedade, acompanhados de sintomas físicos como: palpitações, tonturas, sudorese, tremor, dor no peito e etc e sintomas afetivos, do medo de ter um novo ataque e da evitação de locais ou situações nos quais já ocorreram os ataques de pânico.

Fobia Social - caracteriza-se por um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que a pessoa se sente exposta a desconhecidos ou a uma possível avaliação dos outros. O individuo teme agir de forma a demonstrar sua ansiedade e receia que este comportamento possa ser humilhante ou embaraçoso para si.

Dentro do método científico, quando estamos traduzindo, adaptando e validando uma escala/instrumento, devemos aplicar essa escala/instrumento em pessoas que possuem o diagnóstico que queremos, mas devemos também aplicar a escala em pessoas que possuem diagnósticos que podem ser confundidos com aquele que é nosso alvo.

Nesse caso o TOC é nosso alvo, mas pessoas com Transtorno de Pânico e Fobia Social podem ter níveis de ansiedade e alguns sintomas que se confundem com o TOC. Além disso devemos aplicar também a escala/instrumento em pessoas que não possuem nenhum diagnóstico psiquiátrico, para podermos entender melhor aquilo que pertence apenas ao TOC.

Por isso pessoas sem diagnóstico psiquiátrico, pessoas com TOC, com Transtornos de Pânico e com Fobia Social estarão participando desta pesquisa.

Caso você concorde em participar, sua participação será responder a uma entrevista psiquiátrica e preencher escalas. A entrevista terá duração total aproximada de duas horas.

Suas informações serão manuseadas apenas pelos integrantes do grupo de pesquisa diretamente envolvidos com esta pesquisa. As informações colhidas estarão disponíveis apenas para uso da pesquisa. Você terá toda a liberdade para interromper sua participação a qualquer momento.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante os encontros.

Eu ..... fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento da participação da pesquisa, sem prejudicar meu trabalho no HCPA.

O (a) pesquisador(a) ..... certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, ..... de ..... de .....

Assinatura do controle .....

Assinatura do pesquisador .....

Contato com pesquisadora: Fernanda Pasquoto de Souza – Fone: (51) 84043754  
Pesquisador responsável: Aristides Volpato Cordioli

## Anexo 8

### ESCALA OBSESSIVO-COMPULSIVO DE YALE-BROWN – Y-BOCS

As questões 1 a 5 são sobre **PENSAMENTOS OBSESSIVOS**.

**Obsessões** são idéias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são: medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes.

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

<p>1. <b>TEMPO OCUPADO</b> POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = 1 a 3 horas/dia ou freqüente</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito freqüente</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p>4. <b>RESISTÊNCIA</b> CONTRA OBSESSÕES</p> <p>P.: <i>Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir a maior parte das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</p>
<p>2. <b>INTERFERÊNCIA</b> provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>5. GRAU DE <b>CONTROLE</b> SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Controle total</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: raramente bem sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos.</p>
<p>3. <b>SOFRIMENTO</b> relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS</p> <p>P.: <i>Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como perturbadoras mas negam sentir ansiedade. (Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições).</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Não atrapalha muito</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Incomoda, mas ainda é controlável</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Muito incômoda</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Angústia constante e incapacitante</p>	<p>Uso do entrevistador</p> <p>ESCORE OBSESSÕES (parcial)</p>



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

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

<p>6. <b>TEMPO GASTO</b> COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS  P.: Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?  <input type="checkbox"/> 0 = Nenhum  <input type="checkbox"/> 1 = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos  <input type="checkbox"/> 2 = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução freqüente de comportamentos compulsivos)  <input type="checkbox"/> 3 = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos  <input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos - muito numerosos para contar)</p>	<p>9. <b>RESISTÊNCIA</b> às COMPULSÕES  P.: Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?  <input type="checkbox"/> 0 = Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa  <input type="checkbox"/> 1 = Tenta resistir na maior parte das vezes  <input type="checkbox"/> 2 = Faz algum esforço para resistir  <input type="checkbox"/> 3 = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância  <input type="checkbox"/> 4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p>7. <b>INTERFERÊNCIA</b> provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS  P.: Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado)  <input type="checkbox"/> 0 = Nenhuma  <input type="checkbox"/> 1 = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado  <input type="checkbox"/> 2 = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar  <input type="checkbox"/> 3 = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional  <input type="checkbox"/> 4 = Muito grave: incapacitante</p>	<p>10. GRAU DE <b>CONTROLE</b> SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO  P.: Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?  <input type="checkbox"/> 0 = Controle total  <input type="checkbox"/> 1 = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário  <input type="checkbox"/> 2 = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade  <input type="checkbox"/> 3 = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões  <input type="checkbox"/> 4 = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz de, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p>8. <b>SOFRIMENTO</b> relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS  P.: Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?  <input type="checkbox"/> 0 = Nenhum  <input type="checkbox"/> 1 = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução  <input type="checkbox"/> 2 = Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução  <input type="checkbox"/> 3 = Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante sua execução  <input type="checkbox"/> 4 = Muito intenso: ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante Durante a execução das compulsões</p>	<p style="text-align: center;">Uso do entrevistador</p> <p style="text-align: center;">_____  ESCORE COMPULSÕES</p>

ESCORE TOTAL: \_\_\_\_\_  
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

## Anexo 9

### ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na **SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.**

Marque um **X** no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1.  0 = não me sinto triste  
 1 = sinto-me triste  
 2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto  
 3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
  
2.  0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro  
 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro  
 2 = sinto que não tenho nada por que esperar  
 3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
  
3.  0 = não me sinto fracassado(a)  
 1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio  
 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos  
 3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
  
4.  0 = obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer  
 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar  
 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma  
 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
  
5.  0 = não me sinto particularmente culpado(a)  
 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo  
 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo  
 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo
  
6.  0 = não sinto que esteja sendo punido(a)  
 1 = sinto que posso ser punido(a)  
 2 = espero ser punido(a)  
 3 = sinto que estou sendo punido(a)
  
7.  0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)  
 1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)  
 2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)  
 3 = eu me odeio
  
8.  0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa  
 1 = critico minhas fraquezas ou erros  
 2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas  
 3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
  
9.  0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar  
 1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante  
 2 = gostaria de me matar  
 3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
  
10.  0 = não costumo chorar mais do que o habitual

- 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes  
 2 = atualmente choro o tempo todo  
 3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
11.  0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época  
 1 = fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava  
 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo  
 3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12.  0 = não perdi o interesse nas outras pessoas  
 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas  
 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas  
 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13.  0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época  
 1 = adio minhas decisões mais do que costumava  
 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes  
 3 = não consigo mais tomar decisões
14.  0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser  
 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos  
 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos  
 3 = considero-me feio(a)
15.  0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes  
 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa  
 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa  
 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16.  0 = durmo tão bem quanto de hábito  
 1 = não durmo tão bem quanto costumava  
 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir  
 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17.  0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito  
 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava  
 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa  
 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18.  0 = o meu apetite não está pior do que de hábito  
 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser  
 2 = meu apetite está muito pior agora  
 3 = não tenho mais nenhum apetite
19.  0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente  
 1 = perdi mais de 2,5 kg *# estou por vontade própria*  
 2 = perdi mais de 5,0 kg *tentando perder peso,*  
 3 = perdi mais de 7,0 kg *comendo menos:  sim  não*
20.  0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde  
 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre  
 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso  
 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
21.  0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual  
 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava  
 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente  
 3 = perdi completamente o interesse por sexo

<b>TOTAL:</b> _____
---------------------

## Anexo 10

### ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK (BECK-A)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Marque com um **X** os espaços correspondentes a cada sintoma.

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	<b><u>Ausente</u></b>	<b><u>Leve,</u> não me incomoda muito</b>	<b><u>Moderado,</u> é desagradável mas consigo suportar</b>	<b><u>Grave,</u> quase não consigo suportar</b>
1. dormência ou formigamento				
2. sensações de calor				
3. tremor nas pernas				
4. incapaz de relaxar				
5. medo de acontecimentos ruins				
6. confuso ou delirante				
7. coração batendo forte e rápido				
8. inseguro(a)				
9. apavorado(a)				
10. nervoso(a)				
11. sensação de sufocamento				
12. tremor nas mãos				
13. trêmulo(a)				
14. medo de perder o controle				
15. dificuldade de respirar				
16. medo de morrer				
17. assustado(a)				
18. indigestão				
19. desmaio / “cabeça leve”				
20. rosto quente / enrubescido				
21. suor frio / quente				

TOTAL: \_\_\_\_\_