

Inventário de Obsessão-Compulsão: análise da validade de um instrumento reduzido de prevalência temática dos sintomas do TOC

Jandilson Avelino da Silva
Deise Bernardo da Costa
Maria Luíza Tomaz Bezerra Vicente
Thyala Maria Alexandre Lourenço

*Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa, PB, Brasil*

RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo é um tipo de desordem de ansiedade caracterizado pela ruminação de pensamentos incontroláveis denominados obsessões e por ritos comportamentais repetitivos chamados compulsões. O presente estudo teve como objetivo a adaptação do *Obsessive-Compulsive Inventory* de Foa et al. para a língua portuguesa no contexto brasileiro. Foi utilizada uma amostra de 216 estudantes universitários voluntários (M=27,16 anos e DP=2,18) da cidade de João Pessoa-PB. A partir da realização de uma análise fatorial exploratória observou-se a adequação dos valores obtidos para um conjunto de medidas multifatorial. A análise realizada sugeriu ainda índices de precisão e consistência interna consideráveis.

Palavras-chave: distúrbios de ansiedade; transtorno obsessivo-compulsivo; validação estatística.

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Inventory: Analysis of the validity of an instrument reduced prevalence Themes of Ocd Symptoms

Obsessive-compulsive disorder is a type of anxiety disorder characterized by uncontrollable rumination of thoughts called obsessions and repetitive behavioral rituals called compulsions. This study aimed to adapt the Obsessive-Compulsive Inventory of Foa et al. for Portuguese Brazilian context. A sample of 216 volunteer college students (M=27.16 years, SD=2.18) from João Pessoa-PB. After performing an exploratory factor analysis showed the adequacy of the values obtained for a set of measures multifactorial. The analysis also suggested rates of reliability and internal consistency considerable.

Keywords: anxiety disorders; obsession-compulsion disorder; statistic validation.

RESUMEN

Inventario de Obsesión-Compulsión: Análisis de validez de un instrumento breve para el tema recurrente de los síntomas del TOC

Trastorno obsesivo-compulsivo es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos incontrolables de la rumia llamados obsesiones y por los rituales repetitivos de comportamiento llamados compulsiones. Este estudio tuvo como objetivo adaptar el *Obsessive-Compulsive Inventory* de Foa et al. para el contexto portugués de Brasil. Se utilizó una muestra de 216 estudiantes voluntarios universitarios (M=27,16 años, SD=2.18) de João Pessoa-PB. Después de realizar un análisis factorial exploratorio mostró la adecuación de los valores obtenidos para un conjunto de medidas multifactorial. El análisis también sugirió que los índices de fiabilidad y consistencia interna fueron considerable.

Palabras clave: trastornos de ansiedad; trastorno obsesivo-compulsivo; validación estadística.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é uma das desordens psiquiátricas que tem sido objeto de crescente interesse nos dias atuais (Maia, Barbosa, Menezes e Miguel Filho, 1999). Ele tem atingido todos os tipos de homens e mulheres, independente da raça, idade ou religião (Torres e Lima, 2005).

Esse transtorno é caracterizado por recorrentes obsessões de pensamentos, imagens ou impulsos que evocam ansiedade, e por atos compulsivos comportamentais ou mentais que causam grande desconforto para o indivíduo e para as pessoas de seu convívio (Mansur, Cabral, Sartorelli, Lopes, Miguel Filho, Bernik, Marcolin, 2004; Foa et al. 2005). O TOC é um tipo de desordem de ansiedade que geralmente acomete pessoas que pensam excessivamente acerca das circunstâncias de suas vidas. Os pensamentos frequentemente tratam-se de crenças distorcidas acerca da realidade, como por exemplo, acreditar que se está acometido por algum tipo de doença contagiosa quando na verdade não se está (Mercadante, Miguel e Gentil, 1996).

Algumas das desordens obsessivas típicas incluem o medo de sujeiras, germes ou contaminação, execução de atos de violência contra outras pessoas, sentimento de responsabilidade pela segurança de outras pessoas, medo de atropelar pedestres na rua, sentimento de religiosidade excessiva e pensamentos sexuais intensos. Já entre as compulsões mais comuns estão os comportamentos de limpeza excessiva, como lavar repetidamente as mãos ou a própria casa, tocar, contar, organizar e acumular objetos. Enquanto essas ações estão sendo praticadas há uma sensação de satisfação, entretanto, em pouco tempo essas pessoas sentirão necessidade de agir da mesma forma mais uma vez (DSM-IV, 1995; Fontenelle, Marques e Versiani, 2002).

Geralmente, as pessoas que possuem este transtorno tentam ocultar esses pensamentos obsessivos através de rituais e de ações comportamentais executadas repetidamente, acreditando assim, que estes comportamentos protegerão suas mentes desses pensamentos irrealistas que não são aceitáveis por eles próprios (Pinto, Maia, Barbosa, Menezes, Prado e Miguel Filho; Vermes e Zamignani, 2002; González, 1999). Os sintomas da desordem obsessivo-compulsiva são extremamente heterogêneos para tentar se estabelecer uma entidade nosológica unitária. Os estudos acerca do TOC comumente tentam separar os grupos de pacientes com o distúrbio e indivíduos saudáveis não considerando as particularidades existentes entre os sintomas-base (Mataix-Cols, Rosário-Campos e

Leckman, 2005). A constituição de uma subtipagem do TOC usando-se vários conteúdos das obsessões e compulsões ainda é um desafio que promete revelar aspectos importantes no entendimento da doença e no planejamento terapêutico (Ferrão, Aguiar, Minuzzi, Grillo, Lopes e Rosa, 2004).

As causas desse tipo de transtorno ainda não foram bem definidas, embora existam algumas suposições a respeito do assunto. Alguns pesquisadores acreditam que possa ser hereditário, pois se um indivíduo apresenta o TOC, as chances de outra pessoa da mesma família também apresentar são de 25% (Torres e Smaira, 2001). Estudos como o de Ferrão et al. (2004) mostram que a ocorrência familiar do transtorno obsessivo-compulsivo permite-nos especular sobre diferenças clínicas entre indivíduos com história familiar de TOC e sem história familiar de TOC.

Os pacientes portadores de TOC com histórico familiar positivo para o mesmo, mostraram o início dos sintomas de forma mais precoce, uma maior gravidade dos sintomas medidos por escalas clássicas de sintomas e uma maior complexidade terapêutica, além da presença mais frequente de colecionismo. No entanto, o estresse e outros fatores psicológicos também podem contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de tal distúrbio (Torres e Smaira, 2001).

Quanto aos índices de TOC entre os indivíduos, em um dos estudos mais abrangentes e representativos realizados na Grã Bretanha, de 1999 (com 10.438 participantes entre cinco e 15 anos, sendo 52% de meninos), foi percebida uma prevalência de 0,25% do distúrbio entre os indivíduos, tendo um aumento progressivo da prevalência com o aumento da idade (64% dos casos tinham entre 13 e 15 anos). Quanto aos adultos, a *British National Survey of Psychiatric Morbidity*, em 2000, realizada também na Grã Bretanha com 8.580 pessoas moradoras de residências particulares na Inglaterra, Escócia e País de Gales identificou 114 casos de TOC, dos quais 74 eram mulheres.

Já no Brasil, o Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica encontrou uma prevalência de TOC na vida de 0,9% de homens e 0,5% de mulheres de Brasília, e de 1,7% e 2,5% em Porto Alegre, por critérios do DSM-III. Posteriormente, utilizando a CID I em inquérito conduzido em uma parte da cidade de São Paulo, uma pesquisa estimou em 0,3% a prevalência de TOC ao longo da vida da população, sendo 0,4% entre homens e 0,3% entre mulheres. De forma geral calcula-se que uma em cada quarenta pessoas da população mundial vivenciará uma desordem obsessiva compulsiva pelo menos uma vez na vida (Torres e Lima, 2005).

Estudos epidemiológicos apontam o TOC como menos raro do que previamente se supunha. Já a Organização Mundial da Saúde estabelece que ele é a décima causa de incapacitação dos indivíduos na sociedade. Ainda assim, poucos estudos foram desenvolvidos com a finalidade de identificar claramente o curso e o prognóstico desse distúrbio (Miranda e Bordin, 2001).

Levantamentos populacionais dão à oportunidade de se estudar não apenas os casos atendidos nos serviços de saúde, como também contribuem expansivamente na identificação de casos na comunidade como um todo, muitas vezes consideravelmente diferentes dos indivíduos que estão sendo tratados. É possível, desta forma, descrever a frequência e distribuição dos transtornos, identificando possíveis fatores de risco, além de ajudar na avaliação das próprias necessidades dos serviços de saúde existentes (Torres e Lima, 2005). Para tanto, escalas que possam auxiliar no detalhamento dos sintomas dos transtornos mentais, a exemplo do TOC, são de grande utilidade.

O TOC, particularmente em suas formas mais graves, é acompanhado de elevado grau de sofrimento psíquico e comprometimento psicossocial (Lopes, Mathis, Canteras, Salvajoli, Del Porto e Miguel, 2004). As pessoas geralmente preferem esconder sua situação de TOC a correr o risco de expor-se diante da sociedade, já que são incapazes de evitar que suas compulsões sejam realizadas (Torres e Smaira, 2001).

A resposta terapêutica aos tratamentos usuais continua sendo limitada. Atualmente, 60 a 70% dos pacientes respondem à farmacoterapia com inibidores da recaptação de serotonina, enquanto 60 a 80% melhoram com a terapia comportamental. Assim sendo, cerca de 40% dos pacientes com TOC não responde satisfatoriamente a medidas terapêuticas adequadas.

Diferentes abordagens de tratamento são propostas para os casos resistentes. Entre elas estão a associação de medicamentos e as neurocirurgias, que se constituem uma alternativa terapêutica quando todas as abordagens convencionais se mostram ineficazes (Lopes et al., 2004).

As classificações atuais dos transtornos mentais (DSM-IV e CID-10) têm um grande número de categorias que possibilitam uma adequada cobertura diagnóstica, podendo ser adotadas através dos critérios operacionais na realização de entrevistas semiestruturadas (Petribu, 2001). No entanto, o desenvolvimento de escalas para a avaliação detalhada de diversos aspectos da estruturação de ideias prevalentes ou supervalorizadas presentes no TOC pode ser útil na medida em que busca investigar tanto o impacto da intensidade dessas ideias quanto a subtipagem, no que diz respeito às temáticas dos

sintomas prevalentes. Deste modo, o desenvolvimento de escalas como as validadas no presente estudo poderão ter interferência prática para os pacientes de TOC, ajudando na elaboração de um diagnóstico mais rápido e preciso e conseqüentemente no planejamento de tratamentos mais adequados e específicos (Torres e Shavitt, 1999).

Escalas de avaliação válidas e confiáveis na avaliação do transtorno obsessivo-compulsivo não estavam disponíveis, até pouco tempo. Os instrumentos utilizados, como o *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory* e o *Leighton Obsessional Inventory*, apresentavam problemas como falta de especificidade e baixa confiabilidade, além de não serem abrangentes para todas as formas clínicas do quadro de TOC (Araújo, 1998). Muitas dessas dificuldades foram em parte sanadas a partir do desenvolvimento da Escala de Yale Brow por Goodman et al. (1989a). Essa escala rapidamente foi adotada como instrumento-padrão na avaliação de resultados terapêuticos na clínica. No entanto, essas escalas são ainda muito extensas, o que implica em um maior tempo para sua aplicação e assim, nos aspectos relacionados a esse fator como, por exemplo, a fadiga por parte dos pacientes avaliados.

O *Leighton Obsessional Inventory*, por exemplo, consta de 69 itens referentes aos principais sintomas e características de personalidade presentes no TOC. O inventário abrange uma grande variedade de sintomas obsessivo-compulsivos, mas não cobre de forma adequada temas comportamentais normalmente presentes também na sintomatologia do quadro. Além disso, estudos sobre sua confiabilidade e validade são incompletos.

O *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory*, que consta de 30 itens com respostas dicotômicas, como verdadeiro ou falso, investiga os principais sintomas obsessivo-compulsivos para pacientes com rituais compulsivos. Ele aborda na maioria dos seus itens apenas comportamentos de lavagem e checagem, prejudicando assim seu uso na avaliação da evolução do tratamento clínico, já que se restringe a apenas alguns dos possíveis sintomas relacionados ao TOC (Araújo, 1998).

Existem ainda outros estudos que se preocuparam com escalas de avaliação do TOC em crianças e adolescentes. Porém, a grande maioria dessas escalas corresponde a versões de instrumentos já utilizados em adultos, o que acarreta os mesmos problemas encontrados nas mesmas (Asbahr, 1998).

Deste modo, considerando a falta de instrumentos que possam auxiliar de forma prática, detalhada e precisa no diagnóstico do TOC, e os problemas relacionados às escalas já existentes, este trabalho teve como

objetivo adaptar para a língua portuguesa considerando o contexto brasileiro, o *Obsessive-Compulsive Inventory* (Inventário de Obsessão-Compulsão) de Foa et al. (2002). O estudo foi realizado com estudantes universitários, com a intenção de analisar os parâmetros de validade e precisão da referida escala.

MÉTODO

Amostra

O presente estudo contou com a participação de 216 estudantes de uma universidade pública da cidade de João Pessoa, Paraíba. A faixa etária dos participantes variou de 18 a 30 anos, tendo uma média de 27,16 e um desvio padrão de 2,18. Quanto ao sexo, 52,78% da amostra é do sexo masculino. Os critérios de inclusão na amostra foram: ter de 18 e 30 anos de idade; se auto-relatar em boa saúde física e mental, não podendo ter diagnósticos psiquiátricos e/ou de outras condições médicas; e não fazer uso de fármacos ou de outras substâncias tóxicas psicoativas.

Como o objetivo principal do estudo foi apenas a avaliação da confiabilidade e da validade da versão traduzida do instrumento de avaliação para o contexto brasileiro, não se fez necessário a aplicação do instrumento em pacientes diagnosticados com TOC. Essa ação fugiria aos propósitos principais do estudo em questão, no entanto serve de sugestão para estudos futuros.

Instrumento

O *Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI) (Foa et al., 2002) é um instrumento de medida autoaplicável desenvolvido pelas universidades da Pensilvânia, Delaware e de Londres que avalia os sintomas da desordem obsessiva compulsiva. Esse inventário basicamente detalha as temáticas recorrentes ao TOC, possibilitando a avaliação da temática prevalente para os pacientes. Saber qual o grupo principal de sintomas acomete o paciente é importante para um melhor planejamento do tratamento.

Originalmente ele continha 42 itens (Foa et al., 1998) e posteriormente foi apresentado na versão de 18 itens divididos em seis subescalas correspondente às categorias comumente encontradas na desordem obsessiva-compulsiva: Limpeza, Obsessão, Acumulação, Organização, Checagem e Neutralização. Esse instrumento reduzido é o que está sendo validado no presente estudo.

Os itens são respondidos em termos de quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, como por exemplo, em: “Mantenho da mesma forma as coisas que dão certo” ou “Fico aborrecido se os

objetos não forem organizados corretamente”, dadas em uma escala do tipo Likert de 0 a 4 pontos, sendo que zero, correspondia a “De modo nenhum” e quatro, a “Extremamente”. Quanto maior a pontuação total na escala, maior a prevalência dos sintomas, sendo que o fator com maior escore indica a temática de sintomas que se destaca no paciente.

Procedimento

A versão reduzida do Inventário de Obsessão-Compulsão desenvolvido por Foa et al. (2002) foi encontrado através de uma busca computadorizada realizada com o termo “Transtorno de Obsessão-Compulsão”. Em seguida deu-se início ao processo de tradução do instrumento. Para tanto, inicialmente a escala foi traduzida para o português pelos próprios pesquisadores. Foi realizada uma tradução por fatores, na qual cada fator tinha seus itens traduzidos individualmente levando-se em consideração o contexto do fator.

Posteriormente, foi feita uma avaliação dessa primeira versão por quatro juízes independentes, psicólogos familiarizados com o idioma original do instrumento e com a condição clínica em estudo. Foi realizada ainda uma retroversão (*back translation*) da versão final do instrumento, sendo que esta foi submetida a uma validação semântica em uma escola estadual de ensino médio. Esta última ação foi realizada como forma de garantir que a população de modo geral teria a mesma capacidade de compreensão dos itens que a população alvo do estudo. Neste procedimento foi solicitado em uma aplicação coletiva que os estudantes respondessem o inventário e ao final da aplicação que tentassem reproduzir verbalmente cada um dos itens com as próprias palavras. Todos os itens foram compreendidos nesta ocasião, visto que os participantes não relataram qualquer dúvida em relação as questões apresentadas, bem como conseguiram transmitir de forma pessoal o que elas pretendiam dizer.

Os pesquisadores treinados em relação aos procedimentos necessários para a aplicação do instrumento realizaram a coleta dos dados. Visando obter o mínimo possível de respostas enviesadas ao instrumento deram as instruções de maneira uniforme a todos os participantes seguindo um procedimento padrão. Foi pedido que as respostas fossem dadas individualmente e que não deixassem nenhuma resposta em branco. Levaram em média 15 minutos para a resolução das questões.

Aspectos éticos

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), obtendo a aprovação protocolada sob o número 0244/11. A participação na pesquisa aconteceu mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual os participantes eram informados sobre o protocolo de estudo e elucidados sobre o objeto do trabalho.

A integração do indivíduo ao estudo ocorria de forma voluntária, já que ele não recebia para isso nenhum tipo de pagamento. Respeitava-se também a autonomia do participante, uma vez que ele podia recusar-se e/ou retirar-se da pesquisa sem prejuízo para ambas as partes, a qualquer momento. Por não ter ocorrido nenhum risco na realização dos experimentos, não foi fornecido nenhum tipo de indenização.

Foi garantido ainda o anonimato do participante, assegurando a sua privacidade através da confidencialidade dos dados obtidos, complementando, deste modo, todos os preceitos regidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a versão 13.0 do SPSSWin, no qual foi realizada uma análise do

poder discriminativo dos itens e em seguida uma análise fatorial exploratória (*KMO* e teste de esfericidade de *Bartlett* adequados) para a verificação da validade de construto do instrumento. Foram calculados ainda o *Alfa de Cronbach* como índice de consistência interna, e o teste *t de Student*, para a comparação dos grupos inferiores e superiores, dentro dos grupos de critério interno.

RESULTADOS

Para a adaptação do Inventário de Obsessão-Compulsão ao contexto brasileiro, os 18 itens que o compõem foram submetidos a uma análise principal dos componentes com a realização de uma rotação *Promax*, de acordo com o manuscrito original de Foa et al. (2002). Os seis fatores pré-determinados pelo instrumento original foram encontrados também na validação para a língua portuguesa no contexto brasileiro.

Uma análise fatorial foi realizada, já que o conjunto de dados obtidos se mostrou adequado para tal [*KMO*=0,79; Teste de Esfericidade de *Bartlett*, $\chi^2=1724,17$; $p=0,0001$]. Os 18 itens agrupados apresentaram consistência interna (*Alfa de Cronbach*) de 0,84. Os resultados dessa análise podem ser observados na Tabela 1.

TABELA 1
Estrutura Fatorial do Inventário de Obsessão-Compulsão

Itens / Conteúdo abreviado	Fatores						Comunalidade
	1	2	3	4	5	6	
05 - É difícil eu tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos.	0,68	0,18	0,21	0,27	0,14	0,10	0,50
10 - Sinto que tenho que repetir determinados números.	0,66	0,16	0,39	0,33	0,34	0,13	0,49
08 - Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas.	0,64	0,05	0,43	0,13	0,31	0,66	0,67
16 - Sinto desconforto quando me deparo com determinados números.	0,64	0,39	0,14	0,28	0,19	0,16	0,48
14 - Verifico repetidamente gás, torneiras e interruptores após tê-los desligado.	0,58	0,31	0,23	0,08	0,40	0,54	0,53
11 - Às vezes tenho que me lavar porque eu me sinto contaminado.	0,34	0,86	0,28	0,21	0,24	0,10	0,76
17 - Lavo minhas mãos mais que o necessário.	0,32	0,86	0,24	0,24	0,17	0,28	0,78
06 - Tenho dificuldade em controlar meus próprios pensamentos.	0,29	0,08	0,82	0,15	0,23	0,22	0,68
12 - Aborreço-me pelos pensamentos desagradáveis que tenho contra vontade.	0,26	0,30	0,72	0,19	0,30	0,29	0,57
18 - Frequentemente começo pensamentos indecentes dos quais é difícil livrar-me.	0,42	0,37	0,65	0,20	0,39	0,16	0,53
03 - Aborreço-me se os objetos não forem organizados corretamente.	0,31	0,21	0,18	0,82	0,09	0,25	0,71
15 - Necessito que as coisas sejam organizadas em ordem particular.	0,40	0,39	0,14	0,73	0,36	0,15	0,66
09 - Aborreço-me se os outros mudam como organizei as coisas.	0,48	0,04	0,45	0,65	0,13	0,31	0,60
13 - Evito jogar coisas fora porque fico receoso que eu possa necessitar delas.	0,34	0,33	0,32	0,16	0,83	0,20	0,71
07 - Junto coisas que não necessito.	0,27	0,03	0,27	0,07	0,81	0,26	0,69
04 - Sinto-me compelido a contar quando estou fazendo as coisas.	0,11	-0,04	0,26	0,49	0,55	0,07	0,52
02 - Verifico as coisas mais vezes que o necessário.	0,21	-0,02	0,28	0,28	0,20	0,78	0,68
01 - Mantenho da mesma forma o que dá certo.	0,10	0,27	0,11	0,11	0,13	0,70	0,58
<i>Eigenvalue</i>	4,83	1,54	1,39	1,29	1,09	1,00	
% Variância Explicada	26,81	8,56	7,69	7,17	6,07	5,56	
Alfa de Cronbach (α)	0,67	0,79	0,64	0,71	0,61	0,65	

* 10, 501 (carga fatorial mínima considerada para interpretação dos fatores). Fatores: 1 - Neutralização; 2 - Limpeza; 3 - Obsessão; 4 - Organização; 5 - Acumula.

O fator I ficou composto por cinco itens, com saturação de 0,58 (Verifico repetidamente gás, torneiras e interruptores após tê-los desligados) a 0,68 (É difícil tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos). Seu *eigenvalue* foi de 4,83, justificando 26,81% da variância total, com índice de consistência interna (α) de 0,67. Esses dados constituem o fator neutralização.

O fator II reuniu dois itens, com saturação de 0,86 para ambos (“Às vezes eu tenho que me lavar porque me sinto contaminado” e “Lavo minhas mãos mais que o necessário”). Seu *eigenvalue* foi de 1,54 e sua variância total representou 8,56 %, com índice de consistência interna (α) de 0,79. Esses dados referem-se ao fator de Limpeza.

O fator III reuniu três itens com saturação entre 0,65 (Frequentemente começo pensamentos indecentes dos quais é difícil livrar-me) e 0,82 (Tenho dificuldade em controlar meus próprios pensamentos). Apresentou *eigenvalue* de 1,39, representando 7,69% da variância total. Seu índice de consistência interna (α) foi de 0,64. Esse fator foi denominado de Obsessão.

O fator IV constituiu-se de três itens. Este fator apresentou saturação de 0,65 (Aborreço-me se os outros mudam como organizei as coisas) a 0,82 (Aborreço-me se os objetos não forem organizados corretamente). O *eigenvalue* foi de 1,29 correspondendo a 7,17% da variância total explicada, tendo índice de consistência interna (α) de 0,71. Essa estrutura corresponde ao fator de Organização.

O fator V englobou três itens, com saturação entre 0,55 (Sinto-me impulsionado a contar quando estou fazendo as coisas) e 0,83 (Evito jogar as coisas fora porque fico receoso que eu possa necessitar delas mais tarde). Nele o *eigenvalue* encontrado foi de 1,09 explicando 6,07% da variância total, com índice de consistência interna (α) de 0,61. Esse fator foi nomeado como Acúmulo.

Por fim, o fator VI, composto por quatro itens, obteve saturação de 0,54 (Verifico repetidamente gás, torneiras e interruptores após tê-los desligados) a 0,78 (Verifico as coisas mais vezes que o necessário). Seu *eigenvalue* foi de 1,00, correspondendo a 5,56% da variância total explicada. Seu índice de consistência interna (α) foi de 0,65. Esse fator foi chamado de Checagem.

DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi a validação para a língua portuguesa no contexto brasileiro do Inventário de Obsessão-Compulsão (Foa et al., 2002), através da exploração de suas propriedades psicométricas.

Esse estudo se apresentou relevante na medida em que existe uma alta prevalência na sociedade de pessoas que portam o TOC, além da existência da demanda relativa a instrumentos práticos e adequados que avaliem e possam auxiliar na compreensão da sintomatologia desse transtorno (Mataix-Cols, Rosário-Campos e Leckman, 2005), o que posteriormente interfere diretamente nas possíveis intervenções que devem ser realizadas (Maia et al., 1999). Deste modo, a presente escala validada terá grande importância para os profissionais que lidam com o transtorno em questão.

Com 0,50 de carga fatorial mínima considerada para interpretação dos fatores foram encontrados valores consideráveis na diferenciação de um fator em relação aos outros. Os valores próprios (*eigenvalue*) foram também satisfatórios, mostrando-se superiores ou iguais a 1,00. Os valores de consistência interna não foram citados na validação original da escala, o que impede uma comparação direta dos dados. Os índices desse estudo demonstraram ser adequados.

Os presentes resultados não corroboram os estudos de validação do *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory* e do *Leighton Inventory*, que segundo Araújo (1998) não possuíam especificidade, nem confiabilidade estatística satisfatórias, além de não serem amplos suficientes quanto às formas clínicas do TOC. Neste estudo, os fatores de Limpeza e Organização, por exemplo, tiveram alfas superiores a 0,70, o que é considerado pela literatura como ideal; os demais apresentaram valores superiores a 0,60, o que pode ser considerado aceitável (Pasquali, 1998; 2001).

Foi perceptível a compreensão dos itens por parte dos respondentes devido a obtenção de valores psicométricos satisfatórios, com a ressalva que alguns itens foram deslocados da análise do instrumento original, como o item cinco (Encontro dificuldade em tocar um objeto quando sei que foi tocado por estranhos ou determinadas pessoas) que no inventário de Foa et al. (2002) fazia parte do fator Limpeza e na validação em português, passou a fazer parte do fator Neutralização.

O item 1 (Mantenho da mesma forma as coisas que dão certo) originalmente do fator Acúmulo, passou a fazer parte do fator Checagem. Quanto ao item quatro (Sinto-me impulsionado a contar quando estou fazendo as coisas) que fazia parte do fator Neutralização, na presente validação foi integrado ao fator Acúmulo, provavelmente devido ao fato dos itens de Neutralização, na escala original, tratarem de quantidades. Além disso, o conceito de Acúmulo (como característica compulsiva) faz também referência a quantidades. Já os itens 8 (Verifico repetidamente portas, janelas, gavetas etc.) e 14 (Verifico repetidamente gás, torneiras

de água e interruptores de luz após tê-los desligados) se enquadram melhor no fator Neutralização.

O TOC se divide entre as categorias de obsessão e compulsão. Deste modo, os fatores se distribuíram de modo que no fator obsessão correlacionaram-se itens que consideravam o controle do pensamento, como apresentado pela literatura (Mansur et al., 2004; Foa et al., 2005) No que se refere à compulsão os fatores foram divididos de acordo com as temáticas mais típicas manifestadas pelo TOC. Já o fator Neutralização agregou itens nos quais o comportamento apresentado neutralizava de algum modo os pensamentos obsessivos perturbadores para os indivíduos (Pinto et al., 1998; Vermes e Zamignani, 2002; González, 1999).

O fator Limpeza agregou variáveis que tratavam do medo da contaminação por germes ou outros seres patológicos, receando a aquisição de doenças. Integrando os itens de Acúmulo este fator caracterizou-se pelo amontoamento de objetos desnecessários ocasionado por uma sensação de necessidade destes em algum momento futuro.

Na Checagem, o fator reuniu variáveis que tratam de uma contínua verificação das coisas. Determinados itens que se enquadravam como Checagem no manuscrito original se enquadraram no fator de Neutralização neste estudo, o que pode ser explicado pelo fato de que a checagem, assim como outros comportamentos compulsivos, é uma forma de neutralizar os pensamentos obsessivos. É tanto que uma bifatorialidade foi encontrada nos itens oito e 14 deslocados. Essas variações estão de acordo com Ferrão et al. (2004) quanto à dificuldade de classificação das temáticas do TOC visto a grande quantidade de conteúdos obsessivos e compulsivos presentes nesse transtorno. A principal vantagem desse instrumento em comparação a outros amplamente utilizados, como a Escala de Yale Brow (Goodman et al., 1989a; Goodman et al., 1989b), é a praticidade de ser um instrumento curto e autoaplicável, e ainda assim ser abrangente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Grande parte dos instrumentos de avaliação do TOC não considera as peculiaridades existentes entre os diferentes sintomas que constituem esse transtorno. A distinção entre os variados tipos de conteúdos das obsessões e compulsões do TOC é um desafio de grande importância para o processo de avaliação e de tratamento psicoterapêutico. O alto nível de perturbação psicológica e de comprometimento psicossocial impele que novas formas mais práticas e efetivas de avaliação dos indivíduos que possuem o

TOC sejam desenvolvidas. O implemento de escalas que avaliem os subtipos de TOC podem interferir de maneira prática para os pacientes acometidos, tanto na realização mais rápida e precisa dos diagnósticos quanto no planejamento de tratamentos mais adaptados e específicos.

Ainda que se trate de um estudo exploratório e preliminar, pelos dados obtidos pode-se concluir que o Inventário de Obsessão-Compulsão em sua versão na língua portuguesa no contexto brasileiro possui qualidades psicométricas adequadas. Desse modo, essa escala se mostra útil em ajudar numa melhor compreensão desse transtorno cada vez mais comum na sociedade. Futuros estudos precisam ser realizados para um maior refinamento dos dados obtidos. Sugere-se para esses novos estudos a aplicação do instrumento em populações de pacientes com TOC, bem como o estudo da fidedignidade do mesmo através de teste/reteste, por exemplo, em pacientes e em um grupo controle com indivíduos sem o referido transtorno.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [DSM-IV]. (1995). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, L. A. (1998). Escalas de avaliação do transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 307-309.
- Asbahr, F. R. (1998). Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 310-319.
- Ferrão, Y. A., Aguiar, P. R. D. C., Minuzzi, L., Grillo, R., Lopes, R. & Rosa, R. (2004). Características clínicas e história familiar em pacientes ambulatoriais com transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3), 274-279.
- Foa, E. B., Kozac, M. J., Salkovskis, P., Coles, M. E. & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. *Psychological Assessment*, 10(3), 206-214.
- Foa, E. B. et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal Psychiatry*, 162(1), 151-161.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiber, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496.
- Fontenelle, L., Marques, C. & Versiani, M. (2002). The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 7-11.
- González, C. H. (1999). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(Supl 2), 29-32.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R. & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Lopes, A.C., Mathis, M.E., Canteras, M.M., Salvajoli, J.V., Del Porto, J.A. & Miguel, E.C. (2004). Atualização sobre o tratamento neurocirúrgico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 62-66.
- Mansur, C.G.S., Cabral, S.B., Sartorelli, M.C.B., Lopes, A.C., Miguel Filho, E.C., Bernik, M.A., Marcolin, M.A. (2004). Aplicação da estimulação magnética transcraniana de repetição no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(5), 257-261.
- Mataix-Cols, D., Rosário-Campos, M. C. & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- Maia, A. S. S. F., Barbosa, E. R., Menezes, P. R. & Miguel Filho, E. C. (1999). Relationship between obsessive-compulsive disorders and diseases affecting primarily the basal ganglia. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, 54(6), 213-221.
- Mercadante, M.T., Miguel E.C. & Gentil V. (1996). Abordagem farmacológica do transtorno obsessivo-compulsivo. In E.C. Miguel (Ed.). *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: Diagnóstico e tratamento* (pp. 86-97). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Miranda, M. A. & Bordin, I. A. (2001). Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl 2), 10-12.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206-213.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico – TEP: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Petribú, K. (2001). Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl 2), 17-20.
- Pinto, A.S., Maia, A., Barbosa E., Menezes P.R., Prado, J. & Miguel Filho, E. C. (1998). Parkinson 's disease and obsessive-compulsive symptoms. In R. Nitri & L.R. Machado (Orgs). XVIII Congresso Brasileiro de Neurologia, São Paulo, SP, *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56, 209.
- Torres, A. & Smaira, S.I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (Supl 2), 6-9.
- Torres, A. R. & Lima, M. C. P. (2005). Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: Uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3), 237-242.
- Torres, A. R. & Shavitt, R. G. (1999). Nova escala de avaliação de TOC. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(4), 194-195.
- Vermes, J.S. & Zamignani, D.R. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: Estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 4(2), 135-149.

Recebido em: 26-04-2010. Aceito em: 12-05-2011.

Autores:

Jandilson Avelino da Silva – Doutorando em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Psicólogo Clínico Cognitivo Comportamental pela UFPB.
 Deise Bernardo da Costa – Psicóloga Clínica Cognitivo Comportamental pela UFPB.
 Maria Luíza Tomaz Bezerra Vicente – Psicóloga Hospitalar pela UFPB.
 Thyala Maria Alexandre Lourenço – Psicóloga Hospitalar pela UFPB.

Enviar correspondência para:

Jandilson Avelino da Silva
 Rua Rejane Freire Correia, 995 – Apt. 103
 CEP 58052-197, João Pessoa, Paraíba, Brasil
 E-mail: jandilsonsilva@gmail.com