



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SOFIA SILVEIRA CARVALHO

***Perturbação Obsessivo-Compulsiva:
O Impacto da Pandemia COVID-19***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOÃO FERREIRA DE MACEDO E SANTOS
DR.ª JOANA CAROLINA TEIXEIRA ANDRADE

ABRIL/2021

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Perturbação Obsessivo-Compulsiva: O Impacto da Pandemia COVID-19

Sofia Silveira Carvalho¹

Joana Carolina Teixeira Andrade^{1,2}

António João Ferreira de Macedo e Santos^{1,2}

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Morada Institucional:

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Polo III – Polo das Ciências da Saúde
Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548 Coimbra

Endereço eletrónico: sofiasilcarvalho@gmail.com

Índice

Lista de Abreviaturas	4
Resumo	5
<i>Abstract</i>	7
Introdução.....	9
Métodos.....	12
Amostra e recolha de dados	12
Instrumentos	13
Análise estatística.....	14
Resultados.....	14
Discussão	19
Agradecimentos	23
Referências Bibliográficas.....	24
Anexos.....	26

Lista de Abreviaturas

AIQ - Amplitude Interquartil

BDI-II - *Beck Depression Inventory-II*

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

COVID-19 - *Coronavirus disease 2019*

DP - Desvio Padrão

DSM-5 - *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*

FCV-19S - *Fear of COVID-19 Scale*

IQR - *Interquartile Range*

OCD - *Obsessive-compulsive disorder*

OMS - Organização Mundial de Saúde

POC - Perturbação Obsessivo-compulsiva

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2*

Y-BOCS - *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*

Y-BOCS-SC - *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist*

Resumo

Introdução: Com a declaração do surto da doença COVID-19 como pandemia, tomaram-se medidas de saúde pública. Estas, apesar de imprescindíveis, têm consequências negativas na saúde mental da população, especialmente na daqueles que sofriam previamente de patologia psiquiátrica. No caso da Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC), o ambiente pandémico poderá traduzir-se numa exacerbação da sua sintomatologia. Este estudo pretendeu analisar o impacto da pandemia COVID-19 na gravidade dos sintomas da POC.

Métodos: Estudo observacional, analítico e retrospectivo, realizado entre setembro de 2020 e janeiro de 2021, no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista a uma amostra de 30 doentes, com a aplicação das seguintes escalas: *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist* (Y-BOCS-SC); *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS); *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S) e *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). Na aplicação da escala Y-BOCS, pediu-se a cada participante que, primeiramente, respondesse de acordo com o que sentia no momento da entrevista e, posteriormente, em concordância com o que sentia antes do início da pandemia. Avaliaram-se, ainda, variáveis demográficas e possível alteração da terapêutica durante a pandemia.

Resultados: Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a gravidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva (*score* total da Y-BOCS) durante a pandemia, em relação ao período pré-pandémico ($p=.358$). Apurou-se ainda que, durante a pandemia, os doentes apresentaram sintomatologia depressiva leve (mediana do *score* do BDI-II = 15,0 (AIQ=19) pontos) e medo moderado da COVID-19 (mediana do *score* da FCV-19S = 13,0 (AIQ=9) pontos). Os indivíduos que experienciaram melhoria da sintomatologia eram mais velhos ($p=.035$) e a frequência de doentes casados era superior ($p=.048$), relativamente aos grupos em que se verificou manutenção ou agravamento dos sintomas.

Discussão: Os resultados obtidos não validaram a hipótese em estudo, podendo dever-se ao facto de os doentes terem encontrado na pandemia COVID-19 validação externa e interna para os seus sintomas. Outras possibilidades são o agravamento do quadro clínico não ser imediato, ter havido uma diminuição do *insight* com conseqüente redução do relato dos sintomas ou ainda a circunstância de estarem mais confinados a ambientes sobre os quais têm maior controlo.

Conclusão: Especificamente nesta amostra, a pandemia COVID-19 parece não ter contribuído para uma exacerbação da sintomatologia obsessivo-compulsiva. Contudo, não é de excluir que alguns doentes com POC possam sofrer um agravamento do seu quadro clínico, sendo imprescindível manter um acompanhamento médico próximo de todos estes indivíduos.

Palavras-chave: Coronavírus; COVID-19; Pandemia; Perturbação Obsessivo-Compulsiva;
Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

Abstract

Introduction: With the official declaration of COVID-19 disease as a pandemic, public health measures were taken. These, although essential, have negative consequences on the mental health of the population, especially on those who previously suffered from mental health problems. Regarding obsessive-compulsive disorder (OCD), it was expected that the pandemic environment could be translated into an exacerbation of its symptoms. This study aimed to analyze the impact of COVID-19 pandemic on the severity of OCD symptoms.

Methods: An observational, analytical, and retrospective study was developed between September 2020 and January 2021, at the Psychiatry Department of the *Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*. To obtain the data, a sample of 30 patients was interviewed and the following assessment tools were applied: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist (Y-BOCS-SC); Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS); Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S); and Beck Depression Inventory-II (BDI-II). When applying the Y-BOCS, each participant was asked to first answer according to what they felt at the time of the interview and, afterwards, in agreement with what they felt before the pandemic. Demographic variables and possible changes in therapy during the pandemic were also evaluated.

Results: There were no significant differences between the severity of obsessive-compulsive symptoms (Y-BOCS score) during the pandemic, in comparison with the pre-pandemic period ($p=.358$). It was also found that, during the pandemic, patients had mild depressive symptoms (BDI-II score's median = 15,0 (IQR=19)) and moderate fear of COVID-19 (FCV-19S score's median = 13,0 (IQR=9)). The individuals who experienced improvement of the OCD symptomatology during the pandemic were older ($p=.035$) and the frequency of married patients was higher ($p=.048$), compared to groups of patients that experienced maintenance or worsening of OCD symptoms.

Discussion: The results obtained did not validate the study hypothesis, which may be due to the fact that patients have found in COVID-19 pandemic external and internal validation for their symptoms. Other possibilities are the aggravation of OCD not occurring immediately, a decrease in the insight with a consequent reduction in the reporting of symptoms, or even the fact that they are more confined to environments over which they have greater control.

Conclusion: The COVID-19 pandemic, specifically in this sample, does not seem to have contributed to an exacerbation of obsessive-compulsive symptoms. However, we cannot exclude that, in some patients with OCD, their clinical condition may worsen, and therefore it is essential to maintain close medical monitoring of all these individuals.

Keywords: Coronavirus; COVID-19; Obsessive-compulsive disorder; Pandemic; Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale

Introdução

A *Coronavirus disease 2019* (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus denominado *Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2* (SARS-CoV-2), identificado pela primeira vez na China, na cidade de Wuhan, em finais de 2019. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tomou conhecimento deste novo vírus a 31 de dezembro de 2019 e a 11 de março de 2020 declarou o surto da doença COVID-19 como pandemia, tendo sido tomadas medidas extraordinárias de Saúde Pública, globalmente, com o objetivo de mitigar as consequências desta nova infeção.

A COVID-19 afeta predominantemente o trato respiratório e a sua apresentação varia desde infeção assintomática a pneumonia viral grave, síndrome respiratória aguda grave e/ou septicémia, podendo culminar em morte. Está descrita uma multiplicidade de sintomas como dispneia, cefaleia e perda/diminuição do olfato e paladar, sendo os mais frequentes febre, tosse seca e fadiga. Cerca de 80% dos indivíduos sintomáticos recuperam totalmente, sem recurso a cuidados médicos. Os restantes apresentam quadros mais severos, com necessidade de cuidados hospitalares.¹⁻³ Perante esta nova infeção, houve a necessidade de implementar medidas, mundialmente, de forma a conter a sua expansão, como o distanciamento social; higiene das mãos, com desinfeção e/ou lavagem regular (considerada das medidas mais importantes); medidas de higiene respiratória, como o uso de máscaras; quarentena profilática e isolamento, bem como confinamento em massa e encerramento de fronteiras.⁴ Portugal não foi imune a esta realidade e a 18 de março de 2020 declarou o primeiro Estado de Emergência.⁵

As medidas elencadas, apesar de muito importantes para a contenção da doença infecciosa, não deixam de ter um impacto psicológico negativo na população em confinamento/quarentena. Assim, apresentam-se como stressores com consequências dramáticas na saúde mental, devido, principalmente, à separação do círculo social, à perda de liberdade e aos sentimentos de medo, incerteza e insegurança.⁶ Vários estudos, levados a cabo em países como a China, Itália, Espanha, Dinamarca, Irão, Estados Unidos da América, Turquia e Nepal, mostraram que parece haver uma maior prevalência de sintomas psiquiátricos adversos *de novo* na população, comparativamente ao período pré-pandémico: ansiedade (6,33% a 50,9%), depressão (14,6% a 48,3%), stresse pós-traumático (7% a 53,8%), sofrimento psicológico (34,43% a 38%) e stresse (8,1% a 81,9%). São referidos como fatores de risco para um maior impacto psicológico o sexo feminino, idade inferior ou igual a 40 anos, desemprego, *status* de estudante e a presença de doenças crónicas e/ou psiquiátricas.⁷ Como seria de esperar, as pessoas que já tinham problemas de saúde mental prévios à pandemia, ficaram numa situação de maior vulnerabilidade, com a possibilidade de agravamento das suas condições clínicas.

Deste modo, a pandemia COVID-19 parece seguir a tendência de outras pandemias, que mostraram não serem apenas fenómenos biológicos ou médicos, estando associadas a inúmeras implicações psicossociais, afetando toda a sociedade, em particular os grupos de risco, dos quais se destacam os profissionais de saúde e os doentes mentais.^{4,7} Era uma evidência já conhecida de pandemias anteriores que os indivíduos com patologia mental estão mais propensos a recaídas, stresse, diminuição do autocuidado e ideação suicida.⁴ Assim, é compreensível que estes doentes constituam uma população particularmente sensível aos efeitos dos stressores externos relacionados com a pandemia COVID-19.

De acordo com o *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (2013), Portugal apresenta uma das mais elevadas prevalências de doenças psiquiátricas da Europa, com um valor global de 22,9%, que apenas é ligeiramente inferior à Irlanda, a qual ultrapassa os 23%.⁸ Destacam-se as perturbações da ansiedade, onde se incluía a Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC), atualmente classificada como entidade autónoma (Perturbação Obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas), pela 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (*Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition - DSM-5*). Desta forma, prevê-se que as consequências psicopatológicas da pandemia COVID-19, nomeadamente na população portuguesa, sejam de grande relevância, em particular para aqueles que sofrem de doenças psiquiátricas, como é o caso da POC.

A POC é, atualmente, uma das patologias psiquiátricas de maior prevalência. É uma doença crónica de etiologia incerta, clinicamente heterogénea e incapacitante, associada a comprometimento grave do bem-estar psicossocial e a interferência significativa no papel que o doente desempenha a nível familiar, social e profissional.^{9,10} Consequentemente, a OMS coloca-a na lista das dez patologias mais incapacitantes por perda de rendimento e diminuição da qualidade de vida.¹¹ A POC parece afetar os dois géneros de forma semelhante. Contudo, a idade de surgimento dos sintomas apresenta uma distribuição bimodal: os indivíduos com início mais precoce (infância) tendem a ser predominantemente do sexo masculino, contrariamente o género feminino predomina quando os sintomas surgem mais tardiamente (puberdade/início da vida adulta).^{9,10}

É uma doença que se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões que afetam negativamente o bem-estar do doente e do seu círculo social e familiar. As obsessões podem ser definidas como imagens, medos, pensamentos ou impulsos recorrentes, intrusivos e egodistónicos, que perturbam o doente causando níveis elevados de ansiedade. Já as compulsões são atos motores ou mentais repetitivos e estereotipados que o doente se sente compelido a realizar de modo a minimizar ou anular a ansiedade induzida pela obsessão. O doente fica, então, envolvido num ciclo vicioso que caracteriza a POC.^{9,10} As obsessões e as compulsões podem ser classificadas em diferentes tipos de acordo com o seu conteúdo,

originando-se vários subtipos clínicos da POC: obsessões relativas a dano devido a lesão, violência, agressão ou desastres naturais e compulsões relacionadas; obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas; obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e organização; obsessões de contaminação e compulsões de limpeza; obsessões e compulsões de acumulação e colecionismo; e, finalmente, obsessões e compulsões mistas.

Os doentes com POC parecem partilhar, ainda, alguns traços de personalidade/fatores de risco temperamentais, particularmente uma afetividade negativa elevada, um sentido de responsabilidade e uma escrupulosidade exagerados, propensão a internalizar os sintomas, perfeccionismo, intolerância à incerteza, tendência a sobrestimar a ameaça e autculpabilização. Por fim, é uma patologia que apresenta altas taxas de comorbilidades, ocorrendo frequentemente acompanhada de outras entidades clínicas neurológicas e/ou psiquiátricas como perturbações de ansiedade (76%) ou perturbações de humor (63%), nomeadamente perturbação depressiva major (41%) ou bipolar (42%).^{12,13}

À semelhança do que acontece com outras doenças psiquiátricas, qualquer desvio da normalidade poderá ser um fator precipitante para a descompensação da POC. A pandemia COVID-19 pode levar as autoridades de saúde e o círculo social do indivíduo a, inconscientemente, agravarem as obsessões e compulsões destes doentes. A normalização das precauções higiénicas ritualísticas pode desencadear ou reforçar os pensamentos obsessivos e/ou comportamentos compulsivos.¹⁴ Assim, o surto atual da COVID-19 parece representar um desafio único, quer para os doentes, pelo possível agravamento do seu quadro clínico, quer para os médicos, uma vez que a diferenciação entre aquilo que se considera um comportamento razoável, dado o cenário em questão, *versus* o que é patológico pode tornar-se muito difícil.³ Adicionalmente, pode surgir sintomatologia depressiva resultante do ambiente de medo e incerteza inerente à pandemia, contribuindo possivelmente para a exacerbação da POC.

A literatura atual tem se focado, principalmente, no impacto da pandemia na saúde mental da população em geral. Contudo, existem ainda poucos estudos sobre as suas consequências psicossociais e o possível agravamento das patologias psiquiátricas específicas, nomeadamente da POC.

Diversos autores especularam que os indivíduos com POC poderiam ser especialmente vulneráveis ao aumento do sofrimento psicológico associado aos inúmeros aspetos da pandemia COVID-19.^{4,14-16} No entanto, outros colocam a hipótese de se poder verificar o oposto, isto é, como estes doentes tendem a direcionar sua atenção para os seus próprios pensamentos, podem ser menos afetados por estes eventos externos. Adicionalmente, o facto de os sintomas da POC tenderem a ser específicos e subjetivos, pode fazer com que a existência de um novo vírus não aumente necessariamente o medo, por

exemplo, de contaminação. Além disso, a quarentena e o confinamento podem fazer com que os doentes se sintam mais protegidos ou que as suas preocupações, por exemplo, em torno da limpeza ou prevenção de danos, sejam de alguma forma socialmente "justificadas", e validadas proporcionando-lhes, conseqüentemente, algum alívio psicológico.¹⁷

O presente estudo propõe-se a avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nos doentes diagnosticados com POC, comparando a intensidade dos sintomas, bem como algumas conseqüências a nível do seu bem-estar, durante a pandemia, com o período anterior a esta. Desta forma, a hipótese em estudo é que os doentes com POC tenham experimentado um agravamento da sua condição, associado ou não a sintomatologia depressiva.

Métodos

Amostra e recolha de dados

Foi levado a cabo um estudo observacional, analítico e retrospectivo, entre setembro de 2020 e janeiro de 2021, no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Este recebeu parecer favorável por parte da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC (processo nº CHUC-164-20). Toda a informação recolhida foi anonimizada e as pessoas com acesso à mesma estão sujeitas a sigilo profissional.

Definiu-se uma amostra de conveniência composta por 30 doentes inscritos na consulta de POC do CHUC. Como critérios de inclusão consideraram-se: idade mínima de 18 e máxima de 65 anos, inclusive; ausência de alterações cognitivas diagnosticadas; capacidade de compreensão das escalas aplicadas; diagnóstico confirmado de POC e um seguimento em consulta de psiquiatria; ausência de perturbação da personalidade; e ausência de patologia neurológica.

Os dados foram obtidos através da realização de uma entrevista, preferencialmente presencial, com duração aproximada de 20 a 30 minutos. Na impossibilidade de contacto presencial, efetuaram-se por via telefónica. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora e investigadora principal. A participação ocorreu mediante assinatura de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo I), após explicado o carácter voluntário, inócuo e anónimo do estudo. Quando a entrevista decorreu por contacto telefónico, o consentimento informado assinado foi enviado via correio eletrónico.

Recolheram-se dados correspondentes a variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil e ocupação) e a alterações na terapêutica durante a pandemia COVID-19.

Instrumentos

Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação, pela ordem que se segue: *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Symptom Checklist* (Y-BOCS-SC) (Anexo II); *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) (Anexo III); *Fear of COVID-19 Scale* (FCV-19S) (Anexo IV) e *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) (Anexo V).

A Y-BOCS-SC (Goodman et al., 1989) foi aplicada com o intuito de identificar o conteúdo das obsessões e compulsões, permitindo determinar a tipologia clínica predominante de cada participante. Este questionário possibilitou, ainda, o reconhecimento, quer pelo participante, quer por quem iria dirigir a entrevista, de todos os sintomas obsessivo-compulsivos a serem avaliados. Seguidamente, empregou-se a Y-BOCS, também desenvolvida por Goodman et al. (1989), traduzida para a língua portuguesa por Asbahar et al. (1996), para quantificar e comparar a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos nos doentes diagnosticados com POC. A escolha desta escala deve-se não só ao facto de ser uma das mais utilizadas para o efeito, como também por não ser influenciada pelos diferentes tipos de obsessões e compulsões. Ademais, apresenta uma excelente fiabilidade, com elevada consistência interna, coeficiente α de Cronbach (α) de 0.89. É composta por 10 itens, 5 relativos às obsessões e 5 às compulsões, avaliando o tempo diário despendido, nível de interferência na vida social e profissional, nível de stresse provocado, resistência e perceção de controlo sobre os sintomas. A cada item é atribuída uma pontuação de 0 (sem sintomas) a 4 (sintomas extremos). Apenas os itens 5 e 10, relacionados com o controlo sob as obsessões e compulsões respetivamente, obtêm pontuação inversamente proporcional ao controlo (quanto mais elevada a pontuação menor o controlo descrito pelos doentes). A pontuação total varia entre 0 e 40 pontos.¹⁸ A cada participante foi pedido que, numa primeira fase, respondesse à Y-BOCS de acordo com o que sentia no momento da entrevista; segundamente, em concordância com o que sentia antes do início da pandemia, ou seja, anteriormente a 18 de março de 2020. Esta abordagem permitiu, comparar a intensidade dos sintomas durante a pandemia com o período pré-pandémico.

A FCV-19S (Ahorsu et al., 2020), traduzida para a língua portuguesa por Cabaços et al. (2021), foi utilizada com objetivo de determinar um possível fator condicionante do agravamento da sintomatologia durante a pandemia COVID-19. Esta escala permite avaliar o medo e preocupação em relação à COVID-19, podendo ser aplicada, de forma transversal, à população em geral. Apresenta fortes propriedades psicométricas, com uma consistência interna boa ($\alpha=0.82$). É constituída por 7 itens, cada um pontuado de 1 a 5 (1 - “Discordo totalmente” a 5 - “Concordo totalmente”), originando um *score* total que pode variar de 7 a 35 pontos. Quanto mais elevado o *score* total, maior o medo em relação ao novo coronavírus.¹⁹

Por fim, aplicou-se o BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996), traduzido para a língua portuguesa, para avaliar a gravidade de possíveis sintomas depressivos que condicionassem um eventual agravamento da sintomatologia obsessivo-compulsiva. Este foi o instrumento selecionado para o efeito por já ser utilizado em larga escala mundialmente, apresentando validade e fiabilidade elevadas, com uma consistência interna excelente ($\alpha=0.91$). É constituído por 21 itens de escolha múltipla, com 4 alíneas cada, à exceção de 2 itens (16 e 18) que possuem 7 alíneas. Foi solicitado aos participantes que respondessem a cada pergunta com base no que tinham sentido durante as duas semanas precedentes ao momento da entrevista. De acordo com a alínea escolhida, cada item é pontuado de 0 a 3, pelo que a pontuação total poderá variar entre 0 e 63.²⁰ É importante destacar que a presença de sintomas depressivos não reflete um diagnóstico clínico de depressão.

Análise estatística

A normalidade das distribuições foi analisada através do teste *Shapiro-Wilk*. Para cada variável contínua foi calculada a média, desvio-padrão, mínimo e máximo, quando a sua distribuição era normal. Quando não se verificou a normalidade da variável, calculou-se a mediana e amplitude interquartil (AIQ). Para as variáveis categóricas calcularam-se as frequências relativa (%) e absoluta (n). A comparação das pontuações da escala Y-BOCS antes e durante a pandemia COVID-19 foi executada com recurso ao teste t para amostras emparelhadas. O Coeficiente de Correlação de *Spearman* foi usado para estudar a relação entre a escala Y-BOCS, BDI-II e FCV-19S. Os testes qui-quadrado, *Fisher*, ANOVA e *Kruskal-Wallis* foram usados para determinar associações e diferenças significativas das variáveis demográficas entre doentes com agravamento, estabilidade e melhoria da sintomatologia da POC. O Teste de *Wilcoxon Signed-Rank* foi aplicado para a avaliar diferenças entre as pontuações de cada item da Y-BOCS, antes e durante a pandemia COVID-19, nos indivíduos que verificaram melhoria e agravamento da sintomatologia. A análise estatística foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS), versão 25, adotando-se um nível de significância α definido a 0.05.

Resultados

O estudo inclui um total de 30 doentes diagnosticados com POC, entrevistados presencialmente (46,7%, n=14) e por via telefónica (53,3%, n=16). A Tabela 1 apresenta as características demográficas e clínicas da amostra. A maioria dos doentes é do sexo masculino (53,3%, n=16), com uma idade média de $34,4 \pm 11,1$ anos (mínimo 19 e máximo de 56), solteiro (53,3%, n=16) e empregado (56,7%, n=17). A tipologia clínica da POC mais frequentemente registada corresponde à mista (53,3%, n=16), seguindo-se a de contaminação e limpeza (33,3%, n=10), enquanto apenas 1 doente (3,3%) apresenta o

fenótipo de “dano devido a lesão, violência, agressão ou desastres”. Não existiram doentes com tipologia de “obsessões sexuais e religiosas e compulsões relacionadas” ou “obsessões e compulsões de acumulação e colecionismo”.

TABELA 1 | Caraterísticas demográficas e clínicas da amostra

Variável, % (n)	(n=30)
Sexo	
Masculino	53,3 (16)
Feminino	46,7 (14)
Idade (anos), média±DP	34,4±11,1
Estado civil	
Solteiro	53,3 (16)
Casado/União de Facto	33,3 (10)
Divorciado	13,3 (4)
Ocupação	
Empregado	56,7 (17)
Estudante	20,0 (6)
Desempregado	16,7 (5)
Reformado	6,7 (2)
Alteração da Terapêutica	36,7 (11)
Modalidade da Entrevista	
Pessoalmente	46,7 (14)
Telefónica	53,3 (16)
Tipologia Clínica	
Dano devido a lesão, violência, agressão ou desastres	3,3 (1)
Simetria, ordem, contagem e organização	10,0 (3)
Contaminação e limpeza	33,3 (10)
Mista	53,3 (16)
Escalas, mediana (AIQ)	
BDI-II	15,0 (19)
FCV-19S	13,0 (9)

AIQ, Amplitude Interquartil; BDI-II, *Beck Depression Inventory – Second Edition*; DP, desvio-padrão; FCV-19S, *Fear of COVID-19 Scale*.

O BDI-II apresenta uma mediana de 15,0 (AIQ=19) pontos o que significa que os doentes com POC, globalmente, durante a pandemia, apresentaram sintomatologia depressiva leve (14-19 pontos). O estudo da FCV-19S mostra uma mediana de 13,0 (AIQ=9) pontos, apontando para um medo moderado em relação à infeção por COVID-19.

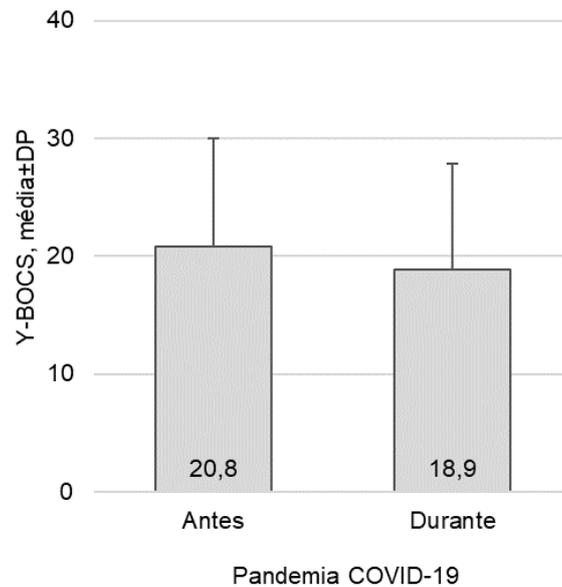


GRÁFICO 1 | Evolução do score total Y-BOCS antes e durante a pandemia COVID-19

DP, desvio-padrão; Y-BOCS, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*

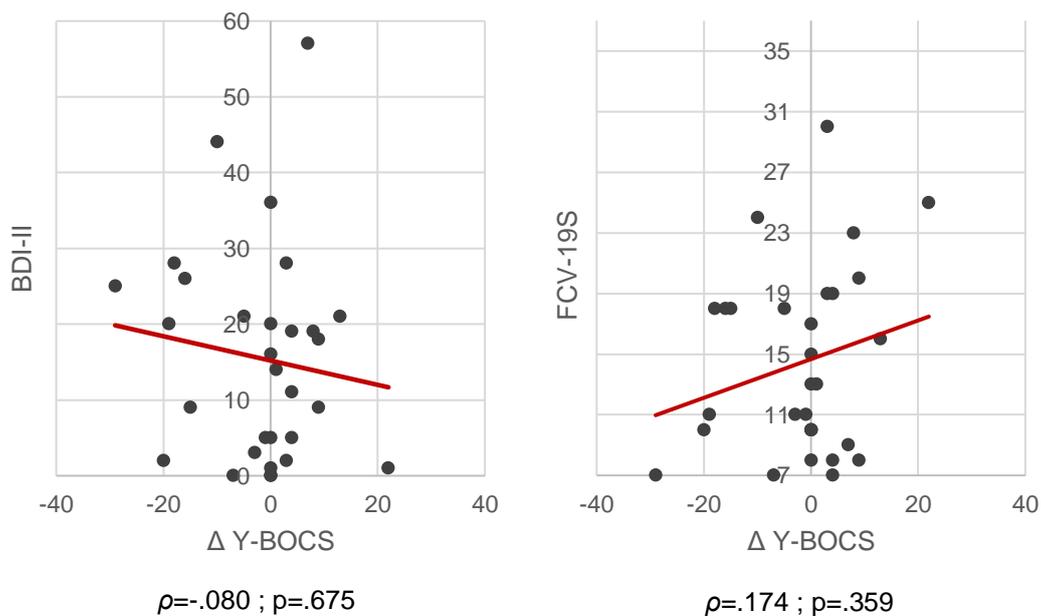


FIGURA 1 | Correlação (ρ) entre a variação do score Y-BOCS (Δ Y-BOCS), a escala BDI-II (à esquerda) e a escala FCV-19S (à direita)

BDI-II, *Beck Depression Inventory – Second Edition*; FCV-19S, *Fear of COVID-19 Scale*; Y-BOCS, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*

TABELA 2 | Características demográficas e clínicas de acordo com a alteração na escala Y-BOCS antes e durante a pandemia COVID-19

Variável, % (n)	Alteração na escala Y-BOCS			Valor p
	Melhoria (n=11)	Estabilidade (n=7)	Agravamento (n=12)	
Sexo				.144
Masculino	45,5 (5)	85,7 (6)	41,7 (5)	
Feminino	54,5 (6)	14,3 (1)	58,3 (7)	
Idade (anos), média±DP	41,1±9,1	29,7±9,9	31,0±11,1	.035
Estado civil				.048
Solteiro	18,2 (2)	85,7 (6)	66,7 (8)	
Casado/União de Facto	54,5 (6)	14,3 (1)	25,0 (3)	
Divorciado	27,3 (3)	0,0 (0)	8,3 (1)	
Ocupação				.063
Empregado	54,5 (6)	28,6 (2)	75,0 (9)	
Estudante	0,0 (0)	42,9 (3)	25,0 (3)	
Desempregado	36,4 (4)	14,3 (1)	0,0 (0)	
Reformado	9,1 (1)	14,3 (1)	0,0 (0)	
Alteração da Terapêutica	36,4 (4)	28,6 (2)	41,7 (5)	.849
Modalidade da Entrevista				.274
Pessoalmente	45,5 (5)	71,4 (5)	33,3 (4)	
Telefónica	54,5 (6)	28,6 (2)	66,7 (8)	
Tipologia Clínica				.250
Dano devido a lesão, violência, agressão ou desastres	0,0 (0)	0,0 (0)	8,3 (1)	
Simetria, ordem, contagem e organização	27,3 (3)	0,0 (0)	0,0 (0)	
Contaminação e limpeza	36,4 (4)	28,6 (2)	33,4 (4)	
Mista	36,4 (4)	71,4 (5)	58,3 (7)	
Escalas, mediana (AIQ)				
BDI-II	20,0 (23)	5,0 (20)	16,0 (15)	.449
FCV-19S	11,0 (8)	10,0 (5)	17,5 (14)	.394

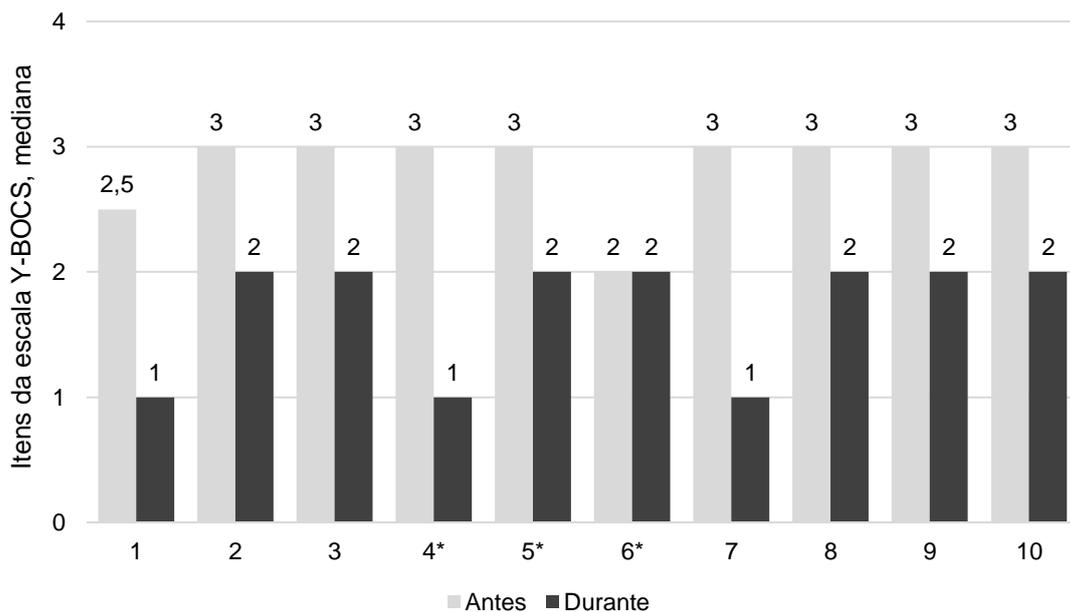
AIQ, Amplitude Interquartil; BDI-II, *Beck Depression Inventory – Second Edition*; DP, desvio-padrão; FCV-19S, *Fear of COVID-19 Scale*; Y-BOCS, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*.

Os valores a negrito correspondem às variáveis cujo valor de p é inferior ao nível de significância ($p < .05$).

O Gráfico 1 compara o score Y-BOCS médio antes ($20,8\pm 8,9$) e durante a pandemia COVID-19 ($18,9\pm 8,9$). Não se verifica uma diferença significativa na gravidade da sintomatologia da POC nestes doentes entre os dois momentos ($p=.358$).

De forma a determinar os fatores que motivaram as flutuações na sintomatologia, foram obtidos os coeficientes de correlação de *Spearman* entre a variação do score Y-BOCS antes e durante a pandemia (Δ Y-BOCS) e a gravidade da sintomatologia depressiva (score do BDI-II), bem como entre a Δ Y-BOCS e o score da FCV-19S (Figura 1). Estas correlações não são estatisticamente significativas ($p=.675$ e $p=.359$, respetivamente).

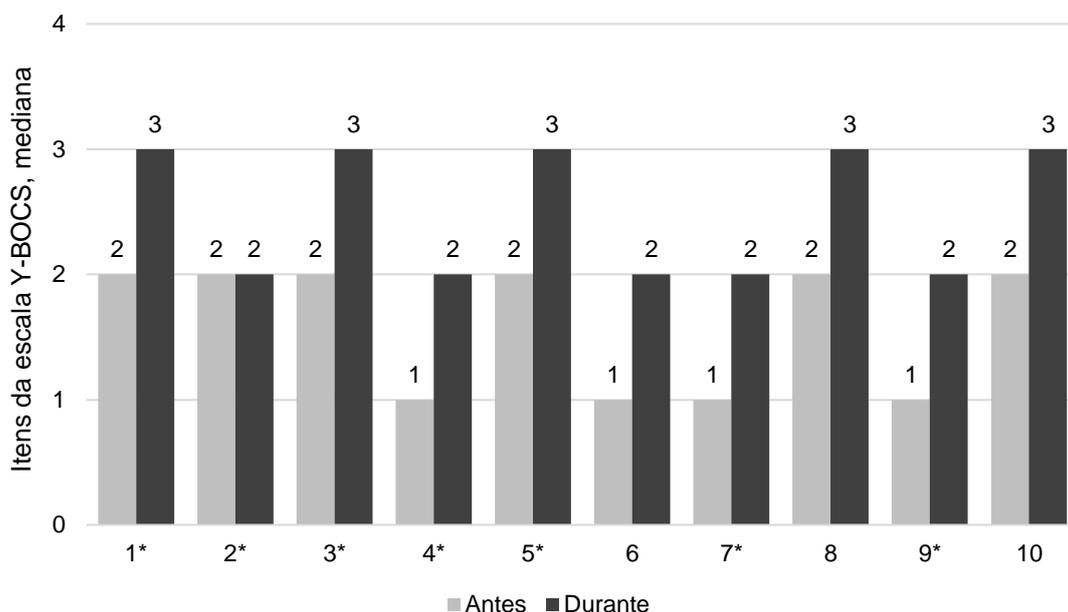
A Tabela 2 compara a distribuição das variáveis demográficas recolhidas entre os 12 doentes com agravamento (Δ Y-BOCS > 0), 7 com manutenção (Δ Y-BOCS = 0) e 11 com melhoria (Δ Y-BOCS < 0) do score Y-BOCS. Os doentes com melhoria da sintomatologia são significativamente mais velhos relativamente aos que mantiveram ou agravaram a severidade da POC ($p=.035$). A frequência de doentes casados é significativamente superior no grupo que registou uma melhoria dos sintomas (54,5%; $p=.048$), enquanto os doentes com estabilidade e agravamento da sintomatologia são principalmente solteiros. Não se registaram outras diferenças ou associações significativas face às restantes variáveis recolhidas, nomeadamente em relação à variável “tipologia clínica”.



* $p<.05$

GRÁFICO 2 | Evolução das respostas aos itens do score Y-BOCS antes e durante a pandemia COVID-19 nos doentes com melhoria da sintomatologia

Y-BOCS, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*



*p<.05

GRÁFICO 3 | Evolução das respostas aos itens do score Y-BOCS antes e durante a pandemia COVID-19 nos doentes com agravamento da sintomatologia

Y-BOCS, *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*

Foram avaliadas as possíveis diferenças nas pontuações de cada item da Y-BOCS antes e durante a pandemia COVID-19, nos grupos dos indivíduos que experienciaram melhoria e agravamento da sintomatologia obsessivo-compulsiva. Nos doentes que mostraram uma melhoria dos sintomas, há uma variação estatisticamente significativa ($p<.05$) das pontuações das questões 4, 5 e 6 (Gráfico 2). Isto traduz-se, respetivamente, numa diminuição da resistência às obsessões (item 4), aumento do grau de controlo sobre os pensamentos obsessivos (item 5) e uma diminuição do tempo gasto com comportamentos compulsivos (item 6). Naqueles que registaram um agravamento dos sintomas, há um aumento estatisticamente significativo da pontuação das questões 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 9 (Gráfico 3). Desta forma, neste grupo, verifica-se um aumento do tempo ocupado pelas obsessões (item 1), da interferência gerada pelos pensamentos obsessivos (item 2), do sofrimento relacionado com estes pensamentos (item 3), da resistência às obsessões (item 4) e às compulsões (item 9) e da interferência provocada pelas mesmas (item 7), bem como uma diminuição do grau de controlo sobre pensamentos obsessivos (item 5).

Discussão

Vários autores descrevem que a situação pandémica estará, possivelmente, associada a um agravamento da sintomatologia da POC.^{4,14-16} Contrariamente, não se verificou esta

tendência neste estudo. Apesar de aparentar haver uma melhoria global da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos entre os momentos antes e durante a pandemia (Gráfico 1), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao *score* total da Y-BOCS, entre estes dois períodos.

Alguns autores afirmam que o aumento dos sintomas pode não ser imediato, podendo levar meses para se manifestar totalmente. Em surtos prévios, como os da Síndrome Respiratória Aguda Grave (causada pelo vírus SARS-CoV1), Síndrome Respiratória do Médio Oriente (causada pelo vírus MERS-CoV) e Influenza, foi documentada uma exacerbação da POC, mas esta ocorreu principalmente dentro de 6 a 12 meses após o fim dos surtos.⁴ Assim, é possível que ainda se venha a verificar um agravamento da sintomatologia obsessivo-compulsiva nos grupos que atualmente experimentaram manutenção ou até melhoria destes sintomas. No entanto, também é plausível supor que este agravamento nunca venha a ocorrer e que, efetivamente, não se verifique um aumento da gravidade da sintomatologia nos doentes com POC.

Adicionalmente, não parece haver diferenças ou associações estatisticamente significativas entre a tipologia clínica e a exacerbação, ou não, da gravidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva. Estes resultados são coincidentes com os de outras publicações, como é o caso do estudo elaborado por Chakraborty e Karmakar (2020). Este avaliou o impacto da pandemia COVID-19 nos doentes com o subtipo de “obsessões de contaminação e compulsões de limpeza”, constatando que a maioria dos participantes não relatou deterioração do quadro clínico durante a pandemia. Observaram, ainda, que as medidas de higiene das mãos não agravaram a compulsão correspondente e que o medo da COVID-19 não exacerbou a obsessão de contaminação.²¹

Uma possível justificação para os resultados obtidos é o facto dos doentes que sofrem de POC terem encontrado na pandemia COVID-19 a validação externa e interna para os seus sintomas. Por um lado, uma validação por parte da sociedade para as suas obsessões e compulsões, enquanto por outro, uma justificação cognitiva para os sintomas, ao invés de considerá-los um problema. O incentivo da família em garantir medidas higiénicas rigorosas e o constante lembrar por parte dos meios de comunicação social sobre a possibilidade do vírus permanecer ativo em várias superfícies, pode ter funcionado, igualmente, como legitimação, por exemplo, das obsessões de contaminação e compulsões de limpeza. De um modo generalizado, verificou-se a normalização de atitudes de precaução exageradas e repetitivas em resposta à situação pandémica, validando comportamentos praticados anteriormente por estes doentes e dificultando a distinção entre o que antes era considerado patológico e o que é aceite, normalizado e até recomendado em fase pandémica. Por esta

razão, pode haver uma redução do *insight*, resultando numa diminuição do relato dos sintomas pelos doentes. Ademais, as medidas de mitigação da disseminação da COVID-19, a recomendação/obrigatoriedade do teletrabalho, o apelo constante por parte das autoridades à permanência em casa e a restrição do contacto com pessoas externas ao agregado familiar, pode ter afastado a “fonte” do problema. Os doentes viram-se, assim, confinados a um ambiente conhecido e sob o qual têm controlo, afastando-se dos estímulos desencadeantes dos pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. Para além disso, é importante notar que a amostra é composta por doentes seguidos por psiquiatras, a quem, na sua maioria, já foi instituída terapêutica farmacológica e/ou psicoterapia, pelo que poderão já ter alguma capacidade de adaptação a agressões externas. Desta forma, todas estas considerações poderão justificar o facto de alguns doentes terem experienciado uma melhoria dos sintomas obsessivo-compulsivos durante a pandemia. Estes relataram uma diminuição da resistência às obsessões, associada a um maior controlo sobre os pensamentos obsessivos e a uma redução do tempo despendido por dia com compulsões, comparativamente com o período pré-pandémico.

Por outro lado, nos doentes em que se verificou agravamento dos sintomas, houve um aumento do tempo ocupado com as obsessões, do sofrimento causado pelos pensamentos obsessivos e da interferência a nível social e/ou profissional gerada por estes pensamentos e compulsões. Verificou-se também um aumento da resistência quer às obsessões quer às compulsões, bem como uma diminuição do controlo dos doentes sobre os seus pensamentos obsessivos.

Estes dados permitem perceber que, apesar de globalmente não ser possível afirmar que a pandemia resultou num agravamento da sintomatologia da POC, é necessário ter em atenção que alguns indivíduos irão sofrer uma exacerbação do seu quadro clínico. Por esta razão, é essencial que haja um acompanhamento rigoroso destes doentes, de modo a atenuar ou até impedir esta progressão. Assim, é essencial aplicar de forma ponderada, consciente e correta as medidas de saúde pública para que se reduza ao máximo os efeitos negativos a estas associadas, particularmente a nível psicológico.

Apesar de alguns doentes terem alterado a sua medicação durante a pandemia, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente a esta variável entre os grupos de doentes que melhoraram, agravaram ou se mantiveram estáveis, durante a pandemia. Desta forma, possíveis ajustes na terapêutica não parecem justificar eventuais variações na gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos.

Os doentes que experimentaram melhoria sintomática durante a pandemia COVID-19 mostraram ser mais velhos quando comparados com os restantes grupos. Isto provavelmente

deve-se ao facto destes indivíduos já “conviverem” com a sua doença há mais tempo e, por isso, estarem mais aptos a tolerar stressores externos, como os associados ao ambiente de pandemia vivido. Este resultado está em concordância com o referido na revisão sistemática elaborada por Xiong et al. (2020), que sinaliza as idades jovens como um dos fatores de risco para sintomas psiquiátricos adversos na população geral.⁷ Além disso, verifica-se uma predominância de indivíduos casados no grupo de doentes com melhoria da sintomatologia, em relação aos que agravaram ou se mantiveram estáveis. Portanto, este estado civil pode funcionar como fator protetor para os doentes com POC face aos desafios da pandemia COVID-19.

O presente estudo mostrou ainda que, apesar do ambiente de insegurança e incerteza vivido mundialmente, os doentes com POC não parecem apresentar um medo exagerado da COVID-19, não se encontrando correlação entre a gravidade da POC e a pontuação da FCV-19S. Mesmo quando se compara entre os grupos de doentes que experimentaram agravamento dos sintomas obsessivo-compulsivos e os que se mantiveram estáveis ou melhoraram, não parece haver diferenças quanto ao medo em relação a esta nova doença. Conclusões semelhantes podem ser retiradas em relação à sintomatologia depressiva, isto é, não houve correlação entre o *score* do BDI-II e a variação do *score* Y-BOCS. Desta forma, pode-se extrapolar que o medo da COVID-19 e a existência de sintomas depressivos não aparentam estar na origem de variações da severidade da POC.

Os resultados retirados neste estudo parecem ir ao encontro dos apresentados em literatura recente. Littman et al. (2020) reporta não haver diferenças na gravidade da sintomatologia nem nas categorias dos sintomas entre as pessoas que relataram melhoria, agravamento ou manutenção dos mesmos. Reportou, também, não haver diferença entre estes grupos relativamente à idade, género, gravidade média dos sintomas e estado de medicação ou psicoterapia. Por fim, refere que os participantes que experimentaram agravamento dos sintomas da POC durante a pandemia não apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.¹⁷

Podem ser tomadas algumas considerações relativamente ao presente estudo. Em primeiro lugar, a colheita de dados baseou-se no autorrelato dos participantes. Está descrito que parte dos doentes com POC tendem a não relatar os seus sintomas, muitas vezes por vergonha, preferindo mantê-los em segredo.¹⁰ Assim, não é de excluir a possibilidade de alguns participantes terem optado por omitir ou mascarar parte da informação. Como mencionado anteriormente, o *insight* dos doentes com POC pode ter ficado comprometido pela normalização de determinados comportamentos em resposta à pandemia, condicionando, possivelmente, a diminuição da sua perceção acerca da gravidade dos sintomas e, conseqüentemente, redução do relato dos mesmos. Ademais, visto tratar-se de

um estudo retrospectivo, uma porção dos resultados é baseada na recordação e percepção de eventos passados por parte dos participantes, pelo que pode haver viés de memória. Adicionalmente, na amostra estudada não houve representatividade de todos os subtipos clínicos da POC. Por fim, a reduzida dimensão da amostra também pode, de alguma forma, comprometer os resultados.

Este estudo parece ser dos primeiros a avaliar o impacto da pandemia COVID-19 na população portuguesa e, especificamente, nos indivíduos diagnosticados com POC. Os resultados obtidos conferiram uma nova perspetiva relativamente a estes doentes. Contrariamente ao expectável, estes não viram os seus sintomas exacerbados, provando haver maior resiliência em relação a stressores externos. Apesar disso, o presente estudo enaltece também a importância de uma vigilância adequada dos indivíduos com esta patologia, uma vez que alguns sofreram efetivamente um agravamento da sua sintomatologia.

Estudos futuros, de maiores dimensões e a longo prazo, são necessários para aprofundar os conhecimentos trazidos por este acerca do impacto da pandemia COVID-19 nos indivíduos com POC, uma vez que as suas consequências podem variar dependendo da duração da pandemia e do local onde se realiza o estudo. Sabendo da alta taxa de comorbilidades associada a esta doença, é também importante o estudo de outras potenciais comorbilidades, quer a curto quer a longo prazo. Adicionalmente, pode ser relevante perceber se houve alteração da tipologia clínica ou do *insight* durante a pandemia em relação ao período anterior. Face aos resultados apresentados também pode ter interesse comparar o impacto psicológico nos doentes com POC em relação à restante população, adiantando-se a hipótese que este tenha sido inferior em doentes com esta patologia, por serem “especialistas pela experiência”.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Doutor António Macedo e à Dr.^a Joana Andrade pela orientação e colaboração durante a realização deste estudo.

Um agradecimento especial à minha família e amigos por todo apoio, imprescindível ao término deste trabalho.

Referências Bibliográficas

1. Perguntas Frequentes Categoria - COVID-19 [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/>
2. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
3. Benatti B, Albert U, Maina G, Fiorillo A, Celebre L, Girone N, et al. What Happened to Patients With Obsessive Compulsive Disorder During the COVID-19 Pandemic? A Multicentre Report From Tertiary Clinics in Northern Italy. *Front Psychiatry*. 2020;11.
4. Banerjee DD. The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. Vol. 288, *Psychiatry Research*. Elsevier Ireland Ltd; 2020. p. 112966.
5. Decreto do Presidente da República 14-A/2020, 2020-03-18 - DRE [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/130399862/details/maximized>
6. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–20.
7. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;277(July):55–64.
8. Almeida J, Xavier M, Cardoso G, Pereira M, Gusmão R, Corrêa B, et al. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1. ° Relatório. Lisboa; 2013.
9. Braz Saraiva C, Cerejeira J. *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel; 2014. 263–273 p.
10. Ferreira de Macedo A, Andrade J, Pereira AT. *Perturbação Obsessivo-Compulsiva: O insustentável peso da dúvida*. 1st ed. Lidel; 2016. 376 p.
11. Bobes J, González MP, Bascarán MT, Arango C, Sáiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2001;16:239–45.
12. San-Bento C. *PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA Revisão Bibliográfica*. Universidade da beira Interior; 2014.
13. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estratégias de Transtornos*

Mentais DSM-5. 2013. 948 p.

14. Rivera RM, Carballea D. Coronavirus: A Trigger for OCD and Illness Anxiety Disorder? *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2020;12(S1 (Aug)):1.
15. Hamada K, Fan X. The impact of COVID-19 on individuals living with serious mental illness. *Schizophr Res*. 2020;222:3–5.
16. Fontenelle LF, Miguel EC. The impact of coronavirus (COVID-19) in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2020;37:510–1.
17. Littman R, Naftalovich H, Huppert JD, Eyal Kalanthroff. Impact of COVID-19 on obsessive–compulsive disorder patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 74. 2020;74:659–73.
18. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Nov 1;46(11):1006–11.
19. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020;
20. Beck A, Steer R, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression 1 in Psychiatric Inventories -1A and - Outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588–97.
21. Chakraborty A, Karmakar S. Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *Iran J Psychiatry*. 2020;15(3):256–9.

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

 CHUC CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	IM-02.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 26 de 41

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

“Perturbação Obsessivo-Compulsiva: O Impacto da Pandemia COVID-19”

PROMOTOR:

Não aplicável

INVESTIGADOR COORDENADOR:

Prof. Doutor António Ferreira De Macedo

CENTRO DE ESTUDO CLÍNICO:

Centro Universitário e Hospitalar de Coimbra

INVESTIGADOR:

Sofia Silveira Carvalho

(aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra)

MORADA:

Rua Dr. Hugo Morreira, nº 12, 2º direito, 9500-792, Ponta Delgada.

CONTACTO TELEFÓNICO:

912044787

NOME DO PARTICIPANTE:

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque foi diagnosticado com Perturbação Obsessivo-Compulsiva e está inscrito na consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

As informações que se seguem destinam-se a esclarecê-lo acerca da natureza, alcance, consequências e risco do estudo, de modo a permitir que, depois de esclarecido, se encontre capaz de decidir participar, ou não, neste estudo.

Caso não tenha qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Se não quiser participar não sofrerá qualquer tipo de penalização. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário.

Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia, que deve guardar.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com o objetivo de analisar o impacto da pandemia da doença COVID-19 nos doentes inscritos na consulta de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) do Centro Universitário e Hospitalar de Coimbra, nomeadamente estudar possíveis alterações na intensidade dos seus sintomas durante a pandemia comparando com o período anterior a esta.

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e longitudinal, pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou tratamentos habituais.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PLANO E METODOLOGIA DO ESTUDO

Os dados serão obtidos a partir da aplicação de um inquérito constituído quatro questionários (*Y-BOCS Symptom Checklist*; *Y-BOCS Scale*; *Beck Depression Inventory-II*; Escala de Medo COVID-19), com duração de aproximadamente 20 a 30 minutos, de modo a estudar possíveis alterações na gravidade dos sintomas, durante a pandemia COVID-19, comparando com o período anterior a esta. Todos os doentes que aceitem participar no estudo, terão de assinar um termo de consentimento informado. Para a análise estatística irá ser utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences 25* (SPSS 25).

3. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

3.1 Responsável pelos dados

Sofia Silveira Carvalho

3.2 Recolha de dados

Os dados serão recolhidos através da aplicação de um inquérito presencialmente ou via contacto telefónico, consoante o doente se apresente de forma presencial na consulta e se verifiquem as condições de segurança necessárias à sua realização, tendo em conta a situação atual de pandemia.

3.3 Categorias de dados

Dados demográficos:

- Sexo
- Idade do doente
- Estado Civil
- Ocupação

Escalas a aplicar:

- *Y-BOCS Symptom Checklist*;
- *Y-BOCS Scale*;
- BDI-II;
- Escala de Medo COVID-19.

3.4 Tratamento de dados

Os dados serão tratados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences 25* (SPSS 25).

3.5 Medidas de proteção adotadas

A cada participante será atribuído um número único, utilizado somente para identificar os questionários. Estes estarão apenas disponíveis para a investigadora e coordenador principais, de modo a possibilitar a monitorização do estudo. Assim, os dados serão anonimizados, garantindo que nenhuma informação pessoal que permita identificação do participante seja divulgada. Qualquer informação que o identifique será guardada pelo médico coordenador do estudo e será mantida confidencial. A folha de identificação será destruída no final do estudo.

3.6 Prazo de conservação dos dados

Os formulários de consentimento e os dados informatizados electronicamente serão destruídos após cinco anos. Este período considera-se suficiente para a análise estatística dos dados e publicação/apresentação dos trabalhos científicos que possam derivar deste projeto.

3.7 Informação em caso de publicação

A informação recolhida no estudo será incluída numa base de dados computadorizada, anonimizada, e fará parte dos resultados do estudo que poderão ser apresentados publicamente ou publicados.

4. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O PARTICIPANTE

A participação neste estudo não acarretará nenhum risco para o doente, tendo em conta que não envolve qualquer alteração na medicação ou nos procedimentos de rotina, procedendo-se apenas à recolha de dados. Assim sendo, o único inconveniente poderá ser o dispêndio de cerca de 20 a 30 minutos para responder às questões colocadas.

5. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

A informação recolhida neste estudo irá contribuir para a expansão do conhecimento da comunidade médica acerca da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar futuramente aos doentes que se encontrem em situações semelhantes.

6. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

7. RESPONSABILIDADE CIVIL

Não se aplica

8. PARTICIPAÇÃO / RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalização ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

O consentimento entretanto retirado não abrange os dados recolhidos e tratados até a essa data.

O investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse continuar nele. A sua participação pode também terminar se o plano do estudo não estiver a ser cumprido. O investigador notificar-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias.

9. CONFIDENCIALIDADE

Será garantido o respeito pelo direito do participante à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais; devendo ainda ser assegurado que será cumprido o dever de sigilo e de confidencialidade a que se encontra vinculado, conforme disposto no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, de 08/08.

10 – DIREITO DE ACESSO E RETIFICAÇÃO

Pode exercer o direito de acesso, retificação e oposição ao tratamento dos seus dados. Contudo, este direito pode ser sujeito a limitações, de acordo com a Lei.

11. REEMBOLSO E/OU RESSARCIMENTO DO PARTICIPANTE

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, portanto, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

12. COMPENSAÇÃO DO CENTRO DE ESTUDO / INVESTIGADOR

Os Investigadores não receberão uma compensação financeira pelo seu trabalho na realização do estudo.

13. CONTACTOS

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Investigador	Sofia Silveira Carvalho
Morada	Rua Dr. Hugo Morreira, Nº 12, 2º Direito, 9500-792, Ponta Delgada.
Telefone	912044787
Email	sofiasilcarvalho@gmail.com

Se tiver dúvidas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, poderá contactar:

Presidente da Comissão de Ética do CHUC
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Mota Pinto, 3000 075 Coimbra
Telefone: 239 400 400
e-mail: secetica@chuc.min-saude.pt

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do Projeto de Investigação

“Perturbação Obsessivo-Compulsiva: O Impacto da Pandemia COVID-19”

Nome do Participante:

BI / CC:

Contactos:

Nome do Investigador: Sofia Silveira Carvalho

No âmbito da realização do Projeto de Investigação acima mencionado, declaro que tomei conhecimento:

- do conteúdo informativo anexo a este formulário e aceito, de forma voluntária, participar neste estudo;
- da natureza, alcance, consequências, potenciais riscos e duração prevista do estudo, assim como do que é esperado da minha parte, enquanto participante;
- e compreendi as informações e esclarecimentos que me foram dados. Sei que a qualquer momento poderei colocar novas questões ao investigador responsável pelo estudo;
- que o investigador se compromete a prestar qualquer informação relevante que surja durante o estudo e que possa alterar a minha vontade de continuar a participar;

- e. e aceito cumprir o protocolo deste estudo. Comprometo-me ainda a informar o investigador de eventuais alterações do meu estado de saúde que possam ocorrer (*quando aplicável*);
- f. e autorizo a utilização e divulgação dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e permito a divulgação desses resultados às autoridades competentes;
- g. que posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição, nos limites da Lei;
- h. que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem sofrer qualquer penalização. Sei também que os dados recolhidos e tratados até a essa data serão mantidos;
- i. que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha eventual saída prematura do estudo e se compromete a informar-me do respetivo motivo;
- j. que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Local e data:	Assinaturas
	Participante:
	Representante legal:
	Representante legal:
	Investigador (*): 

(*) Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, o alcance e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Anexo II – Y-BOCS-SC

Y-BOCS Symptom Checklist

Instructions: Generate a *Target Symptoms List* from the attached Y-BOCS Symptom Checklist by asking the patient about specific obsessions and compulsions. Check all that apply. Distinguish between current and past symptoms. Mark principal symptoms with a "p". These will form the basis of the *Target Symptoms List*. Items marked may "*" or may not be an OCD phenomena.

Current Past

- AGGRESSIVE OBSESSIONS**
- ___ ___ Fear might harm self
- ___ ___ Fear might harm others
- ___ ___ Violent or horrific images
- ___ ___ Fear of blurting out obscenities or insults
- ___ ___ Fear of doing something else embarrassing*
- ___ ___ Fear will act on unwanted impulses (e.g., to stab friend)
- ___ ___ Fear will steal things
- ___ ___ Fear will harm others because not careful enough (e.g. hit/run motor vehicle accident)
- ___ ___ Fear will be responsible for something else terrible happening (e.g., fire, burglary)

Other: _____

CONTAMINATION OBSESSIONS

- ___ ___ Concerns or disgust w/ with bodily waste or secretions (e.g., urine, feces, saliva) Concern with dirt or germs
- ___ ___ Excessive concern with environmental contaminants (e.g. asbestos, radiation toxic waste)
- ___ ___ Excessive concern with household items (e.g., cleansers solvents)
- ___ ___ Excessive concern with animals (e.g., insects)
- ___ ___ Bothered by sticky substances or residues
- ___ ___ Concerned will get ill because of contaminant
- ___ ___ Concerned will get others ill by spreading contaminant (Aggressive)
- ___ ___ No concern with consequences of contamination other than how it might feel

SEXUAL OBSESSIONS

- ___ ___ Forbidden or perverse sexual thoughts, images, or impulses
- ___ ___ Content involves children or incest
- ___ ___ Content involves homosexuality*
- ___ ___ Sexual behavior towards others (Aggressive)*
- ___ ___ Other: _____

HOARDING/SAVING OBSESSIONS

(distinguish from hobbies and concern with objects of monetary or sentimental value)

RELIGIOUS OBSESSIONS (Scrupulosity)

- ___ ___ Concerned with sacrilege and blasphemy
- ___ ___ Excess concern with right/wrong, morality
- ___ ___ Other: _____

OBSESSION WITH NEED FOR SYMMETRY OR EXACTNESS

- ___ ___ Accompanied by magical thinking (e.g., concerned that another will have accident dent unless less things are in the right place)
- ___ ___ Not accompanied by magical thinking

MISCELLANEOUS OBSESSIONS

- ___ ___ Need to know or remember
- ___ ___ Fear of saying certain things
- ___ ___ Fear of not saying just the right thing
- ___ ___ Fear of losing things
- ___ ___ Intrusive (nonviolent) images
- ___ ___ Intrusive nonsense sounds, words, or music
- ___ ___ Bothered by certain sounds/noises*
- ___ ___ Lucky/unlucky numbers
- ___ ___ Colors with special significance
- ___ ___ 3 superstitious fears
- ___ ___ Other: _____

Current Past

SOMATIC OBSESSIONS

- ___ ___ Concern with illness or disease*
- ___ ___ Excessive concern with body part or aspect of Appearance (eg., dysmorphophobia)*
- ___ ___ Other: _____

CLEANING/WASHING COMPULSIONS

- ___ ___ Excessive or ritualized handwashing
- ___ ___ Excessive or ritualized showering, bathing, toothbrushing grooming, or toilet routine Involves cleaning of household items or other inanimate objects
- ___ ___ Other measures to prevent or remove contact with contaminants
- ___ ___ Other: _____

CHECKING COMPULSIONS

- ___ ___ Checking locks, stove, appliances etc.
- ___ ___ Checking that did not/will not harm others
- ___ ___ Checking that did not/will not harm self
- ___ ___ Checking that nothing terrible did/will happen
- ___ ___ Checking that did not make mistake
- ___ ___ Checking tied to somatic obsessions
- ___ ___ Other: _____

REPEATING RITUALS

- ___ ___ Rereading or rewriting
- ___ ___ Need to repeat routine activities jog, in/out door, up/down from chair)
- ___ ___ Other: _____

COUNTING COMPULSIONS

- ___ ___ _____
- ___ ___ _____

ORDERING/ARRANGING COMPULSIONS

- ___ ___ _____

HOARDING/COLLECTING COMPULSIONS

(distinguish from hobbies and concern with objects of monetary or sentimental value (e.g., carefully reads junk mail, piles up old newspapers, sorts through garbage, collects useless objects.)

- ___ ___ _____

MISCELLANEOUS COMPULSIONS

- ___ ___ Mental rituals (other than checking/counting)
- ___ ___ Excessive listmaking
- ___ ___ Need to tell, ask, or confess
- ___ ___ Need to touch, tap, or rub*
- ___ ___ Rituals involving blinking or staring*
- ___ ___ Measures (not checking) to prevent: harm to self - harm to others terrible consequences
- ___ ___ Ritualized eating behaviors*
- ___ ___ Superstitious behaviors
- ___ ___ Trichotillomania *
- ___ ___ Other self-damaging or self-mutilating behaviors*
- ___ ___ Other: _____

Adapted from Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A. et al.:
"The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale."
Arch Gen Psychiatry 46:1006-1011, 1989

YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)

Instruções para o preenchimento

Para responder às perguntas da Y-BOCS, identifique junto com o terapeuta uma ou mais de suas obsessões (as que mais lhe incomodam) e procure responder às cinco questões relativas a obsessões. Depois, identifique uma ou mais das suas compulsões (as que mais lhe prejudicam) e, da mesma forma, responda às cinco perguntas relativas a compulsões. Você obterá três notas: uma correspondente à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre obsessões, outra relativa à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre compulsões e o escore total.

OBSESSÕES

1. Tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos (ou obsessões)

Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

0. Nenhum

1. Leve: menos de uma hora por dia ou intrusões (invasões de sua mente) ocasionais

2. Moderado: uma a três horas por dia ou intrusões frequentes

3. Grave: mais de três horas até oito horas por dia ou intrusões muito frequentes

4. Muito grave: mais de oito horas por dia ou intrusões quase constantes

2. Interferência gerada pelos pensamentos obsessivos

Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em sua vida social ou profissional?

0. Nenhuma interferência

1. Leve: leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido

2. Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3. Grave: provoca comprometimento considerável no desempenho social ou ocupacional

4. Muito grave: incapacitante

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar?

0. Nenhuma perturbação

1. Leve: pouca perturbação

2. Moderada: perturbador, mas ainda controlável

3. Grave: muito perturbador

4. Muito grave: mal-estar quase constante e incapacitante

4. Resistência às obsessões

Até que ponto você se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando invadem sua mente?

0. Sempre faz esforço para resistir, ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
1. Tenta resistir na maior parte das vezes
2. Faz algum esforço para resistir
3. Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça algum esforço para afastá-las
4. Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário

5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

0. Controle total
1. Bom controle: habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
2. Controle moderado: algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
3. Controle leve: raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade
4. Nenhum controle: as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raras vezes capaz, mesmo que de forma momentânea, de modificar seus pensamentos obsessivos

COMPULSÕES (RITUAIS)

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos (compulsões ou rituais)

Quanto tempo você gasta executando rituais? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras devido aos seus rituais?

0. Nenhum
1. Leve: passa menos de uma hora por dia realizando compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
2. Moderado: passa uma a três horas por dia realizando compulsões, ou execução frequente de comportamentos compulsivos
3. Grave: passa de três a oito horas por dia realizando compulsões, ou execução muito frequente de comportamentos compulsivos
4. Muito grave: passa mais de oito horas por dia realizando compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos muito numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou em suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que você deixa de fazer em razão das compulsões?

0. Nenhuma interferência

1. Leve: leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar
3. Grave: comprometimento considerável do desempenho social ou ocupacional
4. Muito grave: incapacitante

8. Desconforto relacionado ao comportamento compulsivo

Pergunta: Como você se sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?

0. Nenhum desconforto

1. Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas ou - ligeiramente ansioso durante a sua execução
2. Moderado: a ansiedade subia para um nível controlável se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução
3. Grave: aumento acentuado e muito perturbador da ansiedade se as compulsões fossem interrompidas ou aumento acentuado e muito perturbador durante a sua execução
4. Muito grave: ansiedade incapacitante com qualquer intervenção que possa modificar as compulsões ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência às compulsões

Até que ponto você se esforça para resistir às compulsões?

0. Sempre faz esforço para resistir, ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
1. Tenta resistir na maioria das vezes
2. Faz algum esforço para resistir
3. Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que as faça com alguma relutância
4. Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

10. Grau de controle sobre as compulsões

Pergunta: Com que pressão você se sente obrigado a executar as compulsões? Até que ponto consegue controlá-las?

0. Controle total

1. Bom controle: sente-se pressionado a executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário
2. Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade

3. **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem de ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a realização das compulsões
4. **Nenhum controle:** sente-se completamente dominado pela pressão para executar as compulsões; tal pressão é sentida como fora do controle voluntário. Raramente se sente capaz de retardar a execução de compulsões

Escores: Obsessões: _____ Compulsões: _____ Escore total: _____

Referências:

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

Anexo IV - FCV-19S

ESCALA DE MEDO DO CORONAVIRUS-19

Por favor indique o seu grau de concordância com as afirmações seguintes. Por favor, utilize a seguinte escala de resposta, de 1 a 5.

1	2	3	4	5
Discorda muito	Discorda um pouco	Não concorda nem discorda	Concorda um pouco	Concorda muito

1. Tenho muito medo do coronavírus-19.	1	2	3	4	5
2. Fico desconfortável só de pensar no coronavírus-19.	1	2	3	4	5
2. As minhas mãos ficam húmidas quando <u>penso</u> <u>no</u> coronavírus-19.	1	2	3	4	5
2. Tenho medo de perder a vida por causa do coronavírus-19.	1	2	3	4	5
5. Ao assistir a notícias e histórias sobre o coronavírus-19 na comunicação social, fico nervosa ou ansiosa.	1	2	3	4	5
6. Não consigo dormir porque estou preocupada com a possibilidade de apanhar o coronavírus-19.	1	2	3	4	5
7. O meu coração dispara quando penso que posso apanhar o coronavírus-19.	1	2	3	4	5

□

Anexo V – BDI-II

Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

O questionário seguinte é constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha **UMA ÚNICA** afirmação, a que melhor descreve a forma como se tem sentido **NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

1. Tristeza

- Não me sinto triste
- Ando triste muitas vezes
- Sinto-me sempre triste
- Estou tão triste ou infeliz que já não o suporto

2. Pessimismo

- Não me sinto desencorajada em relação ao futuro
- Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que costumava
- Já não espero que os meus problemas se resolvam
- Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar

3. Fracassos Passados

- Não me considero uma falhada
- Fracassei mais vezes do que deveria
- Quando considero o meu passado, o que noto é uma quantidade de fracassos
- Sinto-me completamente falhada como pessoa

4. Perda de Prazer

- Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que eu gosto
- Eu não gosto tanto das coisas como costumava
- Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar
- Não obtenho qualquer prazer das coisas que eu costumava gostar

5. Sentimentos de Culpa

- Não me sinto particularmente culpada
- Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou deveria ter feito
- Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes
- Sinto-me culpada durante o tempo todo

6. Sentimentos de Punição

- Não sinto que estou a ser castigada
- Sinto que posso ser castigada
- Espero vir a ser castigada
- Sinto que estou a ser castigada

COMO SE TEM SENTIDO NAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS

7. Auto-depreciação

- Aquilo que acho de mim é o que sempre achei
- Perdi a confiança em mim própria
- Estou desapontada comigo mesma
- Não gosto de mim

8. Auto-criticismo

- Não me culpo ou critico mais do que costumava
- Critico-me mais do que costumava
- Critico-me por todas as minhas falhas
- Culpo-me por tudo o que de mal me acontece

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- Não tenho qualquer ideia de me matar
- Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo
- Gostaria de me matar
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade

10. Choro

- Não choro mais do que costumava
- Choro mais do que costumava
- Choro por tudo e por nada
- Apetece-me chorar, mas já não consigo

11. Agitação

- Não me sinto mais inquieta que o normal
- Sinto-me mais inquieta que o habitual
- Estou tão inquieta ou agitada que é difícil parar quieta
- Estou tão inquieta ou agitada que tenho que me manter em movimento ou a fazer alguma coisa

12. Perda de interesse

- Não perdi o interesse nas outras pessoas ou nas minhas actividades
- Estou menos interessado pelas coisas e pelas outras pessoas do que antes
- Perdi a maioria do meu interesse nas coisas e nas outras pessoas
- É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja

COMO SE TEM SENTIDO NAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS

13. Indecisão

- Tomo decisões como sempre fiz
- Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual
- Tenho muitas mais dificuldades em tomar decisões do que antigamente
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão

14. Sentimentos de inutilidade

- Não me considero uma incapaz/inútil
- Não me considero tão válida e útil como costumava
- Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas
- Sinto-me completamente inútil

15. Perda de energia

- Tenho a mesma energia de sempre
- Sinto-me com menos energia do que o habitual
- Não me sinto com energia para muitas coisas
- Não me sinto com energia para nada

16. Alterações no Padrão de Sono nas duas últimas semanas

- Não notei qualquer mudança no meu sono
- Durmo um pouco mais do que o habitual
- Durmo um pouco menos do que o habitual
- Durmo muito mais do que o habitual
- Durmo muito menos do que o habitual
- Durmo a maioria do tempo durante o dia
- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo que é costume e não consigo voltar a dormir

17. Irritabilidade

- Não estou mais irritável que o normal
- Estou mais irritável que o habitual
- Estou mais irritável que o normal
- Estou irritável o tempo todo

COMO SE TEM SENTIDO NAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS

18. Alterações no Apetite

- Não notei qualquer alteração no meu apetite
- Tenho um pouco menos de apetite do que o habitual
- Tenho um pouco mais de apetite do que o habitual
- O meu apetite é muito menor que o normal
- O meu apetite é muito maior que o normal
- Perdi por completo o apetite
- Anseio por comida o tempo todo

19. Dificuldades de Concentração

- Concentro-me tão bem como antes
- Não me consigo concentrar tão bem como antes
- É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo
- Acho que não consigo concentrar-me em nada

20. Cansaço ou Fadiga

- Não me sinto mais cansada/fatigada que o habitual
- Canso-me mais facilmente que o costume
- Estou demasiado cansada ou fatigada para fazer uma série de coisas que costumava fazer
- Estou demasiado cansada ou fatigada para fazer a maioria das coisas que costumava fazer

21. Perda de Interesse Sexual

- Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
- Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar
- Actualmente sinto-me menos interessado pela vida sexual
- Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

Obrigado pelo seu tempo e atenção

