UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PSIQUIATRIA

GABRIELA GORENSTEIN

Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com
Transtorno Obsessivo-Compulsivo sobre a ansiedade
parental, a acomodação familiar e o ambiente familiar

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2015

GABRIELA GORENSTEIN

**Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com
transtorno obsessivo-compulsivo sobre a ansiedade parental, a
acomodação familiar e o ambiente familiar**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Roseli Gedanke
Shavitt

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Gorenstein, Gabriela

Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo sobre a ansiedade parental, acomodação familiar e ambiente familiar / Gabriela Gorenstein. -- São Paulo, 2014.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Roseli Gedanke Shavitt.

Descritores: 1.Transtorno obsessivo-compulsivo 2.Pediatria 3.Terapia 4.Pais 5.Ansiedade 6.Família

USP/FM/DBD-442/14

Agradecimentos

Primeiramente agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Roseli Gedanke Shavitt que me acompanhou durante todo este processo, possibilitando e viabilizando sua execução. Agradeço a paciência e a disponibilidade de estar ao meu lado me guiando como uma rosa dos ventos do campo científico. Ela me ensinou que o principal desafio acadêmico reside na maneira de ser um investigador, de se ater aos detalhes mantendo o comprometimento ético com seus resultados respirando entre as vírgulas, e sabendo o momento de cada ponto final.

Agradeço à todos aqueles que confiaram em meu trabalho. Ao Professor Doutor Francisco Lotufo Neto, à Professora Doutora Monica Zilberman, ao Professor Doutor Marcio Mello e ao Professor Doutor Fernando Ramos Asbahr. Agradeço pela sabedoria e pela generosidade de cada um, pelos incentivos e pelos ensinamentos do olhar terapêutico para o mundo.

Às queridas Débora Zambori, Eliza Fukushima, Edna Soares Nascimento, Idalina T. Shimoda, Isabel Ataíde, Joana Darc Maria da Silva Almeida, Maria Aperecida Ferreira, Maria Rosângela Machado e Marinalva Requião muito obrigada pela competência e precisão, por tornarem a agenda do relógio possível, pela dedicação e paciência com meus compromissos.

Agradeço ao auxílio e a simpatia dos membros das equipes do PROTOC, do Projeto Sequencial e do Ambulansia que fizeram parte deste projeto direta ou indiretamente: Alice de Mathis, Carolina Zadronny Gouvêa da Costa, Daniel Fatori, Daniel Costa, Elisa Teixeira Bernardes, Eunice Monteiro Labbabia, Juliana Belo Diniz,

Lilian Lerner Castro, Livia Faggian, Marcelo Batistuzzo, Maria Cecilia Toledo, Maria Eugênia de Mathis, Marinês Joaquim, Nil Moraes, Pedro Gomes de Alvarenga, Rosa Magaly Moraes, Sônia Borcato.

Agradeço à todos os pais de crianças e adolescentes que participaram deste estudo fornecendo e confiando a mim informações de suas vidas pessoais e familiares .

Agradeço ao Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de apoio à pesquisa (MCT/CNPq – processo número 573974/2008-0) que colaborou financeiramente com este estudo.

Finalmente, é com grande dificuldade que transponho em palavras meus agradecimentos à minha família, às pessoas que me acompanharam por toda essa vida. À minha mãe devo minha eterna gratidão! Mulher a quem tenho a honra de ter como professora das faculdades mentais e emocionais da vida, livre docente de todos os capítulos de afetos da vida. Ao meu pai por se emocionar sem constrangimento com qualquer ensaio e rascunho que eu esboce apenas pelo fato de ter vindo de mim, por fazer de cada pequeno um grande detalhe. Ao meu irmão e minha irmã de criação com quem compartilhei tantos momentos, e que hoje me dão a alegria de perpetuar este grupo, obrigada por me darem meus lindos sobrinhos! Agradeço sinceramente a todo o amor que me deram e que me dão todos os anos em todos os momentos. Se hoje estou concluindo um trabalho sobre família vocês são os grandes responsáveis por este feito.

Normalização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptadas de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação. 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

	Lista de abreviaturas	ix
	Lista de quadros e figuras	xi
	Lista de tabelas	xii
	Resumo.....	Xiv
	Summary	Xvi
1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Aspectos gerais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo	1
1.2	Tratamento do TOC pediátrico	6
1.2.1	Participação da família na TCC para o TOC pediátrico	9
1.3	Ansiedade parental	10
1.4	Acomodação familiar	13
1.5	Funcionamento familiar.....	15
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	HIPÓTESES	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	Amostra	23
4.2	Procedimentos	23
4.3	Instrumentos	26
4.4	Análise dos dados	30
5	RESULTADOS	32

5.1	Características demográficas e descrição dos sintomas psiquiátricos da amostra	32
5.2	Variação dos escores da ansiedade parental (IDATE traço e estado), da acomodação familiar (FAS), do ambiente familiar (FES) e dos escores da escala Y-BOCS das crianças/adolescentes entre o pré e o pós-tratamento do TOC pediátrico	33
5.3	Correlações entre ansiedade parental, acomodação familiar e ambiente familiar com a variação dos escores Y-BOCS das crianças/adolescentes no pré, no pós-tratamento e na variação entre pré e pós tratamento	35
5.4	Presença de sintomas psiquiátricos nos pais e sua relação com a ansiedade parental, a acomodação familiar e o ambiente familiar	40
5.5	Análise dos resultados segundo a classificação-padrão dos instrumentos.	43
6	DISCUSSÃO	45
7	CONCLUSÃO	52
8	ANEXOS	53
	Anexo A. Termo de Consentimento	54
	Anexo B. Inventário de Ansiedade Estado – IDATE–T	56
	Anexo C. Inventário de Ansiedade Estado – IDATE–E	57
	Anexo D. Escala de Acomodação Familiar – FAS	58
	Anexo E. Escala de Ambiente Familiar (Forma R) – FES	60
	Anexo F. Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos Yale-Brown (YBOCS).....	64
	Anexo G. Questionário de sintomas psiquiátricos entre familiares de 1º grau	68
9	REFERÊNCIAS	77

Lista de abreviaturas

AACAP- Associação Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do inglês *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*

AF – Acomodação familiar

DSM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FAS – Family Accommodation Scale (Escala de acomodação familiar)

FES – Family Environment Scale (Escala de ambiente familiar)

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

IDATE – E (IDE) - Inventário de Ansiedade Estado

IDATE – T (IDT) - Inventário de Ansiedade Traço

INPD – Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência

ISRS – Inibidores Seletivos de Recaptura de Serotonina

POTS – Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study

PROTOC - Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo

SOC – Sintomas Obsessivo-Compulsivos

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TDAH – Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade

TOC – Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Y-BOCS - Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Lista de quadros e figuras

Quadro 1. Critérios diagnósticos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo de acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

Figura 1. Primeira randomização do tratamento sequencial das crianças e adolescentes com TOC cujos pais participaram deste estudo

Lista de tabelas

Tabela 1. Frequência de sintomas psiquiátricos nos familiares de primeiro grau de 33 crianças/ adolescentes admitidos para o projeto de tratamento seqüencial do TOC

Tabela 2. Frequência de sintomas psiquiátricos nos 43 pais das crianças/ adolescentes admitidos para o projeto de tratamento seqüencial do TOC

Tabela 3. Variação dos escores da ansiedade parental (Traço e Estado), da acomodação familiar e do ambiente familiar no pré e pós-tratamento das crianças/adolescentes com TCC em grupo ou fluoxetina

Tabela 4. Correlações entre a Ansiedade Parental (Traço e Estado), a Acomodação Familiar e o Ambiente Familiar com a gravidade dos SOC no pré-tratamento

Tabela 5. Correlações entre a Ansiedade Parental (Traço e Estado), a Acomodação Familiar e o Ambiente Familiar e a gravidade dos SOC das 33 crianças/adolescentes com TOC no pós-tratamento

Tabela 6. Correlações entre a variação pré e pós-tratamento da Ansiedade Parental (Traço e Estado), da Acomodação Familiar e do Ambiente Familiar e do escore da Y-BOCS variação da gravidade dos SOC (escores Y-BOCS) das 33 crianças/adolescentes com TOC

Tabela 7. Presença de sintomas psiquiátricos em familiares de primeiro grau em relação às médias da variação da Ansiedade Parental (Traço e Estado), da Acomodação Familiar e do Ambiente Familiar e do escore da Y-BOCS das 33 crianças/adolescentes com TOC pré e pós-tratamento

Tabela 8. Presença de sintomas psiquiátricos em pais da amostra em relação às médias de variação da Ansiedade Parental (Traço e Estado), da Acomodação Familiar e do Ambiente Familiar e do escore da Y-BOCS das 33 crianças/adolescentes com TOC pré e pós-tratamento

Tabela 9. Classificação-padrão da FAS entre os 43 pais pré e pós-tratamento dos filhos com TOC

Tabela 10. Associação entre a presença de sintomas psiquiátricos nos pais, medidas do IDATE traço de acordo com a sua classificação-padrão e a resposta dos filhos ao tratamento ($Y\text{-BOCS} \leq 50\%$) no pós-tratamento

Resumo

Gorenstein G. *Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo sobre a ansiedade parental, acomodação familiar e ambiente familiar* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) afeta de 2% a 4% da população pediátrica. Entre os fatores associados com a pior resposta ao tratamento do TOC pediátrico encontram-se a presença de sintomas de ansiedade nos pais, presença de histórico psiquiátrico nos familiares de primeiro grau, maior grau de acomodação familiar (AF) e ambiente familiar com características disfuncionais. No entanto, poucos estudos até o momento investigaram a variação da ansiedade parental, da acomodação familiar e do ambiente familiar em relação à resposta ao tratamento do TOC pediátrico. Nesse estudo foram avaliados, prospectivamente, 43 pais (31 mães e 12 pais) de 33 jovens com TOC (7 a 17 anos), antes e após o tratamento de seus filhos por 14 semanas com Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) em grupo ou com fluoxetina. Os instrumentos utilizados para avaliar os pais foram: o Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE), a Escala de Acomodação Familiar (FAS), a Escala de Ambiente Familiar (FES-R) e um questionário para avaliar a presença de sintomas ansiosos, sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), sintomas depressivos e uso nocivo de substâncias nos familiares de primeiro grau dos jovens com TOC. Os sintomas dos filhos foram avaliados pela Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS). De modo geral, os pais não apresentaram redução significativa da ansiedade traço ou estado, e não foi observada associação

entre a variação da ansiedade parental e a melhora clínica dos filhos. No entanto, para os pais cujos familiares de primeiro grau não tinham sintomas psiquiátricos, houve associação significativa entre a redução da ansiedade traço e estado com a melhora clínica dos filhos. A acomodação familiar diminuiu após o tratamento dos filhos, e essa redução associou-se à melhora clínica dos jovens. No ambiente familiar, as subdimensões coesão e lazer aumentaram após o tratamento dos filhos, sendo que a variação da gravidade do TOC associou-se com a variação da coesão familiar. Esses resultados indicam que, mesmo sem uma abordagem focada na família, o tratamento do TOC pediátrico pode exercer impacto positivo sobre a acomodação familiar e o ambiente familiar. Estudos futuros poderão esclarecer as influências recíprocas entre esses fatores familiares e o tratamento do TOC pediátrico.

Descritores: 1. Transtorno Obsessivo-Compulsivo, 2. Pediatria, 3. Terapia, 4. Pais, 5. Ansiedade, 6. Família

Summary

Gorenstein, G. *Impact of pediatric obsessive-compulsive disorder treatment on parental anxiety, family accommodation and family environment* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2014.

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) occurs in 2% to 4% of the pediatric population. A worse prognosis has been associated with the presence of anxiety symptoms among parents, the presence of psychiatric symptoms among first-degree relatives, higher levels of family accommodation (FA) and a greater dysfunction in the family environment. So far, few studies have investigated the associations between the variation of parental anxiety, family accommodation and family environment with the response to pediatric OCD treatment. Forty-three subjects, 31 mothers and 12 fathers, of 33 children and adolescents with OCD (between 6 to 17 years old), were evaluated before and after treatment of their children with group Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) or fluoxetine for 14 weeks. The instruments used to assess the parents were: the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), the Family Accommodation Scale (FAS), the Family Environment Scale - Real form (FES-R), and a questionnaire to assess the presence of anxiety symptoms, obsessive-compulsive symptoms, depressive symptoms and substance abuse in the first degree relatives of the youths. The children's symptoms were assessed by the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). After their children's treatment, parents showed no significant reduction in their trait or state anxiety, and parental anxiety was not related to children's response to treatment. However, a decrease in anxiety levels after treatment was observed among those whose first degree-relatives did not

report psychiatric symptoms. Family accommodation decreased after the children's treatment, and this decrease accompanied the children's clinical improvement. In the family environment, the sub-dimensions cohesion and leisure increased after the children's treatment, and cohesion accompanied the children's clinical improvement. These results suggest that, even without a family-focused approach, the child-focused treatment of pediatric OCD may have a positive impact on family accommodation and family environment. Future studies should further clarify the reciprocal influences of family factors and the treatment of pediatric OCD.

Descriptors: 1. Obsessive- Compulsive Disorder, 2. Pediatrics, 3. Therapy, 4. Parents, 5. Anxiety, 6. Family

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens persistentes e recorrentes, de caráter indesejado, que parecem inevitáveis e, mesmo que a pessoa se esforce, não consegue suprimi-las. Com frequência as obsessões estão associadas a sentimentos de desconforto, perturbação e ansiedade. Já as compulsões são comportamentos repetitivos que podem ser observáveis ou vivenciados na forma de pensamentos (rituais mentais) (DSM-5; (Association, 2013). Em geral as compulsões acontecem em resposta às obsessões, a fim de evitar ou diminuir o desconforto provocado pelas mesmas (Allsopp e Verduyn, 1990; Koran *et al.*, 1996; Asbahr, 2010).

O primeiro relato de um caso de TOC foi descrito em 1938 por Esquirol (Esquirol, 1938), *apud* (Del-Porto, 2001). Até meados de 1980, esse transtorno foi pouco estudado (Fontenelle, Mendlowicz e Versiani, 2006). Na década de 1990 verificou-se que o TOC ocupava a quarta posição entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na população (Nymberg e Van Noppen, 1994; Koran *et al.*, 1996), e esse transtorno passou a ser visto sob a perspectiva de um problema de saúde pública (Leon, Portera e Weissman, 1995). De fato, estima-se que até 2020 o TOC permanecerá entre as dez causas mais importantes de comprometimento por transtorno mental (Salud, 2002).

Fatores genéticos, neuroanatômicos e neuropsicológicos vêm sendo implicados na fisiopatologia do TOC. Por exemplo, estudos genéticos mostraram maior concordância para o diagnóstico do TOC em gêmeos monozigóticos quando comparados a gêmeos dizigóticos (Miguel *et al.*, 2005; Pauls, 2008; 2010). Em portadores desse transtorno, evidências consistentes mostram a hiperatividade dos circuitos neuronais envolvendo o córtex órbito-frontal, o cíngulo anterior e o estriado, especialmente o núcleo caudado (circuito córtico-estriado-tálamo-cortical) (Pato, Schindler e Pato, 2001; Valente Jr. e Busatto Filho, 2001; Menzies *et al.*, 2008; Pauls, 2008). Existem relatos de que portadores de TOC apresentam prejuízos no planejamento, controle inibitório, coordenação motora, funções visuo-espaciais, e funções executivas em geral, que tendem a melhorar quando há resposta ao tratamento do TOC e ativação fronto-estriatal (Shin *et al.*, 2008; Ornstein *et al.*, 2010; McGuire, J.F. *et al.*, 2014).

Os critérios diagnósticos do TOC, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana 5^a Edição, DSM-5 (Association, 2013), estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios diagnósticos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo de acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)*
<p>A) Presença de obsessões, compulsões ou ambas;</p> <p>B) As obsessões consomem tempo (por exemplo, tomam mais de uma hora por dia), ou causam desconforto clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento;</p> <p>C) Os sintomas obsessivo-compulsivos não podem ser atribuídos ao efeito fisiológico direto de uma substância (p. ex., droga de abuso, ou a uma medicação ou outra condição médica);</p> <p>D) O conteúdo das obsessões ou compulsões não pode ser preferentemente atribuído a sintomas de algum outro transtorno do DSM-5 (p. ex., preocupações excessivas no TAG; comer ritualisticamente em transtornos da alimentação; arrancar cabelos na tricotilomania; beliscar a pele no transtorno do beliscar-se; preocupação com aparência no transtorno dismórfico corporal; preocupação com drogas ou com jogo nos transtornos de uso de substância ou relacionados; preocupação com objetos no transtorno do colecionamento; preocupação com doenças graves na presença de ansiedade relacionada a doenças; preocupação com impulsos ou fantasias sexuais nas parafilias; preocupação com impulsos nos transtornos de controle de impulsos; ruminações de culpa no transtorno depressivo maior; inserção do pensamento ou preocupações delirantes num transtorno psicótico, ou padrões de comportamentos repetitivos nos transtornos do espectro do autismo.</p>

* *Insight* bom a ausente: o indivíduo pode tanto questionar a veracidade de suas crenças quanto não ter crítica alguma sobre elas.

O TOC tende a apresentar curso crônico, acarretando com muita frequência prejuízos importantes na qualidade de vida, na autoestima, no desempenho acadêmico e nos relacionamentos interpessoais de seu portador (Skoog e Skoog, 1999; Miranda e Bordin, 2001; Niederauer *et al.*, 2007). Por se tratar de um transtorno heterogêneo, alguns pesquisadores consideram que o TOC poderia ser classificado de acordo com subgrupos categóricos ou dimensionais (Abramowitz, Taylor e McKay, 2009). Por exemplo, levando-se em conta a idade em que surge, o TOC de início precoce apresenta diferenças em relação ao TOC de início tardio quanto a prevalência, incidência, sintomatologia, comorbidades e herdabilidade genética (Rosario-Campos *et al.*, 2005; De Mathis *et al.*, 2013).

A prevalência do TOC está estimada em 1% a 3% da população geral (Kessler *et al.*, 2005; Torres e Lima, 2005; Vianna, Silva e Souza-Formigoni, 2007; Langley *et al.*, 2010; Ruscio *et al.*, 2010; Viana e Andrade, 2012), e de 1% a 2% da população pediátrica (Mancuso *et al.*, 2010). Acredita-se que a prevalência do TOC pediátrico seria ainda maior se fosse levado em consideração o número de casos em que o transtorno é subdiagnosticado ou não tratado (Psychiatry, 2012). Em um estudo recente com 2323 adolescentes brasileiros, a prevalência do TOC foi estimada em 3,3%, e apenas 9,3% desses tinham conhecimento do transtorno (Vivan *et al.*, 2014).

A maioria dos casos de TOC tem início na infância e a idade desse início pode ser bastante precoce, existindo casos documentados de crianças com três anos de idade (Kessler *et al.*, 2005; Coskun e Zoroglu, 2009; Garcia *et al.*, 2010; Walitza *et al.*, 2010). Em crianças a incidência é mais comum no sexo masculino, enquanto ao final da adolescência o surgimento dos sintomas é mais comum no sexo feminino.

Na idade adulta, o TOC atinge homens e mulheres na mesma proporção (Fontenelle, Mendlowicz e Versiani, 2006; Torresan *et al.*, 2009).

O diagnóstico do TOC pediátrico é dificultado por uma série de características, como o início insidioso, a presença de sintomas egossintônicos, a falta de *insight* do seu portador e a confusão com compulsões e obsessões passageiras presentes no desenvolvimento infantil, entre outras (Calvocoressi *et al.*, 1995; Rapoport *et al.*, 2000; Zohar e Felz, 2001; Canals *et al.*, 2012). Além disso, o TOC pode não ser devidamente tratado em crianças e adolescentes pela resistência dos pais em aderir ao tratamento de seus filhos, especialmente o medicamentoso, e pela falta de informações adequadas para identificar o transtorno (Stengler-Wenzke *et al.*, 2004; Psychiatry, 2012).

As obsessões mais observadas em crianças são de contaminação e os rituais de limpeza, simetria, verificação, contagem e repetição (Swedo *et al.*, 1989; Riddle *et al.*, 1990; Ferrao *et al.*, 2006). Já as compulsões mais comuns entre as crianças são as de lavagem e limpeza, os rituais de verificação, de contagem e de repetição (Swedo *et al.*, 1989; Sobin, Blundell e Karayiorgou, 2000). Em comparação aos adultos, nas crianças com TOC são mais frequentes as compulsões semelhantes a tiques (*tic-like*), a presença de compulsões sem obsessões e os chamados fenômenos sensoriais, que são experiências subjetivas, incluindo sensações físicas, táteis, auditivas ou visuais que precedem ou acompanham as compulsões (Riddle *et al.*, 1990; Valleni-Basile *et al.*, 1994; March e Leonard, 1996; De Mathis, 2007; Bloch *et al.*, 2009; Rosario-Campos *et al.*, 2009). Em adolescentes e adultos com TOC, além dos sintomas de verificação, simetria, contagem e contaminação, há maior ocorrência de

colecionamento e obsessões com pensamentos e imagens de conteúdo bizarro, sexual, impulsos agressivos ou religiosos (Fairbrother, Newth e Rachman, 2005).

O TOC ocorre em comorbidade com outros transtornos em até 92% dos casos da amostra clínica (Diniz *et al.*, 2004; Torres *et al.*, 2006; Janowitz *et al.*, 2009; Asbahr, 2010; De Mathis *et al.*, 2013). Entre crianças, as comorbidades mais frequentes são com transtornos de tiques, de humor, de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), do desenvolvimento, opositivo desafiador, dismórfico corporal, do sono e alimentares, além de quadros ansiosos como fobias e ansiedade de separação e tricotilomania (Fireman *et al.*, 2001; Geller *et al.*, 2001; Hemmings *et al.*, 2004; Storch *et al.*, 2008; De Mathis *et al.*, 2013). Entre adolescentes e adultos as comorbidades mais frequentes são o transtorno depressivo maior, transtornos ansiosos e os transtornos do impulso (Canals *et al.*, 2012; Vivan *et al.*, 2014; Selles, Storch e Lewin, 2014).

1.2 Tratamento do TOC pediátrico

Evidências de estudos clínicos, revisões sistemáticas e metanálises confirmam a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no TOC pediátrico, tanto em monoterapia como combinada com farmacoterapia (Geller *et al.*, 2003; Barrett, Healy-Farrell e March, 2004; Stock e Andrews, 2004; Team, 2004; Abramowitz, Whiteside e Deacon, 2005; Freeman *et al.*, 2007; Barrett *et al.*, 2008; Watson e Rees, 2008; Olatunji *et al.*, 2013; Freeman *et al.*, 2014; Sánchez-Meca *et al.*, 2014). Atualmente, a TCC é considerada o tratamento de primeira escolha nos casos de TOC pediátrico leve a moderado (Team, 2004; Lewin e Piacentini, 2009;

Psychiatry, 2012), enquanto o tratamento medicamentoso costuma ser indicado para os casos moderados a graves (March *et al.*, 1997; Cartwright-Hatton *et al.*, 2004; Piacentini e Langley, 2004; Team, 2004; Storch *et al.*, 2007; Mancuso *et al.*, 2010; Peris *et al.*, 2012; Peris e Piacentini, 2013; Freeman *et al.*, 2014).

O primeiro medicamento com eficácia demonstrada no tratamento do TOC adulto foi a clomipramina, um antidepressivo tricíclico inibidor não seletivo de recaptura da serotonina (Leonard *et al.*, 1989; Group, 1991). Em seguida, estudos duplo-cegos controlados demonstraram a eficácia dos Inibidores Seletivos de Recaptura de Serotonina (ISRS), como a fluoxetina, a fluvoxamina e a sertralina (March e Mulle, 1998; Geller *et al.*, 2001; Riddle *et al.*, 2001; Hollander e Pallanti, 2002; Kubiszyn, Carlson e Dehay, 2005; Assumpção Jr e Resch, 2006). Os ISRS são atualmente os medicamentos mais utilizados para o tratamento farmacológico dos pacientes com TOC adulto ou pediátrico, com evidências de melhora dos sintomas e da qualidade de vida desses pacientes (Fineberg *et al.*, 2012; Fineberg *et al.*, 2013). (Geller *et al.*, 2003; Barrett *et al.*, 2008; POTS, 2004).

A melhora do TOC pediátrico com o tratamento medicamentoso, no entanto, costuma ser parcial, podendo ocorrer a permanência de sintomas clinicamente relevantes (Knapp, Henderson e Patel, 2002; Geller *et al.*, 2003; Mancuso *et al.*, 2010; Van Ameringen *et al.*, 2014). Quando há comorbidades (p. ex., com TDAH, transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta e de tiques), quando a gravidade dos sintomas é maior e quando há maior grau de estresse parental a resposta à medicação tende a ser ainda pior no TOC pediátrico (March *et al.*, 2007; Grados e Riddle, 2008; Storch *et al.*, 2008; Storch, Bjorgvinsson, *et al.*, 2010).

Em 1994, Kendall (Kendall, 1994) publicou o primeiro estudo sobre os efeitos da TCC em crianças, verificando 70% de melhora no grupo submetido à TCC, comparativamente a 5% de melhora no grupo controle (lista de espera). Manuais de TCC para jovens (p. ex., (March e Mulle, 1998) utilizam-se das técnicas de psicoeducação, exposição e prevenção de resposta. A criança aprende a identificar situações, locais ou pensamentos obsessivos que precedem os rituais e expõe-se a essas situações tentando resistir à realização dos rituais. Os manuais de TCC desenvolvidos para o tratamento de crianças com TOC incluem a participação de familiares em duas sessões de orientação e psicoeducação sobre o transtorno. Existem, no entanto, tratamentos de TCC especificamente direcionados à família no TOC pediátrico.

Um estudo com 112 jovens com TOC (POTS Team, 2004) comparou os seguintes grupos de tratamento: 1) TCC; 2) sertralina; 3) TCC + sertralina; e 4) TCC + placebo. Os grupos tratados apenas com TCC ou sertralina tiveram resultados equivalentes. Porém, o grupo tratado com TCC + sertralina obteve resultados significativamente melhores comparado aos demais. Franklin et al. (Franklin *et al.*, 2011) obtiveram resultados semelhantes em pacientes com TOC pediátrico resistente, em que a combinação de TCC e tratamento medicamentoso resultou em resposta mais satisfatória do que o medicamento isolado. No tratamento do TOC pediátrico, Asbahr e colaboradores (Asbahr *et al.*, 2005) não observaram diferenças significativas entre a eficácia da TCC em grupo e a sertralina, porém o número de recaídas foi significativamente menor entre aqueles tratados com TCC avaliados nove meses após o tratamento (Asbahr, 2010).

1.2.1 Participação da família na TCC para o TOC pediátrico

A literatura não é consistente quanto aos benefícios da TCC focada na família como parte do tratamento do TOC pediátrico. Alguns estudos mostram resultados positivos do envolvimento ativo dos pais nesse tipo de tratamento (Waters, Barrett e March, 2001; Steketee e Van Noppen, 2003; Abedi e Vostanis, 2010; Piacentini *et al.*, 2011). Por exemplo, Freeman e colaboradores (Freeman *et al.*, 2008) estudaram 126 crianças de cinco a oito anos com TOC, comparando a TCC familiar com um grupo controle que recebia sessões de relaxamento. A melhora no grupo de TCC familiar foi de 72% em comparação a 41% no grupo controle. O grupo de crianças tratado com TCC familiar teve maior redução dos prejuízos funcionais (comuns no TOC) do que o grupo controle (Freeman *et al.*, 2008). Em outro estudo, Barrett, Healy-Farrell e March (Barrett, Healy-Farrell e March, 2004) observaram melhora significativamente maior dos sintomas das crianças com TOC tratadas com TCC familiar (individual ou em grupo) em relação ao grupo de crianças controle (lista de espera) após catorze semanas. Essa melhora manteve-se nos seguimentos de doze e dezoito meses (Barrett *et al.*, 2005) e após sete anos do estudo original (O'leary, Barrett e Fjermestad, 2009).

Por outro lado, Reynolds e colaboradores (Reynolds *et al.*, 2013) não observaram diferenças na resposta ao tratamento do TOC com TCC com envolvimento ativo dos pais comparado com o tratamento sem o envolvimento dos pais. Uma metanálise (Reynolds *et al.*, 2012) compreendendo os tratamentos psicológicos para crianças com ansiedade e TOC concluiu que a TCC direcionada à família não aumenta a eficácia do tratamento das crianças com esses transtornos.

Em um estudo de revisão, Renshaw, Steketee e Chambless (Renshaw, Steketee e Chambless, 2005) salientaram a falta de comparações empíricas metodologicamente adequadas para demonstrar o efeito da TCC familiar no TOC pediátrico. Gomes e colaboradores (Gomes *et al.*, 2011), em revisão sistemática, também consideraram que são necessários mais estudos para justificar a recomendação de uma intervenção familiar nos casos de TOC pediátrico.

Alguns autores sugerem ainda que estudos futuros deveriam incluir pais de crianças com TOC, principalmente quando eles próprios têm transtornos psiquiátricos crônicos ou quando se trata de famílias disfuncionais (Amir, Freshman e Foa, 2000; Calvo *et al.*, 2007; Kalra *et al.*, 2008). Por exemplo, Garcia e colaboradores (Garcia *et al.*, 2010) observaram que, em indivíduos com TOC pediátrico cujos pais têm TOC, o efeito da TCC sem envolver os familiares foi seis vezes menor do que naqueles cujos pais não tinham TOC. Já Kendall e colaboradores (Kendall *et al.*, 2008) sugeriram que nos casos de crianças ansiosas, apenas aquelas com pais ansiosos seriam beneficiadas pelo tratamento com TCC familiar.

1.3 Ansiedade parental

A ocorrência de transtornos psiquiátricos nos familiares de um indivíduo com TOC é frequente e comumente associada ao início precoce do TOC (Pauls *et al.*, 1995; Ramos-Cerqueira *et al.*, 2008; Soares Neto, Teles e Rosa, 2011). Por exemplo, estudos genéticos demonstraram que a chance de um familiar de primeiro grau de um portador de TOC pediátrico ter TOC varia de 11,7% a 22,7% (Nestadt *et al.*, 2000;

Hanna *et al.*, 2005; Rosario-Campos *et al.*, 2005).

Scully (Scully, 2011) constatou a presença de pelo menos um transtorno psiquiátrico em 37% de mães de crianças com TOC. No entanto, Bolton, Luckie e Steinberg (Bolton, Luckie e Steinberg, 1995) não encontraram associação entre a presença de psicopatologia parental e a resposta ao tratamento de jovens com TOC, enquanto Stewart e colaboradores (Stewart *et al.*, 2004), em estudo de revisão, verificaram que a presença de histórico psiquiátrico nos familiares seria preditor de pior resposta ao tratamento do TOC no longo prazo. Outros autores também observaram um número expressivo de sintomas depressivos e ansiosos entre os familiares de crianças com TOC (Samuels *et al.*, 2000; Grados *et al.*, 2001; Nestadt *et al.*, 2001; Calvo *et al.*, 2007; Liakopoulou *et al.*, 2010). Derisley e colaboradores (Derisley *et al.*, 2005) encontraram mais sintomas psiquiátricos tanto em pais de crianças com TOC como em pais de crianças ansiosas, em comparação com pais de crianças sem transtornos psiquiátricos.

Calvo e colaboradores (2007) (Calvo *et al.*, 2007) sugeriram que crianças e adolescentes cujos pais apresentam sintomas de ansiedade ou depressão podem ter uma predisposição ao desenvolvimento de SOC ou TOC, e que isso aconteceria em decorrência de determinados padrões de comportamento parentais. Por exemplo, Amir, Freshman e Foa (Amir, Freshman e Foa, 2000) observaram, nos pais de crianças com TOC que apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, comportamentos de rejeição e crítica na interação com seus filhos, em conformidade com os resultados do estudo de Steketee (Steketee, 1993). Os autores ainda observaram que as crianças e os adolescentes com TOC respondiam às críticas e à

rejeição com aumento dos sintomas compulsivos e da ansiedade. Outros estudos sugeriram que pais de crianças com TOC tendem a ser menos acolhedores, a confiar menos na capacidade de seus filhos e a estabelecer relações de dependência e superproteção (Valleni-Basile *et al.*, 1994; Barrett, Shortt e Healy, 2002; Wilcox *et al.*, 2008). Na tentativa de evitar a exposição de seus filhos às circunstâncias de ameaça, os pais superprotetores tendem a exibir um padrão cognitivo e comportamental de medo e preocupação (McLeod, Weisz e Wood, 2007; Olatunji, Cisler e Tolin, 2007; Ehrenreich *et al.*, 2009; Hughes *et al.*, 2009), aumentando a sensação de insegurança de seus filhos, que não resolvem seus problemas sozinhos, ou aumentar comportamentos obsessivos e perfeccionistas nas crianças, que passam a evitar situações de descontrole temidas por seus pais (Cartwright-Hatton *et al.*, 2005).

Resumindo, o estilo superprotetor dos pais, presente tanto entre pais ansiosos quanto entre pais de crianças com TOC (Salkovskis *et al.*, 1999), foi associado a variáveis ambientais consideradas prejudiciais ao desenvolvimento infantil (Rapee, 1997; Chorpita e Barlow, 1998; Wood *et al.*, 2003; Bögels e Brechman-Toussaint, 2006) e facilitador do desenvolvimento do TOC pediátrico (Yoshida *et al.*, 2005). Por outro lado, o TOC pediátrico pode ter um efeito estressor na família e favorecer o surgimento de sintomas psiquiátricos em seus pais (Calvo *et al.*, 2007).

Portanto, assim como pais ansiosos e com SOC podem modelar comportamentos em seus filhos, as crianças com TOC também podem modelar comportamentos ansiosos em seus pais (Barrett, Shortt e Healy, 2002; Moore, Whaley e Sigman, 2004; Hipwell *et al.*, 2008; Manongdo e García, 2011). No

entanto, existem poucas evidências sobre o impacto do tratamento de crianças e adolescentes com TOC sobre a ansiedade parental (Peris *et al.*, 2008; Jiménez *et al.*, 2011) e sobre a influência bidirecional dos componentes da ansiedade entre pais e filhos (Moore, Whaley e Sigman, 2004; Hipwell *et al.*, 2008; Manongdo e García, 2011).

1.4 Acomodação familiar

A acomodação familiar (AF) é considerada uma tentativa dos familiares de reduzir o estresse provocado pela presença de um transtorno psiquiátrico em um membro da família (Storch *et al.*, 2007; Peris *et al.*, 2008). Essa acomodação ocorre quando um ou mais membros de uma família modificam seu comportamento e alteram sua rotina para evitar, ou ajudar a diminuir, o sofrimento causado pelos sintomas de um determinado transtorno em seu portador (Calvocoressi *et al.*, 1999; Peris *et al.*, 2008; Albert *et al.*, 2010; Lebowitz *et al.*, 2013). A AF pode ser provocada pela angústia do familiar ante o sofrimento da pessoa afetada, por um pedido de ajuda por parte do paciente, ou por ambos.

A AF foi descrita em 60% a 100% das famílias com um portador de TOC (Calvocoressi *et al.*, 1995; Calvocoressi *et al.*, 1999; Renshaw, Steketee e Chambless, 2005; Ferrao *et al.*, 2006; Albert *et al.*, 2010; Sukhodolsky *et al.*, 2005; Storch *et al.*, 2007; Merlo *et al.*, 2009; Amazonas *et al.*, 2010; Flessner *et al.*, 2011), e mais de 90% dos pais de filhos com TOC relatam pelo menos algum tipo de acomodação (Storch *et al.*, 2007; Lebowitz *et al.*, 2012). A AF também foi observada nos transtornos de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e no

transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Albert *et al.*, 2010; Lebowitz *et al.*, 2013; Lebowitz, Scharfstein e Jones, 2014).

No TOC pediátrico a AF acontece quando as crianças solicitam ou recebem espontaneamente ajuda e participação ativa de seus pais na execução de seus rituais (p. ex., os pais lavam as mãos da criança excessivamente) e nas modificações de rotinas e horários (p. ex., os pais voltam para casa mais cedo do trabalho para participar de rituais com seu filho). Facilitando a ocorrência dos rituais, os familiares propiciam um alívio imediato do sofrimento dos jovens com TOC, ou do sofrimento que seus filhos lhes provocam, mas aumentam as chances de os sintomas serem mantidos e até agravados (Peris *et al.*, 2008; Merlo *et al.*, 2009; Amazonas *et al.*, 2010; Ferrão e Florão, 2010; Lebowitz *et al.*, 2013). A AF favorece a manutenção do TOC porque reforça a esquiva das situações que desencadeiam as obsessões e/ou compulsões e impedem a criança de aprender a suportar a ansiedade diante da situação temida (Storch *et al.*, 2007). De fato, os familiares relatam que, muitas vezes, mantêm a AF, porque na tentativa de interrompê-la ocorre piora temporária dos sintomas e maiores demonstrações de angústia e irritação das crianças com TOC (Storch *et al.*, 2007; Stewart *et al.*, 2011). Assim sendo, quanto maior o grau de AF maior a gravidade dos sintomas e maior o prejuízo funcional no TOC pediátrico (Calvocoressi *et al.*, 1995; Calvocoressi *et al.*, 1999; Renshaw, Steketee e Chambless, 2005; Storch *et al.*, 2007; Peris *et al.*, 2008; Flessner *et al.*, 2009; Merlo *et al.*, 2009; Storch, Larson, *et al.*, 2010; Soares Neto, Teles e Rosa, 2011).

A associação entre maior grau de AF e pior resposta ao tratamento do TOC com TCC foi observada em diversos estudos (Steketee e Van Noppen, 2003; Storch

et al., 2007; Merlo *et al.*, 2009). Garcia e colaboradores (Garcia *et al.*, 2010) e Lebowitz e colaboradores (Lebowitz *et al.*, 2012) observaram associação entre alta AF e pior resposta ao tratamento, tanto comportamental como farmacológico. Além de ser considerada preditora de pior prognóstico, a AF foi associada a aumento do estresse na família (Piacentini *et al.*, 2003; Peris *et al.*, 2008; Futh, Simonds e Micali, 2012). Amir, Freshman e Foa (Amir, Freshman e Foa, 2000) observaram associação entre AF, ansiedade, depressão e estresse parentais. Futh, Simonds e Micali (Futh, Simonds e Micali, 2012) quase 50% dos pais com ansiedade e depressão apresentaram alto grau de AF, ajudando diariamente nos rituais das crianças. Caporino e colaboradores (Caporino *et al.*, 2012) investigaram a relação entre AF, ansiedade e depressão em 61 pais de crianças e adolescentes de seis a dezessete anos com TOC. Apenas a ansiedade parental e a gravidade dos sintomas do TOC das crianças foram fortemente associadas ao alto grau de AF.

Poucos estudos foram realizados até o momento analisando a relação entre a ansiedade parental e o grau de acomodação familiar em familiares de pacientes com TOC (Peris *et al.*, 2008; Albert *et al.*, 2010; Caporino *et al.*, 2012). Para Peris e colaboradores (Peris *et al.*, 2008) e Caporino e colaboradores (Caporino *et al.*, 2012), pais ansiosos teriam maior AF por apresentarem sentimentos empáticos e de identificação ante a situações que desencadeiem ansiedade e, portanto, não suportariam ver os filhos em uma situação semelhante.

1.5 Funcionamento familiar

De acordo com a teoria sistêmica, o funcionamento da família depende da

relação entre seus membros, sendo a família uma estrutura complexa, em que a ação de um familiar reflete no outro (Minuchin e Fishman, 2003). Por exemplo, Olson, Sprenkle e Russell (Olson, Sprenkle e Russell, 1979) entendem o funcionamento familiar a partir de três bases: coesão, adaptação e comunicação.

A coesão familiar seria a ligação emocional entre os membros da família, que indica quanto um grupo está separado ou conectado. A adaptação, ou adaptabilidade, seria a capacidade de flexibilizar o papel que cada membro ocupa em sua família mediante situações que solicitem uma inversão de papéis, como acontece frequentemente em situações estressoras. A comunicação, por fim, seria a ponte entre a coesão e a adaptação familiares (Olson, Sprenkle e Russell, 1979; Walsh, 2005). Assim, uma família com funcionamento saudável deve ser coesa, com fronteiras bem estabelecidas separando cada indivíduo, capaz de se adaptar a diferentes contextos (de equilíbrio ou “crise”) e ter boa comunicação entre seus membros (Olson, Sprenkle e Russell, 1979; Walsh, 2005). De acordo com este conceito, Jiménez e colaboradores (Jiménez *et al.*, 2011), estudando 61 pais de crianças e adolescentes com TOC, verificaram menor coesão e independência no funcionamento familiar. A melhora do funcionamento familiar foi associada à melhor resposta à TCC. No mesmo estudo, as famílias coesas, mas com menor capacidade de adaptação, apresentaram níveis mais altos de ansiedade e depressão entre os seus membros, tanto portadores de TOC como seus familiares.

Moos e Moos (Moos e Moos, 2002) desenvolveram outro conceito para avaliar o funcionamento familiar, chamando-o de ambiente familiar, que envolve três dimensões: relacionamento interpessoal, crescimento pessoal e manutenção do

sistema. A primeira delas, o relacionamento interpessoal, compreende as subdimensões coesão, expressividade e conflito. Coesão, nesse caso, seria definida como o suporte entre os membros da família. Expressividade seria quanto os membros da família expressam seus sentimentos; e conflito o grau de agressividade explicitado entre os membros de uma família.

A segunda dimensão, crescimento pessoal, é composta pelas respectivas subdimensões familiares: autonomia, metas (ou direcionamento a metas), cultura (ou interesses culturais), lazer e religião (ou religiosidade). Autonomia é o respeito que a família dispensa à individualidade de cada membro; as metas são quanto as atividades de trabalho e estudo são motivadas e competitivas; cultura (ou interesses culturais) diz respeito aos interesses da família por atividades políticas, intelectuais e culturais; o lazer pode ser definido pela participação da família em atividades sociais e recreativas, e a religiosidade pode ser entendida como a importância atribuída pela família aos valores éticos e religiosos.

Por fim, a terceira dimensão é a manutenção do sistema, que compreende a organização e o controle familiar. Organização é entendida pela estrutura e planejamento das atividades familiares, enquanto o controle reflete o quanto a vida familiar é pautada por regras e procedimentos preestabelecidos (Moos e Moos, 2002; Vianna, Silva e Souza-Formigoni, 2007).

Barrett, Healy-Farrell e March (Barrett, Healy-Farrell e March, 2004) relataram que, em famílias disfuncionais, observa-se pior resposta ao tratamento do TOC pediátrico. Ainda que pouco estudado no TOC (Waters e Barrett, 2000), o ambiente familiar é apontado por diversos autores como um possível fator

moderador da resposta à TCC para o TOC pediátrico (Piacentini *et al.*, 2003; Barrett *et al.*, 2005; Piacentini, Langley e Roblek, 2007).

Em famílias de crianças com ansiedade, a subdimensão coesão , foi associada à melhor resposta ao tratamento, tanto com TCC como com medicamentos (Bernstein *et al.*, 2001). A coesão familiar também foi associada ao bem-estar da criança e à prevenção de problemas internalizantes e externalizantes (Lucia e Breslau, 2006; Vandeleur *et al.*, 2009). Por essas razões, a coesão é particularmente importante no estudo do TOC pediátrico (Valleni-Basile *et al.*, 1994),.

Peris e colaboradores (Peris *et al.*, 2008) avaliaram pais de 65 crianças e adolescentes de oito a dezessete anos com TOC quanto a presença e gravidade dos sintomas de TOC dos filhos, ansiedade e hostilidade parental, AF e ambiente familiar. Maior AF foi associada a maior gravidade do TOC e maior hostilidade e ansiedade parentais. Em relação ao ambiente familiar, maior coesão e maior organização foram associadas a menor AF. Famílias com mais conflitos foram ainda associadas a maior AF.

Piacentini e colaboradores (Piacentini *et al.*, 1994) e Wagner e colaboradores (Wagner *et al.*, 2003) observaram que crianças e adolescentes com TOC cujo ambiente familiar apresentou maiores índices de conflito tiveram pior resposta ao tratamento. Em um estudo subsequente com 49 jovens com TOC e seus familiares, Peris e colaboradores (Peris *et al.*, 2012) avaliaram a relação entre a gravidade do TOC e a AF e o ambiente familiar antes e depois da TCC envolvendo a família. Famílias com menor conflito e maior coesão responderam melhor ao tratamento e apresentaram menor AF no pós-tratamento. Os autores observaram que apenas 10%

dos jovens com ambiente familiar caracterizado por altos índices de conflito e culpa e baixos índices de coesão familiar responderam à TCC familiar. Já entre os jovens de famílias com índices considerados normais de coesão, conflito e culpa, 93% exibiram resposta ao tratamento do TOC. Portanto, este estudo indica que o funcionamento familiar pode comprometer os resultados da TCC com família.

Peris e Piacentini (Peris e Piacentini, 2013) examinaram dois grupos de tratamento de crianças e adolescentes com TOC com famílias disfuncionais em alguma das dimensões de ambiente familiar. Em um dos grupos os jovens receberam tratamento-padrão de TCC para TOC em doze sessões semanais. No outro grupo, além do tratamento-padrão das crianças e adolescentes, seus pais foram submetidos a seis sessões quinzenais de terapia com foco na melhora do equilíbrio emocional dos pais, melhora do conflito, da culpa e da coesão do ambiente familiar, e com foco em desenvolver a habilidade de resolução de problemas desses pais. Entre os jovens randomizados para o tratamento com sessões adicionais para os pais, 70% foram considerados respondedores e 50% tiveram remissão dos sintomas, enquanto no grupo de jovens que receberam tratamento padrão houve 40% de resposta e 20% de remissão dos sintomas. Esses resultados mantiveram-se no seguimento de três meses do estudo. Apesar de se tratar de um estudo piloto, os investigadores sugeriram que o conflito e a coesão devem ser alvo particularmente importante na intervenção familiar e que podem auxiliar em casos de TOC pediátrico resistente.

Scully (Scully, 2011) examinou 81 crianças e adolescentes com TOC e seus familiares. Os jovens foram submetidos à TCC individual e em grupo. As crianças e os adolescentes e seus pais foram avaliados quanto aos antecedentes psiquiátricos

entre familiares e à resposta ao tratamento de doze semanas dos jovens. Esperava-se observar alteração na expressividade, na coesão e no conflito familiar. Após o tratamento, 42% dos jovens exibiu melhora dos sintomas. Entre os meninos com TOC, a resposta ao tratamento foi maior entre aqueles sem diagnóstico psiquiátrico na família e com índice de expressividade do ambiente familiar baixo antes do tratamento. Entre as meninas com TOC, a resposta ao tratamento foi maior em famílias cujo ambiente familiar apresentou índice de coesão e expressividade altos, e índice de conflito baixo antes do tratamento.

Considerando-se a escassez de estudos abordando as complexas relações entre o tratamento do TOC pediátrico com a psicopatologia parental e o contexto familiar, e a falta de consenso a respeito da necessidade de se incluir rotineiramente uma abordagem centrada na família no tratamento do TOC pediátrico, o presente estudo se propõe a investigar os possíveis benefícios de um tratamento convencional do TOC centrado na criança sobre a ansiedade parental, a AF e o ambiente familiar.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto do tratamento do TOC pediátrico sobre a ansiedade dos pais, sobre a AF e sobre o ambiente familiar.

2.2 Objetivos específicos

- I. Verificar se há variação da ansiedade dos pais após o tratamento dos seus filhos portadores de TOC.
- II. Verificar se a variação da ansiedade dos pais está relacionada à melhora clínica dos seus filhos.
- III. Verificar se há variação da AF após o tratamento dos filhos.
- IV. Verificar se há relação entre a resposta ao tratamento e a diminuição da AF.
- V. Verificar se há variação no ambiente familiar após o tratamento dos filhos.
- VI. Verificar se há relação entre a melhora clínica dos filhos e a melhora no ambiente familiar.

3. HIPÓTESES

- I. Espera-se redução da ansiedade dos pais após o tratamento do TOC dos filhos.
- II. A redução da ansiedade dos pais estaria relacionada à melhora clínica dos filhos.
- III. Espera-se a redução da AF após o tratamento dos filhos.
- IV. A redução da AF estaria relacionada à melhora clínica dos filhos.
- V. O tratamento dos filhos com TOC influenciaria o ambiente familiar nas suas diferentes áreas.
- VI. A melhora clínica dos filhos estaria positivamente associado às mudanças no ambiente familiar

4. METODOLOGIA

4.1 Amostra

Foram convidados a participar do estudo todos os pais de crianças e adolescentes de 7 a 17 anos admitidos para um projeto de tratamento sequencial randomizado do TOC entre maio de 2012 a dezembro de 2013. A amostra inicial incluiu 47 sujeitos, tendo sido 4 excluídos pelo fato dos seus filhos não terem completado o tratamento. No total foram incluídos 43 sujeitos, 31 mães (72,1%) e 12 pais (27,9%) entre 31 e 52 anos ($43,1 \pm 5,6$) de 33 crianças com 7 a 17 anos de idade ($12,9 \pm 2,7$), 18 meninas (54,5%) e 15 meninos (42,4%). Das 33 crianças/adolescentes com TOC, 17 estavam em tratamento com fluoxetina e 16 com TCC. De acordo com a classificação sócio-econômica da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado, a maioria das famílias concentrou-se na classe B1 (45,6%), e a maioria dos pais tinha até o ensino médio (39,5%). Uma das famílias era de etnia oriental e as outras 32 caucasianas. Das 33 crianças, 10 tiveram o pai e a mãe participando deste estudo separadamente.

4.2 Procedimentos

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do HC-FMUSP, tendo sido registrada sob o nº 0793/11. Os pais foram convidados a participar do presente estudo no momento em que seus

filhos foram admitidos no projeto de tratamento sequencial randomizado do TOC pediátrico, inserido no contexto do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência (INPD), uma iniciativa nacional que conta com o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). A divulgação foi feita por meio de anúncios na mídia, na comunidade e nos serviços de saúde mental da rede pública e privada. As crianças e os adolescentes foram atendidos no ambulatório do Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os pais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), concordando com os procedimentos da pesquisa. Os instrumentos respondidos pelos pais foram aplicados pela aluna responsável pelo presente estudo nos momentos pré (semana 0) e pós-tratamento (semana 14) dos seus filhos. A avaliação da gravidade dos SOC dos jovens foi realizada por avaliador cego da equipe do projeto de tratamento, por meio da Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS – Goodman et al., 1989). O questionário avaliando presença de sintomas psiquiátricos nos familiares de primeiro grau foi feito com os pais, no pré-tratamento das crianças, por assistentes de pesquisa treinados nas entrevistas padronizadas pertencentes ao protocolo do ensaio clínico. Consideramos a presença de sintomas ansiosos quando os familiares preenchiam positivamente o questionário para sintomas de pânico, fobias específicas (agorafobia, fobia de altura e fobia social); TDAH ou ansiedade de separação. Para fins deste estudo não utilizamos as questões que davam maior margem para má

interpretação e preenchimento incorreto que se referiam aos sintomas psicóticos, transtorno desafiador opositivo, sintomas maníacos e questões subjetivas sobre internação dos familiares ou tratamentos medicamentosos e acompanhamentos médicos.

O tratamento dos jovens com TOC, filhos dos pais avaliados, consistiu em duas randomizações sequenciais. Na primeira randomização, que constitui a etapa de interesse para este estudo (**Figura 1**), os indivíduos foram alocados para o tratamento com fluoxetina (consultas quinzenais, doses de 10-60 mg/dia), ou com TCC em grupo durante catorze semanas (sessões semanais com 2 horas de duração). A TCC foi realizada em dois grupos distintos, de acordo com a idade: crianças (7 a 11 anos) e adolescentes (12 a 17 anos). Foi utilizado um manual adaptado a partir de uma referência internacional (March e Mulle, 1998; Asbahr *et al.*, 2005) e uma nacional (Cordioli, 2008). As sessões incluíram psicoeducação, técnicas de exposição e prevenção de resposta e duas sessões com a participação dos pais ou responsáveis. No grupo de jovens randomizados para o tratamento medicamentoso, o médico assistente fornecia orientações gerais aos pais ou responsáveis sobre como a família poderia ajudar o jovem a enfrentar os sintomas, porém sem enfatizar técnicas da TCC.

Figura 1. Primeira randomização do tratamento sequencial das crianças e adolescentes com TOC cujos pais participaram deste estudo

TCC = terapia cognitivo-comportamental; R(+) = respondedor; R(-) = não respondedor

4.3 Instrumentos

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (State-Trait Anxiety Inventory) foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1970), traduzido e adaptado para o Brasil (Biaggio e Natalício, 1979) e validado para o Brasil (Gorenstein e Andrade, 1996). Trata-se de uma das medidas de autoavaliação mais utilizadas para quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade (Keedwell e Snaith, 1996). O IDATE é um questionário de autopreenchimento que avalia separadamente dois componentes de ansiedade: o

Estado (IDATE-E) e o Traço (IDATE-T). O IDATE-E estado reflete um estado transitório, portanto variável ao longo do tempo, determinado por sensações de tensão e apreensão com aumento de atividade do sistema nervoso autônomo. O IDATE-T, por sua vez, diz respeito a uma dimensão mais estável, que representa a forma comum do sujeito de responder a situações geradoras de ansiedade (Cattell e Scheier, 1961). Ambas as formas são compostas por vinte itens que avaliam a intensidade (IDATE-E) e a frequência (IDATE-T) de cada uma das afirmações. A consistência interna do IDATE-T, estimada pelo coeficiente alfa, foi de 0,89 (Gorenstein e Andrade, 1996). Os escores ≤ 30 são classificados como níveis de ansiedade baixos; de 31 a 49, médios; e escores igual ou acima de 50, altos.

Escala de Acomodação Familiar (FAS)

A Escala de Acomodação Familiar (*Family Accommodation Scale, FAS*) foi elaborada por Calvocoressi et al. (Calvocoressi *et al.*, 1995) e traduzida por Guedes (Guedes, 1997). Ela é composta por treze questões sobre a influência do transtorno, mudanças na organização e desgaste da família (Guedes, 2001). Avisa o grau em que os membros de uma família acomodam os sintomas do TOC pediátrico e os prejuízos que os familiares e o paciente vivenciam como resultado da acomodação familiar. A FAS avalia quanto a família reforça as compulsões, tem menores expectativas sobre o comportamento da criança, modifica a rotina ou as atividades familiares e ajuda a criança a evitar situações, locais e experiências que possam causar sofrimento (Storch *et al.*, 2007). Os itens são pontuados de acordo com uma escala Likert de 5 pontos de intensidade crescente, variando de 0 a 4. A FAS

demonstrou boas propriedades psicométricas, com consistência interna adequada para a pontuação total, coeficientes alfa variando de 0,76 a 0,80 (Calvocoressi *et al.*, 1995). A pontuação total de 0 a 9 é considerada AF leve; de 10 a 18, moderada; de 19 a 21, grave; de 28 a 36, muito grave. A maior pontuação na FAS foi positivamente relacionada ao estresse familiar e à gravidade dos sintomas e negativamente associada ao funcionamento familiar no estudo original de Calvocoressi (1995).

Escala de Ambiente Familiar (FES)

A Escala de Ambiente Familiar (*Family Environment Scale, FES*) foi validada e desenvolvida por Moss e Moos (Moos e Moos, 1994) e adaptada para o português por Vianna Silva e Souza-Formigoni (Vianna, Silva e Souza-Formigoni, 2007). Existem três versões dessa escala: Forma R (real): como é o ambiente familiar; I (ideal): como gostariam que fosse; E (expectativas): como pode ser no futuro. Em português encontra-se na Forma Real (FES-R- Anexo E).

A FES é uma escala de autopreenchimento composta por noventa itens divididos em dez subdimensões e três dimensões que avaliam as características ambientais e sociais que circunscrevem cada família. Evidências de validade foram descritas por Moss e Moos (Moos e Moos, 2002): a consistência interna da FES varia de 0,61 a 0,78; a confiabilidade teste-reteste varia de 0,52 a 0,91 após um intervalo de oito meses. As dimensões da FES estão divididas em relacionamento interpessoal, manutenção do sistema e crescimento pessoal. Relacionamento interpessoal compreende subdimensões de coesão, expressividade e conflito; manutenção do

sistema é composta pelas subdimensões de organização e controle; a dimensão do crescimento pessoal corresponde a independência, metas, cultura (ou interesses culturais), lazer e religião (Moos e Moos, 2002). As dimensões relacionamento interpessoal e manutenção do sistema relacionam-se ao ambiente familiar interno, enquanto o crescimento pessoal diz respeito às relações da família com o contexto social em que esta é inserida (Romero *et al.*, 2005). A correção é complexa, de acordo com as noventa questões subdivididas entre as dez subdimensões. A soma dos números com mesmo final até noventa (ex. zero, dez, vinte, trinta até noventa) resulta em um valor a partir do qual se depreende uma classificação de média e desvio-padrão específicos e variáveis de acordo com cada subdimensão.

Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS)

A Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Y-BOCS*) é uma medida muito utilizada em ensaios clínicos para avaliar a gravidade dos sintomas obsessivos e compulsivos (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, *et al.*, 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, *et al.*, 1989). É composta por dez itens: cinco avaliam as obsessões e os outros cinco as compulsões, relativos ao tempo ocupado pelos sintomas, incômodo, interferência, resistência e controle sobre os sintomas, variando de 0 (sem sintomas) a 4 (extrema gravidade), com escore máximo de 40 (Anexo F). Os escores totais de 0 a 7 são considerados TOC subclínico; de 8 a 15, TOC leve; de 16 a 23, TOC moderado; de 24 a 31, TOC grave; e maior que 31, TOC de gravidade extrema. Essa escala possibilita a avaliação dos efeitos do tratamento sobre obsessões e

compulsões de forma separada. A escala original tem boas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, *et al.*, 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, *et al.*, 1989).

Questionário de antecedentes psiquiátricos

Este questionário fez parte da anamnese dos pacientes admitidos para o projeto de tratamento sequencial e é composto por 37 questões investigando sintomas psiquiátricos entre os familiares de primeiro grau (pais e irmãos) das crianças com TOC. O questionário contém perguntas investigando sintomas: depressivos, maníacos, psicóticos, ansiosos (pânico, agorafobia, fobia de altura, fobia social, TDAH, ansiedade de separação). Sintomas de transtorno de aprendizagem, transtorno de conduta, SOC's (obsessões e compulsões de limpeza, contaminação, pensamentos intrusivos sexuais e religiosos e colecionismo), e uso nocivo de substâncias (álcool e drogas ilícitas). No questionário ainda foram investigados sintomas de transtornos de aprendizagem, transtorno de conduta, transtorno afetivo bipolar e a busca de tratamento especializado entre os familiares. Cada questão referia-se a um sintoma específico, nas questões compostas de 2 ou 3 itens (ex. 2 e 2A) é considerada a presença do sintoma apenas se o mesmo membro da família preenche positivamente mais de um item.

4.4 Análise dos dados

As variáveis de interesse foram submetidas ao teste Kolmogorov-Smirnov, que confirmou sua distribuição normal. Os escores médios de cada variável antes e depois do tratamento foram comparados por meio do teste *t* pareado. Por conta da normalidade dos dados, as correlações foram analisadas pelo teste de correlação de Pearson no pré-tratamento, no pós-tratamento e nas variações entre pré e pós-

tratamento. O teste *t* pareado foi utilizado também para comparar a amostra dividida em presença/ ausência de cada grupo dos sintomas psiquiátricos investigados nos familiares de primeiro grau (sintomas ansiosos, sintomas depressivos, SOC e uso nocivo de substâncias), com a variação das médias dos escores pré e pós-tratamento da Y-BOCS, IDATE-T e IDATE-E, FAS e FES.

O teste de correlação de Pearson foi feito entre os escores das escalas IDATE-T e IDATE-E *versus* Y-BOCS (associação entre a variação da ansiedade parental e a melhora clínica dos filhos), FAS *versus* Y-BOCS (associação entre a variação do grau de acomodação familiar e a melhora clínica dos filhos), FES *versus* Y-BOCS (associação entre a variação dos escores do ambiente familiar e a melhora clínica dos filhos). Em caráter exploratório, foram analisadas as correlações entre IDATE-T e IDATE-E e FAS.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram analisados com o programa SPSS 21 para Windows.

5. RESULTADOS

5.1 Descrição dos sintomas psiquiátricos ao longo da vida nos pais e familiares de primeiro grau

Ao todo foram investigados 83 familiares de primeiro grau entre os quais os sintomas de ansiedade foram os mais frequentes (31,3%), seguidos dos sintomas depressivos (27,7%) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Frequência de sintomas psiquiátricos nos 83 familiares de primeiro grau de 33 crianças/adolescentes admitidos para o projeto de tratamento sequencial do TOC

Tipo de sintoma psiquiátrico	Familiares de primeiro grau	
	N (83)	% (100)
Sintomas ansiosos	26	31,3
Sintomas depressivos	23	27,7
SOC	22	26,5
Uso nocivo de substâncias	17	20,5

No mesmo questionário, dentre os pais que compõem a amostra deste estudo, os sintomas de ansiedade também foram os mais prevalentes, presentes em 48,8%

dos casos. Para todos os sintomas psiquiátricos investigados o número positivo de mães foi maior do que o de pais (**Tabela 2**).

Tabela 2. Frequência de sintomas psiquiátricos nos 43 pais das crianças/adolescentes admitidos para o projeto de tratamento sequencial do TOC

Tipo de sintoma psiquiátrico	Pais/mães da amostra N (%)		
	N (43)	Mães (N=31)	Pais (N=12)
Sintomas Ansiosos	21 (48,8)	16 (51,6)	5 (41,6)
Sintomas Depressivos	16 (37,0)	13 (41,9)	3 (25,0)
SOC	10 (23,2)	8 (25,8)	2 (16,6)
Uso nocivo de substâncias	10 (23,2)	7 (22,6)	3 (25,0)

5.2. Variação dos escores da ansiedade parental (IDATE traço e estado), da acomodação familiar (FAS), do ambiente familiar (FES) e dos escores da escala Y-BOCS das crianças/adolescentes entre pré e pós-tratamento do TOC pediátrico

Para a amostra global de crianças/adolescentes houve redução significativa da gravidade dos SOC, medida pela variação dos escores da escala Y-BOCS ($t=7,024$; $p=0,000$) entre o pré ($27,66 \pm 4,58$) e o pós-tratamento ($17,53 \pm 8,43$). Não foram observadas diferenças significativas em relação aos escores da Y-BOCS com TCC em grupo ($-11,7 \pm 7,97$) ou fluoxetina ($-8,76 \pm 8,09$).

Considerando as nossas variáveis de interesse, após o tratamento das crianças/adolescentes com TOC com fluoxetina ou TCC em grupo, não foram

observadas variações significativas da ansiedade parental (medidas pelo IDATE traço e estado), mas observou-se redução significativa dos escores de desgaste e da acomodação familiar (medidos pela FAS) e aumento significativo dos escores de coesão e lazer familiares (medidos pela FES) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Variação dos escores da ansiedade parental (Traço e Estado), da acomodação familiar e do ambiente familiar no pré e no pós-tratamento das crianças/adolescentes com TCC em grupo ou com fluoxetina

	Pré-tratamento		Pós-tratamento		N	t	GL	p*
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão				
IDATE-T	44,33	11,10	41,35	11,25	43	1,907	42	0,063
IDATE-E	42,63	8,50	38,93	11,34	43	1,810	42	0,077
FAS	17,44	6,92	6,49	4,85	43	11,121	42	0,000
FES coesão	5,60	2,38	7,30	3,02	43	-5,422	42	0,000
FES expressividade	5,37	1,62	5,28	1,64	43	0,335	42	0,740
FES conflito	3,58	2,30	3,12	2,33	43	1,355	42	0,183
FES independência	5,16	1,31	5,35	1,60	43	-0,831	42	0,411
FES metas	5,63	1,56	5,44	1,44	43	0,813	42	0,421
FES cultura	4,72	1,88	4,63	2,01	43	0,276	42	0,784
FES lazer	4,60	2,52	5,26	2,55	43	-2,308	42	0,026
FES religião	5,81	1,78	5,86	2,01	43	-0,163	42	0,872
FES organização	6,12	2,04	6,65	1,91	43	-1,840	42	0,073
FES controle	5,19	1,44	5,42	1,42	43	-0,919	42	0,363

*Comparação por teste t pareado. Y-BOCS: Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos; IDATE-T: Inventário de Ansiedade Traço-Estado, forma Traço; IDATE-E: Inventário de Ansiedade Traço-Estado, forma Estado; FAS: Escala de Acomodação Familiar; FES: Escala de Ambiente Familiar

5.3 Correlações entre ansiedade parental, acomodação familiar e ambiente familiar com a variação dos escores Y-BOCS das crianças/adolescentes no pré, no pós-tratamento e na variação entre pré e pós tratamento.

No **pré-tratamento** foi observada correlação positiva entre a gravidade dos SOC dos filhos e o grau de acomodação familiar, e correlação negativa entre a gravidade dos SOC dos filhos e o direcionamento da família para metas (medida pela FES). Na análise exploratória, o traço de ansiedade parental, medido pelo IDATE-T, correlacionou-se positivamente com o grau de conflito do ambiente familiar (medido pela FES) (**Tabela 4**).

Tabela 4. Correlações entre a Ansiedade Parental (Traço e Estado), a Acomodação Familiar e o Ambiente Familiar com a gravidade dos SOC no pré-tratamento

		IDT	IDE	FAS	FES coe	FES expr	FES conf	FES indep	FES metas	FES Cult	FES laz	FES Relig	FES org	FES contr
Y- BOCS	r	-0,044	-0,123	0,311*	-0,064	0,296	-0,186	0,003	-0,382*	0,298	-0,123	-0,069	-0,034	-0,049
	p	0,781	0,431	0,043	0,683	0,082	0,233	0,986	0,011	0,052	0,434	0,659	0,828	0,754
IDT	r	1	0,513*	0,182	-0,200	-0,077	0,313*	0,262	0,271	-0,046	-0,004	0,160	-0,296	-0,174
	p		0,000	0,243	0,198	0,623	0,041	0,090	0,078	0,771	0,981	0,305	0,054	0,264

Teste de correlação de Pearson pré-tratamento: Y-BOCS: Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; IDT: Inventário de Ansiedade Traço; IDE: Inventário de Ansiedade Estado; FAS: Escala de Acomodação Familiar; FES: Escala de Ambiente Familiar subdimensões: coe (coesão), expr (expressividade), conf (conflito), indep (independência), metas (direcionamento a metas futuras), cult (cultura), laz (lazer), relig (religiosidade), org (organização), e contr (controle)

No **pós-tratamento**, a gravidade dos SOC dos filhos (Y-BOCS2) permaneceu positivamente correlacionada ao grau de acomodação familiar (FAS2) (**Tabela 5**).

As correlações entre a variação das medidas da FAS e da FES e a variação dos escores Y-BOCS das crianças/adolescentes são apresentadas na **Tabela 6**. Observou-se que o maior grau de coesão familiar no pré-tratamento (FES) correspondeu a maior redução do escore inicial da Y-BOCS ($r=-0,381$; $p=0,013$).

Tabela 5. Correlações entre a Ansiedade Parental (Traço e Estado), a Acomodação Familiar e o Ambiente Familiar e a gravidade dos SOC das 33 crianças/adolescentes com TOC no pós-tratamento

		IDT	IDE	FAS	FES coe	FES expr	FES conf	FES indep	FES metas	FES cult	FES laz	FES relig	FES org	FES contr
Y- BOCS	R	-0,044	-0,123	0,414*	-0,036	-0,120	-0,013	-0,005	-0,142	0,016	0,043	-0,084	-0,097	-0,285
	P	0,780	0,431	0,006	0,820	0,450	0,934	0,977	0,371	0,922	0,785	0,596	0,540	0,067

Teste de correlação de Pearson pós-tratamento: Y-BOCS: Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; IDT: Inventário de Ansiedade Traço; IDE: Inventário de Ansiedade Estado; FAS: Escala de Acomodação Familiar; FES: Escala de Ambiente Familiar subdimensões: coe (coesão), expr (expressividade), conf (conflito), indep (independência), metas (direcionamento a metas futuras), cult (cultura), laz (lazer), relig (religiosidade), org (organização), e contr (controle)

Tabela 6. Correlações entre a variação pré e pós-tratamento da Ansiedade Parental (Traço e Estado), da Acomodação Familiar e do Ambiente Familiar e a variação da gravidade dos SOC (escores Y-BOCS) das 33 crianças/adolescentes com TOC

		IDT	IDE	FAS	FES coe	FES expr	FES conf	FES ind	FES met	FES cult	FES laz	FES relig	FES org	FES cont
Y-BOCS	r	-0,079	-0,010	0,157	0,381*	0,152	-0,041	0,093	-0,015	0,144	0,034	0,135	0,048	-0,283
	P	0,619	0,947	0,321	0,013	0,337	0,796	0,558	0,924	0,362	0,830	0,395	0,763	0,069

Teste de correlação de Pearson pós menos pré-tratamento: Y-BOCS: Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; IDT: Inventário de Ansiedade Traço; IDE: Inventário de Ansiedade Estado; FAS: Escala de Acomodação Familiar; FES: Escala de Ambiente Familiar subdimensões: coe (coesão), expr (expressividade), conf (conflito), indep (independência), metas (direcionamento a metas futuras), cult (cultura), laz (lazer), relig (religiosidade), org (organização), e contr (controle)

5.4 Presença de sintomas psiquiátricos nos pais e sua relação com a ansiedade parental, a acomodação familiar e o ambiente familiar

A ansiedade traço e estado apresentaram redução significativa quando os familiares de primeiro grau não apresentaram sintomas psiquiátricos (sintomas de ansiedade, depressão, SOC e uso nocivo de substâncias) (**Tabela 7**). Já entre os pais/mães da amostra a ansiedade não apresentou variação de acordo com a presença ou ausência de sintomas (**Tabela 8**).

Independentemente da presença de sintomas psiquiátricos, na maioria dos casos, entre os pais investigados e familiares de primeiro grau (N=83), a acomodação familiar e o escore da Y-BOCS dos jovens reduziram após o tratamento, enquanto a coesão familiar (FES – coesão) aumentou (**Tabela 7 e 8**).

Tabela 7. Presença de sintomas psiquiátricos em familiares de primeiro grau em relação às médias de variação da Ansiedade Parental (Traço e Estado), da Acomodação Familiar e do Ambiente Familiar e do escore da Y-BOCS das 33 crianças/adolescentes com TOC pré e pós-tratamento

Sintomas psiquiátricos entre os 83 familiares de primeiro grau									
		C/Sintoma Ansiedade	S/Sintoma Ansiedade	C/Sintomas Depressão	S/Sintomas Depressão	C/SOC	S/SOC	C/ uso nocivo de substâncias	S/ uso nocivo de substâncias
N		26	57	23	60	22	61	17	66
Y-BOCS	t	8,771	3,068	6,220	4,961	5,899	5,352	3,821	6,948
	p	0,000	0,008	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000
IDT	T	1,629	1,943	1,551	0,964	1,444	2,194	0,377	3,112
	p	0,116	0,041	0,133	0,045	0,165	0,040	0,714	0,004
IDE	t	0,521	3,897	0,436	5,882	1,002	1,991	-0,251	3,059
	p	0,607	0,001	0,666	0,000	0,329	0,040	0,807	0,005
FAS	t	8,857	6,813	8,852	6,225	9,498	6,532	4,810	9,749
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
FES coe	t	-3,696	-4,155	-3,978	-3,434	-3,278	-4,328	-1,530	-5,602
	p	0,001	0,001	0,000	0,004	0,040	0,000	0,157	0,000

Teste *t* pareado comparação entre presença/ausência de: sintomas de ansiedade, sintomas depressivos, SOC e uso nocivo de substâncias com as médias pré e pós-tratamento de Y-BOCS: Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; IDT: Inventário de Ansiedade Traço; IDE: Inventário de Ansiedade Estado; FAS: Escala de Acomodação Familiar; FES: Escala de Ambiente Familiar subdimensão coe (coesão)

Tabela 8. Presença de sintomas psiquiátricos em pais da amostra em relação às médias de variação da Ansiedade Parental (Traço e Estado), da Acomodação Familiar e do Ambiente Familiar e do escore da Y-BOCS das 33 crianças/adolescentes com TOC pré e pós-tratamento

		Sintomas psiquiátricos entre os 43 pais							
		C/Sintoma Ansiedade	S/Sintoma Ansiedade	C/Sintomas Depressão	S/Sintomas Depressão	C/SOC	S/SOC	C/ uso nocivo de substâncias	S/ uso nocivo de substâncias
N		21	22	16	27	10	33	10	33
Y-BOCS	t	7,191	4,445	5,089	6,068	4,041	6,852	2,403	7,519
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000	0,074	0,000
IDT	t	1,162	1,569	2,215	0,636	0,661	1,861	-0,660	3,640
	p	0,259	0,131	0,042	0,530	0,527	0,072	0,545	0,001
IDE	t	0,761	1,790	0,745	1,788	0,724	1,664	-0,549	2,785
	p	0,455	0,088	0,467	0,086	0,489	0,106	0,612	0,008
FAS	t	9,111	7,000	8,033	7,975	5,909	9,476	3,012	10,412
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,039	0,000
FES coe	t	-3,270	-4,434	-3,942	-3,741	-3,336	-4,400	-1,470	-5,237
	p	0,004	0,000	0,001	0,001	0,010	0,000	0,216	0,000

Teste *t* pareado comparação entre presença/ausência de: sintomas de ansiedade, sintomas depressivos, SOC e uso nocivo de substâncias com as médias pré e pós-tratamento de Y-BOCS: Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; IDT: Inventário de Ansiedade Traço; IDE: Inventário de Ansiedade Estado; FAS: Escala de Acomodação Familiar; FES: Escala de Ambiente Familiar subdimensão coe (coesão)

5.5 Análise dos resultados segundo a classificação-padrão dos instrumentos

A **Tabela 9** descreve a acomodação familiar de acordo com a classificação-padrão do instrumento (FAS) pré e no pós-tratamento das crianças com TOC. Antes do tratamento 32,5% dos familiares avaliados apresentavam AF grave e 13,9% tinham AF leve, no pós-tratamento apenas 4,6% deles exibiram AF grave e a maioria, 79% apresentou AF leve.

A **Tabela 10** descreve a associação entre a presença de sintomas psiquiátricos nos pais, as medidas do IDATE-T de acordo com a sua classificação-padrão e a resposta ao tratamento. Entre a amostra total dos pais 32,5% tinham traço alto de ansiedade pré-tratamento das crianças com TOC, passando a 23,2% após o tratamento das mesmas.

Tabela 9. Classificação-padrão da FAS entre os 43 pais pré e pós-tratamento dos filhos com TOC

	Classificação-padrão							
	Leve		Moderada		Grave		Muito grave	
	N	%	N	%	N	%	N	%
FAS Pré- tratamento	6	13,9	18	41,8	14	32,5	5	11,6
FAS Pós- tratamento	34	79,0	8	18,6	2	4,6	0	0

Tabela 10. Associação entre a presença de sintomas psiquiátricos nos pais, medidas do IDATE-traço de acordo com a sua classificação-padrão e a resposta dos filhos ao tratamento ($Y\text{-BOCS} \leq 50\%$) no pós-tratamento

	N total	IDATE-T alto		IDATE-T médio		IDATE-T baixo		Y-BOCS $\leq$ 50%	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Pais da amostra									
Amostra total pré tratamento	43	14	32,5	23	53,4	6	13,9	-	-
Amostra total pós-tratamento	43	10	23,2	24	55,8	9	20,9	38	65,1
Sintomas ansiosos	21	9	42,8	10	47,6	2	9,5	10	47,6
Sintomas depressivos	16	7	43,7	8	50	1	6,2	7	43,7
SOC	10	4	40	4	40	2	20	4	40
Uso nocivo de substâncias	10	0	0	8	80	2	20	3	30

6. DISCUSSÃO

No presente estudo investigamos o impacto do tratamento do TOC pediátrico sobre a Ansiedade Parental, a Acomodação Familiar e o Ambiente Familiar. Foram avaliados 43 pais, cujos filhos foram tratados por catorze semanas com fluoxetina ou TCC em grupo. Independentemente do tipo de tratamento que receberam, os 33 jovens apresentaram melhora significativa do TOC. Esse resultado é consistente com diversos estudos que demonstram a eficácia da TCC e dos ISRS no tratamento do TOC pediátrico (Geller *et al.*, 2003; Barrett, Healy-Farrell e March, 2004; Stock e Andrews, 2004; Team, 2004; Abramowitz, Whiteside e Deacon, 2005; Asbahr *et al.*, 2005; Barrett *et al.*, 2008; Freeman *et al.*, 2008; Watson e Rees, 2008; Freeman *et al.*, 2014).

Diferentemente da nossa hipótese, após catorze semanas de tratamento dos jovens não observamos variação significativa da ansiedade dos pais, tanto nas medidas de traço, como no estado do IDATE. Também não foi observada correlação entre a variação da ansiedade traço e estado com a melhora clínica das crianças e dos adolescentes medida pela Y-BOCS. No entanto, houve uma tendência à variação da ansiedade traço dos pais após o tratamento dos seus filhos.

Esses resultados podem ser indicativos de que o nível de ansiedade dos pais de jovens com TOC não sofre alteração quando seus filhos são tratados ou apresentam melhora dos SOC. Além disso, o intervalo de 14 semanas pode ter sido insuficiente para avaliar as mudanças na ansiedade parental e outras fontes de estresse parental (desemprego, luto, dificuldades conjugais, etc) podem ter interferido no grau de

ansiedade dos pais e mães avaliados. A falta de evidências da variação da ansiedade parental pode ainda ser reflexo ainda da falta de poder amostral ou de uma limitação do instrumento escolhido para a avaliação da ansiedade parental.

Embora o IDATE seja uma medida de ansiedade bem estabelecida, amplamente utilizada em estudos em diferentes campos da pesquisa em saúde (Mcdowell, 2006), um estudo de validação brasileiro (Gorenstein e Andrade, 1996) mostrou que apenas 57,4% dos pacientes com transtorno de ansiedade apresentavam alto traço de ansiedade medido pelo IDATE.

Outro aspecto a ser considerado é que o IDATE parece ser sensível não só à ansiedade, mas também à combinação de ansiedade e depressão (Bieling, Antony e Swinson, 1998; Bados, Gómez-Benito e Balaguer, 2010). Por exemplo, existem evidências de que o IDATE apresenta maior correlação com escalas de depressão, como o Inventário de Depressão de Beck (Tanaka-Matsumi e Kameoka, 1986; Gorenstein e Andrade, 1996), do que com outras escalas de ansiedade, tais como o Inventário de Ansiedade de Beck ($r=0,63$) (Creamer, Foran e Bell, 1995). De acordo com os dados de Gorenstein e Andrade (Gorenstein e Andrade, 1996), não observamos correspondência entre os sintomas de ansiedade relatados pelos pais com as respectivas pontuações do IDATE: dos pais com sintomas ansiosos, 42,8% tinham traço alto de ansiedade, em relação a 43,7% dos pais que referiram sintomas depressivos.

A presença de psicopatologia nos pais poderia, de alguma forma, influenciar as medidas da ansiedade ao longo desse estudo. Em função disso, e levando-se em consideração que pais de jovens com TOC podem ser mais suscetíveis a desenvolver

sintomas e transtornos de humor (Grados *et al.*, 2001; Calvo *et al.*, 2007), foram pesquisados sintomas de ansiedade, depressão, SOC e uso nocivo de substâncias nos familiares de primeiro grau das crianças e dos adolescentes com TOC. De acordo com estudos anteriores que observaram maior prevalência de ansiedade nos familiares de primeiro grau de portadores do TOC em comparação com as famílias sem transtornos psiquiátricos (Rosário-Campos, 2004; Hanna *et al.*, 2005).

Interessantemente, quando os familiares de primeiro grau não apresentaram sintomas psiquiátricos, houve redução do traço e do estado de ansiedade dos pais após o tratamento dos seus filhos. É possível que pais de indivíduos com TOC, vivendo experiências de estresse e sofrimento com seus filhos, tenham uma ansiedade provocada pela situação, independente da presença de psicopatologia neles próprios.

Pela perspectiva da resposta ao tratamento dos jovens em relação à psicopatologia parental, observamos que quase metade (47,6%) dos filhos cujos pais relataram sintomas de ansiedade não tiveram redução do escore inicial da Y-BOCS superior ou igual a 50% após o tratamento do TOC (critério de resposta do estudo de tratamento). A porcentagem das crianças que apresentaram resposta ao tratamento foi ainda menor entre filhos de pais com sintomas depressivos (43,7%), com SOC (40%) e com uso nocivo de substâncias (30%).

Confirmando os resultados de estudos anteriores (Sukhodolsky *et al.*, 2005; Storch *et al.*, 2007; Merlo *et al.*, 2009; Flessner *et al.*, 2011), a maioria dos pais desta amostra apresentou algum grau de AF antes do tratamento de seus filhos. Além disso, também em conformidade com a literatura (Calvocoressi *et al.*, 1995; Calvocoressi *et*

al., 1999; Renshaw, Steketee e Chambless, 2005; Storch *et al.*, 2007; Soares Neto, Teles e Rosa, 2011), o grau de AF apresentou associação positiva com a gravidade dos sintomas tanto no pré como no pós-tratamento. Este estudo foi um dos poucos avaliando AF após tratamento medicamentoso do TOC e, diferentemente de estudos prévios com TCC (Merlo *et al.*, 2009; Garcia *et al.*, 2010), a redução da AF não esteve associada à redução da gravidade dos sintomas dos jovens.

A redução da AF ocorreu, ainda, independentemente da presença de sintomas de ansiedade, depressão, SOC e uso nocivo de substâncias entre os pais e familiares de primeiro grau dos jovens tratados. É possível que a AF, nesses casos, esteja associada em maior grau com as solicitações dos jovens para suas famílias do que com possíveis sintomas dos pais, e que a acomodação tenha diminuído porque os filhos passaram a exercer menos pressão sobre os pais para aliviarem seu sofrimento após a melhora clínica.

A coesão é uma das subdimensões mais importantes do ambiente familiar, e um fator de proteção contra variáveis estressoras na vida dos indivíduos, sendo a base de diversas linhas de estudo da teoria sistêmica (Moos e Moos, 2002; Olson, Sprenkle e Russel, 1979). Confirmando os resultados observados por outros autores (Jiménez *et al.*, 2011; Peris *et al.*, 2012), nesse estudo a coesão do ambiente familiar foi positivamente correlacionada com a melhora clínica dos jovens, tendo sido a única variável do ambiente familiar a apresentar esta correlação. No entanto, assim como Peris e colaboradores (Peris *et al.*, 2012), no pré-tratamento não observamos correlação entre a coesão familiar e a gravidade dos sintomas. Além disso, o escore da coesão apresentou

variação significativa entre o pré e o pós-tratamento e aumentou independentemente da presença dos sintomas psiquiátricos nos familiares de primeiro grau.

O aumento da subdimensão lazer do ambiente familiar após o tratamento pode estar relacionado tanto à melhora clínica dos jovens e à consequente diminuição da esquiva e aumento da exposição a diversas situações que envolvam o lazer, como à diminuição da acomodação familiar que reforçava a esquiva das situações de lazer que disparavam as obsessões e compulsões (Calvocoressi *et al.*, 1995; Storch *et al.*, 2007).

A correlação observada entre a maior gravidade dos SOC no pré-tratamento e o menor escore de metas no ambiente familiar pode sugerir que as metas da família tendem a ficar enfraquecidas quando um de seus membros apresenta um quadro clínico relevante como o TOC. Nesse caso, é possível que os familiares foquem toda a atenção e esforços no bem-estar da criança, em detrimento de outras metas do grupo familiar ou individuais.

Diferentemente de estudos anteriores (Piacentini *et al.*, 1994; Wagner *et al.*, 2003), o subdomínio conflito do ambiente familiar não foi significativamente associado à resposta ao tratamento, nem teve variação significativa após o tratamento dos jovens deste estudo. Porém, como resultado secundário, observamos que no pré-tratamento dos filhos a ansiedade traço dos pais esteve correlacionada positivamente com a subdimensão conflito da FES. De acordo com Amir, Freshman e Foa (Amir, Freshman e Foa, 2000) é frequente que pais de crianças com TOC, especialmente aqueles com sintomas ansiosos, estabeleçam com seus filhos uma interação com maior rejeição e crítica. A rejeição e a crítica parental podem gerar respostas negativas nos jovens,

desgastando a família como um todo, aumentando os SOC e os conflitos entre seus membros. Ademais, o padrão superprotetor, comum entre pais com sintomas de ansiedade, pode ser outro potencializador do conflito em famílias de jovens com TOC.

Após o tratamento do TOC pediátrico com TCC em grupo ou fluoxetina, não observamos variação significativa do ambiente familiar nas subdimensões: expressividade, conflito, organização, controle, independência, metas, cultura e religião. Além disso, não foram observadas correlações das subdimensões do ambiente familiar com a gravidade dos sintomas após essas duas modalidades de tratamento. A escassez de estudos nessa área e a utilização de diferentes medidas de ambiente e de funcionamento familiar entre os estudos, como a Family Assessment Clinician-Rated Interview (Ehrenreich *et al.*, 2009), dificultam a comparação dos nossos resultados com estudos prévios.

Embora o protocolo-padrão indicado pela AACAP (Psychiatry, 2012) para o tratamento do TOC pediátrico com TCC envolva orientações gerais e psicoeducacionais para os familiares, ele pode não ser suficiente para promover mudanças efetivas no ambiente familiar (Peris e Piacentini, 2013). Acreditamos que estudos futuros deverão investigar mais profundamente o ambiente familiar entre as famílias com TOC pediátrico para levar ao desenvolvimento de estratégias de abordagem familiar mais específicas e efetivas para essa população.

Algumas limitações deste estudo merecem ser citadas. O projeto de tratamento sequencial para o TOC pediátrico já estava em andamento quando este estudo foi iniciado, o que acabou resultando em um número amostral relativamente pequeno, de 43

pais e 33 jovens. O tamanho da amostra, portanto, não teve poder suficiente para analisar a ansiedade parental, a acomodação familiar e o ambiente familiar enquanto fatores moderadores, mediadores e preditores de resposta ao tratamento do TOC pediátrico. Outra limitação foi a falta de um grupo controle (pais cujos filhos com TOC não receberam tratamento), já que o estudo de tratamento sequencial não poderia manter as crianças admitidas numa espera de catorze semanas até o início do tratamento. Como pontos fortes desse estudo podemos citar o desenho longitudinal, prospectivo, com medidas tomadas por meio de instrumentos validados e amplamente utilizados na literatura. O instrumento utilizado na avaliação da sintomatologia psiquiátrica dos familiares de primeiro grau, por sua vez, é indireto e não estruturado, podendo gerar um viés das informações coletadas.

7. CONCLUSÃO

Nesta amostra de pais de jovens com TOC submetidos ao tratamento com TCC em grupo ou fluoxetina não foi observada redução da ansiedade parental traço e estado após o tratamento dos seus filhos, nem associação entre essa redução e a melhora clínica dos jovens. No entanto, constatou-se redução da ansiedade parental traço e estado entre aqueles sem histórico familiar de sintomas psiquiátricos.

Houve redução da acomodação familiar após o tratamento dos jovens, e essa redução esteve associada à melhora clínica dos jovens no pós-tratamento.

Com relação ao ambiente familiar, a subdimensão coesão foi a que demonstrou maior sensibilidade às mudanças decorrentes do tratamento, tendo apresentado aumento associado com a melhora clínica dos jovens.

Entre os desfechos secundários, a subdimensão lazer aumentou significativamente entre o pré e o pós-tratamento, e as metas da família foram negativamente associadas à gravidade dos sintomas. As outras subdimensões (conflito, expressividade, independência, cultura, religião, controle e organização) não apresentaram variação nem estiveram associadas à melhora clínica dos jovens.

8. ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com TOC sobre a ansiedade parental

O Sr(a) está sendo convidado a participar de projeto de pesquisa que avalia o impacto do tratamento de crianças e adolescentes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) na ansiedade dos senhores pais. O objetivo desta pesquisa é avaliar pais de crianças e adolescentes com TOC, entre 6 e 17 anos, antes e após as 14 semanas de tratamento dos seus filhos, com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ou fluoxetina. Pretendemos investigar o efeito do tratamento das crianças na ansiedade traço-estado, acomodação familiar e funcionamento familiar dos senhores.

Para isso, o sr. (a) deverá preencher 3 questionários. O Inventário de Ansiedade Traço e Estado, que é uma das medidas mais utilizadas para avaliação da ansiedade e é dividida em duas formas, cada uma composta de 20 itens. A Escala de Ambiente Familiar (FES), com 90 itens divididos em 10 sub-dimensão e 3 dimensões, que mede características ambientais e sociais de cada família. E a Escala de Acomodação Familiar (FAS), que tem 13 questões acessando o quanto a família é influenciada pelos rituais e obsessões do membro com TOC.

A sua colaboração neste estudo vai ajudar a definir como é a influencia do TOC na ansiedade familiar e se o tratamento deve ou nao incluir pais e familiares.

O Sr.(a) poderá ter acesso aos objetivos do estudo, se assim desejar. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em uma revista científica mas o sr.(a) nao será identificado por nome em nenhum momento. A analise dos dados desta pesquisa será feita com a junção dos dados de todos os pais incluídos, sem a identificação de nenhum dos senhores. Sua participação no estudo é voluntária, o que significa que caso você decida não participar, esta decisao nao afetará o tratamento de seu filho. Você também poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento sem prejuízo no tratamento de seu filho. Sua participação nesta pesquisa não traz despesas para o Sr(a) em qualquer fase do estudo e também não se converte em qualquer tipo de compensação financeira relacionada à sua participação, mas permite compreender o ambiente em que o TOC se desenvolve para desenvolver novas estratégias de tratamento. Este estudo não oferece nenhum risco aos pacientes já que não se utiliza de medicação ou exames, requisitando dos Sres.(as) apenas do preenchimento de questionários.

Os participantes deste estudo comprometem-se a responder fidedignamente às perguntas dos 3 questionários citados. Em caso de dúvida relacionada a esta pesquisa,

em qualquer etapa você poderá entrar em contato com a Dra Roseli Gedanke Shavitt tel. (11) 26616972. Endereço: Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 – 3º andar Ala Norte, CEP, 01060- 970, São Paulo, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa localizado na Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel. 11 26616165 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com TOC sobre a ansiedade parental**”.

Eu discuti com a Dra. Roseli Gedanke Shavitt sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data / /

Assinatura da testemunha Data / /

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data / /

Anexo B. Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE-T

Spielberger, Gorsuch e Lushene (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1970); tradução Biaggio e Natalício, 1979 (Biaggio e Natalício, 1979); validação para o português por Gorenstein e Andrade (Gorenstein e Andrade, 1996)

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Quase sempre....4 Às vezes.....2
Frequentemente.....3 Quase nunca....1

Item	Descrição	
1	Sinto-me bem	1 2 3 4
2	Canso-me facilmente	1 2 3 4
3	Tenho vontade de chorar	1 2 3 4
4	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1 2 3 4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rápidas	1 2 3 4
6	Sinto-me descansado	1 2 3 4
7	Sinto-me calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1 2 3 4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1 2 3 4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1 2 3 4
10	Sou feliz	1 2 3 4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1 2 3 4
12	Não tenho confiança em mim mesmo	1 2 3 4
13	Sinto-me seguro	1 2 3 4
14	Evito ter que enfrentar crises e problemas	1 2 3 4
15	Sinto-me deprimido	1 2 3 4
16	Estou satisfeito	1 2 3 4
17	Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1 2 3 4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1 2 3 4
19	Sou uma pessoa estável	1 2 3 4
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1 2 3 4

Anexo C. Inventário de Ansiedade Estado – IDATE-E

Spielberger, Gorsuch e Lushene (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1970); tradução Biaggio e Natalício, 1979 (Biaggio e Natalício, 1979); validação para o português por Gorenstein e Andrade (Gorenstein e Andrade, 1996)

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

Muitíssimo.....4 Um pouco.....2
Bastante 3 Absolutamente não1

Item	Descrição	
1	Sinto-me calmo(a)	1 2 3 4
2	Sinto-me seguro(a)	1 2 3 4
3	Estou tenso(a)	1 2 3 4
4	Estou arrependido(a)	1 2 3 4
5	Sinto-me à vontade	1 2 3 4
6	Sinto-me perturbado(a)	1 2 3 4
7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1 2 3 4
8	Sinto-me descansado(a)	1 2 3 4
9	Sinto-me ansioso(a)	1 2 3 4
10	Sinto-me em “casa”	1 2 3 4
11	Sinto-me confiante	1 2 3 4
12	Sinto-me nervoso(a)	1 2 3 4
13	Estou agitado(a)	1 2 3 4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1 2 3 4
15	Estou descontraído(a)	1 2 3 4
16	Sinto-me satisfeito(a)	1 2 3 4
17	Estou preocupado(a)	1 2 3 4
18	Sinto-me superexcitado(a) e confuso(a)	1 2 3 4
19	Sinto-me alegre	1 2 3 4
20	Sinto-me bem	1 2 3 4

Anexo D. Escala de Acomodação Familiar – FAS (Calvocoressi et al.,1995;
tradução Guedes, 1997)

Participação em comportamentos relacionados aos sintomas durante o mês passado

1. Com que freqüência você tornou possível os comportamentos compulsivos do,
dando condições para a realização destes comportamentos?

nunca 1 a 3/mês 1 a 2/sem 3 a 6/sem diariamente

2. Com que freqüência você participou de comportamentos compulsivos de.....?

nunca 1 a 3/mês 1 a 2/sem 3 a 6/sem diariamente

3. Com que freqüência você reassegurou (respondeu as perguntas de forma a
tranquilizá-lo)?

nunca 1 a 3/mês 1 a 2/sem 3 a 6/sem diariamente

4. Com que freqüência você auxiliou o paciente a evitar as coisas que poderiam deixá-lo mais
nervoso?

nunca 1 a 3/mês 1 a 2/sem 3 a 6/sem diariamente

5. Você evitou fazer coisas, ir a lugares ou estar com pessoas por causa dos comportamentos
obsessivo-compulsivos de.....?

nunca 1 a 3/mês 1 a 2/sem 3 a 6/sem diariamente

Modificações na organização da família durante o último mês

6. Você modificou sua rotina familiar por causa dos comportamentos obsessivo-compulsivos de
.....?

nunca poucas vezes moderadamente muitas vezes sempre

7. Você teve que fazer coisas para a família que, usualmente, são de responsabilidade de
.....?

nunca poucas vezes moderadamente muitas vezes sempre

8. Você modificou seu esquema de trabalho por causa das necessidades de?

nunca poucas vezes moderadamente muitas vezes sempre

9. Você modificou suas atividades de lazer por causa das necessidades de?

nunca poucas vezes moderadamente muitas vezes sempre

Desgaste da família

10. Nas questões anteriores você faliu de coisas que você e sua família fazem por causa dos comportamentos obsessivo-compulsivos do paciente. Fazer estas coisas causa desgaste para você e sua família? Em que grau?

nada pouco moderadamente muito muitíssimo

Consequências de não participar dos comportamentos relacionados ao sintoma do

.....

11. fica perturbado/nervoso quando você não lhe deu assistência? Em que grau?

nada pouco moderado grave extremo

12. ficou bravo/agressivo quando você não lhe deu assistência? Em que grau?

nada pouco moderado grave extremo

13. passou mais tempo realizando os comportamentos compulsivos quando você não lhe deu assistência? Quanto mais?

Anexo E. Escala de Ambiente Familiar (Forma R) – FES (Moos e Moos, 1994;
tradução Vianna et al., 2007)

Posição na família (assinale uma): ___ mãe/esposa ___ pai/marido ___ filho/filha
___ enteado/enteada ___ outra_____

Por favor, responda todas as 90 questões abaixo colocadas. São questões sobre famílias. Se considerar que a frase se aplica bastante ou muito à sua família assinale com um X o retângulo à frente na mesma linha e embaixo do Verdadeiro. Se a frase aplica mesmo pouco ou nada à sua família assinale com um X na mesma linha e embaixo do Falso.

Pode às vezes ter a sensação que algumas das afirmações são verdadeiras relativamente a algum membro de sua família e falsas em relação a outros. Assinale V (verdadeiro) se a afirmação for verdadeira para maior parte dos membros da família. Escolha F (Falso) se a afirmação for falsa para a maior parte dos membros da família. Se os membros da família se dividirem igualmente pelas duas opções, decida qual a impressão geral mais forte e responda de acordo com ela.

Lembre-se que gostaríamos de saber qual **a sua impressão sobre a sua família**. Por isso não tente adivinhar a forma como os outros membros vêem a sua família. *Preencha o questionário sem ajudas.*

	V	F
1.Na nossa família ajudamos e apoiamos uns aos outros		
2.Geralmente os membros da família guardam para si seus próprios sentimentos		
3.Brigamos muito na nossa família		
4.Na nossa família não é freqüente fazermos coisas sozinhos		
5.Achamos que é importante sermos os melhores em qualquer coisa que fazemos		
6.Falamos de temas políticos e sociais com freqüência		
7.Passamos a maior parte dos fins de semana de feriados em casa		
8.Os membros da nossa família vão com regularidade aos cultos ou à formação religiosa		
9.As atividades da nossa família são cuidadosamente planejadas		
10.Os membros na nossa família raramente recebem ordens		
11.Muitas vezes temos a impressão de que só estamos em casa para “passar o tempo”		
12.Em casa podemos dizer o que queremos		
13.Os membros da família raramente se zangam abertamente		
14.Em nossa família somos fortemente encorajados a ser independentes		
15.Para nossa família é muito importante triunfar na vida		
16.Raramente assistimos a conferências, a peças de teatros ou a concertos.		

17.É freqüente os amigos aparecerem para jantar ou para uma visita.		
18.Na nossa família não fazemos orações		
19.Somos geralmente muito arrumados e limpos		
20.Na nossa família há muito poucas regras para se cumprir		
21.Todos nos esforçamos muito no que fazemos em casa		
22.É difícil “desabafar” em casa sem chatear alguém		
23.Os membros de nossa família ficam as vezes tão zangados que atiram coisas		
24.Na nossa família decidimos as coisas sem opiniões de fora dela.		
25.Para nós não é muito importante quanto de dinheiro cada um ganha		
26.Aprender coisas novas e diferentes é muito importante em nossa família		
27.Ninguém em nossa família pratica algum esporte: futebol, basquete, etc.		
28.Freqüentemente falamos do sentido religioso do Natal, Páscoa, e outras festas		
29.Na nossa casa muitas vezes é difícil encontrar as coisas quando precisamos delas.		
30.Há um membro da família q toma a maioria das decisões		
31.Existe um sentimento de união em nossa família		
32.Falamos uns com os outros de nossos problemas pessoais		
33.Membros de nossa família raramente “perdem as estribeiras”		
34.Na nossa família, entramos e saímos quando queremos.		
35.Acreditamos na competição e “que ganhe o melhor”		
36.Não nos interessamos particularmente por atividades culturais		
37.Costumamos ir ao cinema, acontecimentos desportivos, acampar, etc		
38.Não acreditamos no céu e nem no inferno		
39.Na nossa família a pontualidade é importante		
40.Temos maneiras determinadas para fazer as coisas em casa		
41.Quando é preciso fazer algo em casa, é raro oferecer-se algum voluntário		
42.Geralmente, se der vontade de fazer alguma coisa imprevista, fazemos sem pensar duas vezes		
43.Na nossa família é freqüente as pessoas criticarem umas às outras		
44.Na nossa família existe muito pouca privacidade		
45.Nos esforçamos para fazer as coisas sempre melhor da próxima vez		
46.Na nossa casa raramente temos conversas intelectuais		
47.Na nossa família todos temos um ou dois passatempos		

48.Na nossa família as pessoas têm idéias muito claras do que está certo ou errado		
49.Na nossa família mudamos de opinião freqüentemente		
50.Na nossa família não é muito importante cumprir as regras		
51.As pessoas da nossa família realmente apóiam uma nas outras.		
52.Na nossa família sempre que alguém se queixa tem outro que se sente afetado		
53.Na nossa família as vezes nos agredimos fisicamente		
54.Quando surge um problema, geralmente os membros da família contam consigo próprios		
55.Em casa, nos preocupamos pouco com promoções profissionais, resultados escolares, etc.		
56.Alguém na nossa família toca algum instrumento musical		
57.Os membros da família não se envolvem muito com atividades fora do trabalho ou da escola.		
58.Julgamos haver coisas em que de fato é preciso acreditar em uma base de fé		
59.Em casa devemos manter nossos quartos limpos.		
60.Nas decisões familiares todas as opiniões tem o mesmo valor		
61.Na nossa família há muito pouco espírito de equipe		
62.Na nossa família fala-se abertamente do dinheiro e de contas para pagar		
63.Se há discórdias na família nos esforçamos ao máximo para apaziguar e manter a paz		
64.As pessoas da família se encorajam fortemente uns aos outros na defesa dos respectivos direitos		
65.Na nossa família não nos esforçamos tanto para obter êxito		
66.Os membros da família vão freqüentemente à bibliotecas		
67.Os membros da família vão às vezes a cursos ou aulas relativos a passatempos ou interesses (fora da escola)		
68.Na nossa família cada pessoa tem idéias diferentes sobre o que está certo ou errado		
69.Na nossa família estão claramente definidos os deveres de casa pessoa		
70.Na nossa família cada um pode fazer o que lhe apetecer		
71.Não há duvidas que nos damos bem uns com os outros		
72.No geral temos cuidado no que dizemos uns para os outros		
73.Os membros da família tentam muitas vezes se sobrepor ou ultrapassar uns aos outros		
74.Em nossa casa é difícil querer ser independente sem ferir os sentimentos alguém		
75.”Primeiro o trabalho e depois a diversão” é o lema da nossa família		
76.Na nossa família ver televisão é mais importante que ler		
77.As pessoas da nossa família costumam sair muito.		

78.A Bíblia é um livro muito importante na nossa casa		
79.Na nossa família o dinheiro não é gerido com cuidado		
80.Na nossa casa as regras são bastante inflexíveis		
81.Na nossa família dá-se muita atenção e tempo para cada pessoa		
82.Na nossa casa exprimimos nossa opinião com muita freqüência e espontaneidade		
83.Na nossa família acreditamos que não se vai a lugar nenhum levantando o tom de voz		
84.Na nossa família não somos verdadeiramente encorajados a falar por nós próprios		
85.Os membros de nossa família são freqüentemente comparados com outros quanto ao sucesso no trabalho ou na escola		
86.Os membros da família gostam verdadeiramente de arte, música e leitura		
87.A nossa principal forma de diversão é ver televisão ou ouvir rádio		
88.Os membros da família acreditam que quem pecar terá seu castigo		
89.Na nossa casa a louça é lavada habitualmente logo após à refeição		
90.Na nossa família é difícil escapar sem sermos apanhados		

Anexo F. Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS)
(Goodman, 1989a; Goodman, 1989b)

1. Tempo ocupado por pensamentos obsessivos

Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

0 = Nenhum

1 = Leve: menos de uma hora/dia ou instruções ocasionais

2 = Moderado: uma a três horas/dia ou intrusões freqüentes

3 = Grave: mais de três horas e até oito horas/dia ou intrusões muito freqüentes

4 = Muito grave: mais de oito horas/dia ou intrusões quase constantes

2. Interferência provocada 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 é prejudicado

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

3 = Grave: deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

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

3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

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

0 = Nenhum

1 = Leve: não perturbador

2 = Moderado: perturbador, mais ainda controlável

3 = Grave: muito perturbador

4 = Muito grave: mal-estar quase constante e incapacitador. Angústias quase constantes e incapacitantes

4. Resistência às obsessões

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

0 = Faz sempre esforço para resistir, ou 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 mas com alguma relutância

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? Você tem conseguido interromper ou desviar seus pensamentos obsessivos? Você 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 afastar a atenção com dificuldade

4 = Nenhum controle: as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de alterar seus pensamentos obsessivos

Total de escores das obsessões (itens 1 a 5)_____

6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos

Quanto tempo gasta executando comportamentos compulsivos? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você gasta para realizar atividades rotineiras em virtude de seus rituais?

0 = Nenhum

1 = Leve: passa menos de uma hora/dia executando compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos

2 = Moderado: passa uma a três horas/dia executando compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos

3 = Grave: passa de três a oito horas/dia executando compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos

4 = Muito grave: passa mais de oito horas/dia executando compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos demasiados numerosos para contar

7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

Até que ponto suas compulsões interferem com sua vida social ou existe alguma atividade profissional que deixa de fazer graças às compulsões?

0 = Nenhum

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

2 = Moderado: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar

3 = Grave: deterioração considerável no desempenho social ou ocupacional

4 = Muito grave: incapacidade

8. Sofrimento relacionado ao comportamento compulsivo

Como você se sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?

0 = Nenhuma ansiedade

1 = Alguma: ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução

2 = Moderada: a ansiedade sobe para um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe para um nível controlável durante a sua execução, se as compulsões fossem evitadas

3 = Grave: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas ou aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade durante a sua execução

4 = Muito grave: ansiedade incapacitante para qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

9. Resistência às compulsões

Até que ponto se esforça para resistir às compulsões?

0 = Faz sempre esforço para resistir, ou 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 quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça com alguma relutância

4 = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário

10. Grau de controle sobre o comportamento compulsivo

Com que força se sente obrigado a executar comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar suas compulsões?

0 = Controle total

1 = Bom controle: sente-se pressionado para 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 que ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a execução das compulsões

4 = Nenhum controle: a pressão para executar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução de compulsões

Total de escores das compulsões (itens 6 a 10)_____

Total: Obsessões_____ **Compulsões**_____ **Escore Total:**_____

Anexo G. Questionário de sintomas psiquiátricos entre familiares de 1º grau

Pessoa entrevistada: _____

Este questionário tem como objetivo avaliar problemas emocionais e de comportamento nos familiares de primeiro grau da criança que está em tratamento neste serviço. Por favor, liste os membros de sua família e respectivas idades. Circular quem respondeu o questionário. Descrever se houver meio-irmão(a):

Pai (biólogo): _____ Idade: _____
 Mãe (biólogica): _____ Idade: _____
 Irmão (a) 1: _____ Idade: _____
 Irmão (a) 2: _____ Idade: _____
 Irmão (a) 3: _____ Idade: _____
 Irmão (a) 4: _____ Idade: _____
 Irmão (a) 5: _____ Idade: _____
 Irmão (a) 6: _____ Idade: _____
 Irmão (a) 7: _____ Idade: _____

	Faça um X se houver o sintoma e 9 = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
1. Alguém da lista às vezes fica mais triste, para baixo ou deprimido na maior parte do tempo, por duas semanas ou mais?									
2. Alguém da lista já teve períodos de vários dias ou mais em que perdeu o interesse na maioria das coisas que habitualmente gostava como trabalho,									

atividades de lazer OU relacionamentos pessoais?									
	Faça um X se houver o sintoma e 9 = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
2A. [Se sim para 1 ou 2] Essa pessoa já ficou por um período se sentindo muito cansada, com menos energia, alteração do sono, sem conseguir dar conta dos afazeres habituais ou com diminuição da capacidade de concentração									
2B. [Se sim para 1, 2] Esses momentos ocorreram APENAS após a morte de uma pessoa próxima?									
2C. [Se sim p/ 2B] Esses momentos duraram no máximo 2 meses depois do falecimento dessa pessoa?									
3. Alguém da lista já ficou por um período se sentindo extremamente feliz ou “para cima ou alto?”									
3A [Se sim para 3] Eu quero dizer “para cima” de forma que as pessoas ficaram muito preocupadas com ele(a) ou que isso tenha interferido no desempenho de suas responsabilidades habituais.									
4. Alguém na lista já ficou por um período mais falante ou ativo que o normal?									
4A. [Se sim para 4] Eu quero dizer EXTREMAMENTE mais ativo ou falante, de tal forma que as pessoas ficaram preocupadas com ele (a) ou que isso tenha interferido no desempenho de suas responsabilidades habituais.									

	Faça um X se houver o sintoma e 9 = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
5. Alguém da lista já teve um ataque de medo (ou pânico), que durou em torno de 20 minutos, em que de repente sentiu dificuldade de respirar, tremores, tontura, sentiu seu coração batendo forte e rápido OU pensou que poderia perder controle, morrer ou enlouquecer?									
5A. [Se sim para 5] Essa pessoa teve vários ataques como esse, que acontecia de uma hora para outra e que NÃO foram causados por um problema no coração, exercício ou alguma coisa, seguidos do medo de que um novo ataque pudesse acontecer?									
6. Alguém da lista ficou muito preocupado, nervoso ou ansioso quase todos os dias por 6 meses ou mais com coisas com as quais outras pessoas não se preocupariam tanto?									
6A. [Se sim para 6] Essa pessoa se sentia cansada, irritada, tinha problemas para dormir que junto com o nervosismo atrapalhavam de forma significativa a sua vida pessoal, profissional ou escolar?									
7. Alguém da lista alguma vez já ficou com muito medo de sair de casa sozinho, estar no meio de uma multidão, ir a lugares públicos, viajar sozinho, viajar para longe de casa OU estar em lugares onde não poderia fugir, escapar ou obter									

ajuda?									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Faça um X se houver o sintoma e 9 = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
7A. [Se sim para 7] Essa pessoa sempre teve tanto medo dessas situações que não conseguiu enfrentá-las OU sentiu um intenso mal estar quando enfrentou; OU ainda procurou estar acompanhado para enfrentá-las?									
8. Alguém da lista já ficou com muito medo de altura ou de lugares altos, animais, piscina, lago, tempestades, sangue, ferimentos, dentista, medico ou de tomar injeção?									
9. Alguém da lista já sentiu muito medo ou muita timidez em situações sociais como conhecer novas pessoas, ir a festas, sair com um pretendente, ou usar um banheiro público?									
10. Alguém da lista já sentiu muito medo e desconforto quando tinha que fazer algo em frente a um grupo de pessoas, como dar uma palestra ou fazer um discurso com medo de ser humilhado ou estar no centro das atenções?									
10A. [Se sim para 9 ou 10] Esta pessoa ficava tão envergonhada e com medo ponto de NÃO CONSEGUIR FAZER as coisas que a incomodavam?									
11. Alguém da lista já se sentiu incomodado(a) por uma necessidade das coisas									

estarem perfeitas ou exatas, Ou já teve preocupações com simetria, em fazer coisas repetidas vezes até que os objetos estejam arrumados ou simétricos?									
	Faça um X se houver o sintoma e 9 = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
11A. [Se sim para 11] Essa pessoa gastava MUITO TEMPO com “manias” de arrumação ou organização?									
12. Alguém na sua lista já sentiu muito medo de estar doente? E quanto a ter medo de estar contaminado por bactérias ou sujeira?									
12A. [Se sim para 12] Essa pessoa precisou lavar ou limpar EXCESSIVAMENTE ou de uma maneira ritualizada seu próprio corpo ou objetos? Já teve mania de limpeza?									
13. Alguém da sua lista já se sentiu incomodado(a) por preocupações ou medos de que algo MUITO ruim pudesse acontecer? Alguém já teve pensamentos impróprios de conteúdo sexual ou religioso?									
13A. [Se sim para 13] Esta pessoa precisou fazer alguma coisa repetidas vezes, tais como rezar ou confessar para afastar esses pensamentos de agressão, sexuais ou religiosos?									
14. Alguém da sua lista já chegou a guardar ou colecionar MUITAS coisas ou objetos?									
15. Alguém da sua lista parece ter dificuldades em distinguir a diferença entre									

fantasia e realidade?									
16. Alguém na sua lista já apresentou comportamentos que parecem estranhos, bizarros ou sem sentido?									
	Faça um X se houver o sintoma e 9 = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
17. Alguém da lista já ouviu vozes ou teve visões que as outras pessoas não podiam ouvir?									
18. Alguém da lista já acreditou em coisas que eram muito estranhas OU que não eram verdade, por exemplo que as pessoas estavam conspirando contra ele, ou que os programas de TV mandavam mensagens especiais só para ele(a)?									
19A. [Se sim para 17 ou 18] Não inclua experiências causadas por álcool ou drogas, ou experiências religiosas que sejam comuns na religião dessa pessoa, ou uma criança pequena que tenha um amigo invisível. Fora isso, a pessoa claramente e frequentemente ouvia vozes e tinha visões OU acreditava em coisas que eram muito estranhas e não eram verdade?									
20. Alguém da sua lista já teve um período de vida em que bebia muito?									
20A. [Se sim para 20] A pessoa teve problema com bebida ou outros achavam que ela tinha problema com bebida?									
21. Alguém da sua lista já teve algum período da vida em que usou regularmente									

drogas ilícitas?									
21A. [Se sim para 21] A pessoa teve problema com drogas ou outros achavam que ela tinha problema com bebida?									
	Faça um X se houver o sintoma e 9 = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
22. Alguém da sua lista já foi preso ou julgado culpado de um crime que nao seja dirigir embriagado?									
23. Quando criança alguém da sua lista teve dificuldade em tarefas de leitura, escrita ou matemática?									
24. Quando criança alguém da sua lista teve dificuldade para falar ou compreender o que lhe era dito?									
25. Quando criança alguém da sua lista tinha medo ou dificuldade para se separar de seus pais ou de outras pessoas com quem era muito apegado, ficando preocupado que algo ruim pudesse acontecer com ele(a) ou com estas pessoas?									
25A. [Se sim para 25] Muito mais que a maioria das crianças da idade dele(a)?									
26. Quando criança alguém da sua lista se sentia muito nervoso e tinha muita dificuldade para falar com pessoas que não conhecia? Não conseguia rir, nem sabia como se comportar na frente de pessoas não conhecidas?									
27. Quando era criança alguém da sua lista roubava, matava aulas, fugia de casa									

ou quebrava regras?									
	Faça um X se houver o sintoma 9 e = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
27A. [Se sim para 27] A pessoa roubava bens VALIOSOS, matava MUITAS aulas ou quebrava MUITO mais regras que as outras crianças?									
28. Quando criança alguém da sua lista discutia muito com adultos, se recusava a fazer o que os pais ou professores lhe pediam, irritava-se com facilidade, era rancoroso ou vingativo e desafiador?									
29. Quando criança alguém da sua lista era desatento e se distraía com facilidade, tinha dificuldades para manter a atenção, perdia coisas necessárias para a realização de tarefas ou se esquecia de atividades do dia-a-dia?									
30. Quando criança alguém da sua lista era ativo, inquieto, agitado, impaciente, levantando a cadeira quando devia ficar sentado, correndo ou subindo em cima das coisas em ocasiões impróprias?									
31. Quando criança alguém da sua lista frequentemente respondia sem chegar a ouvir a pergunta até o final, tinha dificuldade em esperar a sua vez nas atividades e se intrometia na conversa ou brincadeira dos outros?									
31A. [Se sim para 29, 30 ou 31] A pessoa realmente enfrentava dificuldades com esse jeito de ser, mais que os outros (meninos/meninas) da sua idade OU chegou									

a ter reclamações da escola sobre esse seu comportamento?									
	Faça um X se houver o sintoma 9 e = não sei								
	PAIS biológicos		IRMÃOS						
	M	P	1	2	3	4	5	6	7
32. Alguém da sua lista JÁ foi suspenso ou expulso da escola?									
33. Alguém da sua lista JÁ tentou se matar?									
33A. [Se sim para 33] Essa pode ser uma questão dolorosa, mas de fato alguém da sua lista já chegou a se matar?									
34. Alguém da sua lista já teve dificuldades para dar conta de suas responsabilidades habituais como trabalhar, ir à escola, cuidar da família ou da casa por causa de algum dos problemas psicológicos deste questionário?									
35. Alguém da sua lista já teve que ser internado no hospital ou em algum lugar de tratamento por mais de uma noite por causa de algum dos problemas descritos neste questionário?									
36. Algum médico já prescreveu algum medicamento para alguém da sua lista por algum dos problemas descritos até agora neste questionário?									
37. Alguém da lista já passou por um psiquiatra OU psicólogo por causa de algum dos problemas descritos neste questionário?									

9. REFERÊNCIAS

ABEDI, M. R.; VOSTANIS, P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 19, n. 7, p. 605-13, Jul 2010. ISSN 1435-165X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20157835> >.

ABRAMOWITZ, J. S.; TAYLOR, S.; MCKAY, D. Obsessive-compulsive disorder. **Lancet**, v. 374, n. 9688, p. 491-9, Aug 2009. ISSN 1474-547X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19665647> >.

ABRAMOWITZ, J. S.; WHITESIDE, S. P.; DEACON, B. J. The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. **Behavior Therapy**, v. 36, n. 1, p. 9, 2005.

ALBERT, U.; SAUVI, V.; SARACCO, P.; BOGETTO F.; MAINA, G. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. **Psychiatry Res**, v. 179, n. 2, p. 204-11, 2010. ISSN 0165-1781 (Print)
0165-1781 (Linking).

ALLSOPP, M.; VERDUYN, C. Adolescents with obsessive-compulsive disorder: a case note review of consecutive patients referred to a provincial regional adolescent psychiatry unit. **J Adolesc**, v. 13, n. 2, p. 157-69, Jun 1990. ISSN 0140-1971. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2387918> >.

AMAZONAS, M. C. L. A.; ARCOVERDE, R. L.; CALDAS, M. T.; SILVA, R.R. O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, p. 57-65, 2010. ISSN 0103-166X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000100007&nrm=iso >.

AMIR, N.; FRESHMAN, M.; FOA, E. B. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. **J Anxiety Disord**, v. 14, n. 3, p. 209-17, 2000 May-Jun 2000. ISSN 0887-6185. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10868980> >.

ASBAHR, F. R. **Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência**. 2nd. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

ASBAHR, F. R.; CASTILLO, A. R.; ITO, L. M.; LATORRE, M. R.; MOREIRA, M. N.; LOFUTO-NETO, F. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 44, n. 11, p. 1128-36, Nov 2005. ISSN 0890-8567. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16239861> >.

ASSOCIATION, A. P. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5a. Porto Alegre: Porto Alegre, 2013.

ASSUMPÇÃO JR, F.; RESCH, C. R. Escala de Avaliação da Ansiedade-Traço Infantil – um estudo de sensibilidade e especificidade. **Arq Bras Psiquiatr Neurol Med Legal**, v. 10, n. 1, p. 7, 2006.

BADOS, A.; GÓMEZ-BENITO, J.; BALAGUER, G. The state-trait anxiety inventory, trait version: does it really measure anxiety? **J Pers Assess**, v. 92, n. 6, p. 560-7, Nov 2010. ISSN 1532-7752. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20954057> >.

BARRETT, P. ; FARRELL, L.; DADDS, M.; BOULTER, N. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 44, n. 10, p. 1005-14, 2005. ISSN 0890-8567 (Print) 0890-8567 (Linking).

BARRETT, P.; HEALY-FARRELL, L.; MARCH, J. S. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 43, n. 1, p. 46-62, Jan 2004. ISSN 0890-8567. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14691360> >.

BARRETT, P.; SHORTT, A.; HEALY, L. Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? **J Child Psychol Psychiatry**, v. 43, n. 5, p. 597-607, Jul 2002. ISSN 0021-9630. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12120856> >.

BARRETT, P.; FARRELL, L.; PINA A. A.; PERIS, T. S.; PIACENTINI, J. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 37, n. 1, p. 131-55, Jan 2008. ISSN 1537-4424. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444056> >.

BERNSTEIN, G. A.; HEKTNER, J. M.; BORCHARDT, C. M.; MCMILAN, M. H. Treatment of school refusal: one-year follow-up. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 40, n. 2, p. 206-13, Feb 2001. ISSN 0890-8567. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11211369> >.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro, RJ: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, 1979.

BIELING, P. J.; ANTONY, M. M.; SWINSON, R. P. The State-Trait Anxiety Inventory, Trait version: structure and content re-examined. **Behav Res Ther**, v. 36, n. 7-8, p. 777-88, 1998 Jul-Aug 1998. ISSN 0005-7967. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9682533> >.

BLOCH, M. H.; CRAIGLOW, B. G.; LANDEROUS-WEISENBERG, A.; DOMBROWSKI, P. A., PANZA, K. E., PETERSON, B. S., LECKMAN, J. F. Predictors of early adult outcomes in pediatric-onset obsessive-compulsive disorder. **Pediatrics**, v. 124, n. 4, p. 1085-93, Oct 2009. ISSN 1098-4275. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19786445> >.

BOLTON, D.; LUCKIE, M.; STEINBERG, D. Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 34, n. 11, p. 1441-50, Nov 1995. ISSN 0890-8567. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8543511> >.

BÖGELS, S. M.; BRECHMAN-TOUSSAINT, M. L. Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. **Clin Psychol Rev**, v. 26, n.

7, p. 834-56, Nov 2006. ISSN 0272-7358. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16473441> >.

CALVO, R.; LÁZARO, L.; CASTRO, J.; MORER, A.; TORO, J. Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 42, n. 8, p. 647-55, Aug 2007. ISSN 0933-7954. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17516014> >.

CALVOCORESSI, L.; LEWIS, B.; HARRIS, M.; TRUFAN, S. J.; GOODMAN, W. K.; MCDUGLE, C. J.; PRICE, L. H. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. **Am J Psychiatry**, v. 152, n. 3, p. 441-3, Mar 1995. ISSN 0002-953X (Print) 0002-953X (Linking).

_____. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. **J Nerv Ment Dis**, v. 187, n. 10, p. 636-42, Oct 1999. ISSN 0022-3018 (Print) 0022-3018 (Linking).

CANALS, J.; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, C.; COSI, S.; DOMÈNECH, E. Examination of a cutoff score for the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a non-clinical Spanish population. **J Anxiety Disord**, v. 26, n. 8, p. 785-91, Dec 2012. ISSN 1873-7897. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23023158> >.

CAPORINO, N. E.; MORGAN, J.; BECKSTEAD, J.; PHARES, V.; MURPHY, T. K.; STORCH, E. A. A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. **J Abnorm Child Psychol**, v. 40, n. 1, p. 133-43, Jan 2012. ISSN 1573-2835 (Electronic) 0091-0627 (Linking).

CARTWRIGHT-HATTON, S.; MCNALLY, D.; WHITE, C.; VERDUYN, C. Parenting skills training: an effective intervention for internalizing symptoms in younger children? **J Child Adolesc Psychiatr Nurs**, v. 18, n. 2, p. 45-52, 2005 Apr-Jun 2005. ISSN 1073-6077. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15966947> >.

_____. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. **Br J Clin Psychol**, v. 43, n. Pt 4, p. 421-36, Nov 2004. ISSN 0144-6657. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15530212> >.

CATTELL, R. B.; SCHEIER, I. H. **The meaning and measurement of neuroticism and anxiety**. New York: Ronald Press, 1961.

CHORPITA, B. F.; BARLOW, D. H. The development of anxiety: the role of control in the early environment. **Psychol Bull**, v. 124, n. 1, p. 3-21, Jul 1998. ISSN 0033-2909. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9670819> >.

CORDIOLI, A. V. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: Manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas**. 2a ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008. 256

COSKUN, M.; ZOROGLU, S. Efficacy and safety of fluoxetine in preschool children with obsessive-compulsive disorder. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v. 19, n. 3, p. 297-300, Jun 2009. ISSN 1557-8992. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19519265> >.

CREAMER, M.; FORAN, J.; BELL, R. The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. **Behav Res Ther**, v. 33, n. 4, p. 477-85, May 1995. ISSN 0005-7967.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7755538> >.

DE MATHIS, M. A. **Características fenotípicas do transtorno obsessivo-compulsivo com idade de início precoce dos sintomas**. 2007. (Dissertação de mestrado). Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

DE MATHIS, M. A.; DINIZ, J. B.; SHAVITT, R. G.; FOSSALUZA, V.; LECKMAN, J. F.; de BRAGANÇA PEREIRA, C.; do ROSARIO, M. C.; MIGUEL, E. C. Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. **Eur Neuropsychopharmacol**, v. 23, n. 7, p. 594-601, Jul 2013. ISSN 1873-7862. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22921470> >.

_____. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. **Eur Psychiatry**, v. 23, n. 3, p. 187-94, Apr 2008. ISSN 0924-9338. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18329252> >.

DEL-PORTO, J. A. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 3-5, 2001. ISSN 1516-4446. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600002&nrm=iso >.

DERISLEY, J.; LIBBY, S. CLARK, S., REYNOLDS, S. Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. **Br J Clin Psychol**, v. 44, n. Pt 3, p. 439-44, Sep 2005. ISSN 0144-6657. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16238888> >.

DINIZ, J. B.; ROSARIO-CAMPOS, M. C.; SHAVITT, R. G.; CURI, M.; HOUNIE, A. G.; BROTTTO, S. A.; MIGUEL, E. C. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 65, n. 1, p. 22-7, Jan 2004. ISSN 0160-6689. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14744164> >.

EHRENREICH, J. T.; MICCO, J. A.; FISHER, P. H.; MASIA WARNER, C. Assessment of relevant parenting factors in families of clinically anxious children: the Family Assessment Clinician-rated Interview (FACI). **Child Psychiatry Hum Dev**, v. 40, n. 3, p. 331-42, Sep 2009. ISSN 1573-3327. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19165591> >.

ESQUIROL, J. E. D. Des maladies mentales consederées sous les rapports medical, hygiéniques et médico-legal. In: B., B. J. (Ed.). Paris: Librairie de l'Academie de Médecine, v.1, 1938. p.361-364.

FAIRBROTHER, N.; NEWTH, S. J.; RACHMAN, S. Mental pollution: feelings of dirtiness without physical contact. **Behav Res Ther**, v. 43, n. 1, p. 121-30, Jan 2005. ISSN 0005-7967. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15531357> >.

FERRAO, Y. A.; SHAVITT, R. G.; BEDIN, N. R.; de MATHIS, M. E.; CARLOS LOPES, A.; FONTENELLE, L. F.; TORRES, A. R.; MIGUEL, E. C. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. **J Affect Disord**, v. 94, n. 1-3, p. 199-209, 2006. ISSN 0165-0327 (Print) 0165-0327 (Linking).

FERRÃO, Y. A.; FLORÃO, M. S. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, p. 34-43, 2010. ISSN 0047-2085. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100006&nrm=iso >.

FINEBERG, N. A.; BROWN, A.; REGHUNANDANAN, S.; PAMPALONI, I. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. **Int J Neuropsychopharmacol**, v. 15, n. 8, p. 1173-91, Sep 2012. ISSN 1469-5111. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22226028> >.

_____. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: evidence-based treatment and beyond. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 47, n. 2, p. 121-41, Feb 2013. ISSN 1440-1614. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23125399> >.

FIREMAN, B.; KORAN, L. M.; LEVENTHAL, J. L.; JACOBSON, A. The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 11, p. 1904–10, 2001. ISSN 0002-953X. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11691699>>.

FLESSNER, C. A. et al. Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: findings from the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) trial. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 50, n. 7, p. 716-25, Jul 2011. ISSN 1527-5418. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21703499> >.

_____. Examining the Psychometric Properties of the Family Accommodation Scale-Parent-Report (FAS-PR). **J Psychopathol Behav Assess**, v. 31, n. 1, p. 38-46, Mar 2009. ISSN 0882-2689 (Print) 0882-2689 (Linking).

FONTENELLE, L. F.; MENDLOWICZ, M. V.; VERSIANI, M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, v. 30, n. 3, p. 327-37, May 2006. ISSN 0278-5846. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16412548> >.

FRANKLIN, M. E. et al. Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. **JAMA**, v. 306, n. 11, p. 1224-32, Sep 2011. ISSN 1538-3598. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21934055> >.

FREEMAN, J. et al. Evidence base update for psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 43, n. 1, p. 7-26, 2014. ISSN 1537-4424. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746138> >.

FREEMAN, J. B.; GARCIA, A.; FRANK, H.; BENITO, K.; CONELEA, C.; WALTHER, M.; EDMUNDS, J. Cognitive behavioral treatment for young children with obsessive-compulsive disorder. **Biol Psychiatry**, v. 61, n. 3, p. 337-43, Feb 1 2007. ISSN 0006-3223 (Print) 0006-3223.

_____. Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 47, n. 5, p. 593-602, May 2008. ISSN 1527-5418. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18356758> >.

FUTH, A.; SIMONDS, L. M.; MICALI, N. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: parental understanding, accommodation, coping and distress. **J Anxiety**

Disord, v. 26, n. 5, p. 624-32, Jun 2012. ISSN 1873-7897. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22440392> >.

GARCIA, A. M.; SAPYTA, J. J.; MOORE, P. S.; FREEMAN, M. E.; FRANKLIN, M. E., MARCH, J. S.; FOA, E. B. Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 49, n. 10, p. 1024-33; quiz 1086, 2010. ISSN 1527-5418 (Electronic) 0890-8567 (Linking).

GELLER, D. A.; HOOG, S. L.; HEILIGENSTEIN, J. H.; RICARDI, R. K.; TAMURA, R.
KLUSYBSKI, S.; JACOBSON, J. G.; Fluoxetine Pediatric OCD Study Team. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. **Am J Psychiatry**, v. 160, n. 11, p. 1919-28, Nov 2003. ISSN 0002-953X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14594734> >.

_____. Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a placebo-controlled clinical trial. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 40, n. 7, p. 773-9, Jul 2001. ISSN 0890-8567. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11437015> >.

GOMES, J. B., MATTE B. C.; VIVAN, A.; VIANA A. W. C; BORTONCELLO, C. F.; SALLUM, G. A.; ZOTTIS, G. A. H. Terapia cognitivo-comportamental com intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, p. 121-127, 2011. ISSN 0101-8108. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200010&nrm=iso >.

GOODMAN, W. K. PRICE, L. H.; RASMUSSEN, S. A.; MAZURE, C.; FLEISCHMANN, R. L.; HILL, C. L.; HENINGER, G. R.; CHARNEY, D. S. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. **Arch Gen Psychiatry**, v. 46, n. 11, p. 1012-6, Nov 1989. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2510699> >.

_____. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. **Arch Gen Psychiatry**, v. 46, n. 11, p. 1006-11, Nov 1989. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2684084> >.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res**, v. 29, n. 4, p. 453-7, Apr 1996. ISSN 0100-879X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736107> >.

GRADOS, M.; RIDDLE, M. A. Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? **Int Rev Psychiatry**, v. 20, n. 2, p. 189-93, Apr 2008. ISSN 1369-1627. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18386211> >.

GRADOS, M. A.; RIDDLE, M. A.; SAMUELS, J. F.; LIANG, K. Y.; HOEHN-SARIC, R.; BIENVENU, O. J.; WALKUP, J. T.; SONG, D.; NESTADT, G. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. **Biol Psychiatry**, v. 50, n. 8, p. 559-65, Oct 15 2001. ISSN 0006-3223 (Print) 0006-3223.

GROUP, C. C. S. Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. The Clomipramine Collaborative Study Group. **Arch Gen Psychiatry**, v. 48, n. 8, p. 730-8, Aug 1991. ISSN 0003-990X (Print)

0003-990x.

GUEDES, M. L. **Transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar**. 1997. (Dissertação de Mestrado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

_____. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 65-67, 2001. ISSN 1516-4446. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600019&nrm=iso >.

HANNA, G. L.; HIMLE, J. A.; CURTIS, G. C.; GILLESPIE, B. W. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, v. 134B, n. 1, p. 13-9, Apr 2005. ISSN 1552-4841. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15635694> >.

HEMMINGS, S. M. KINNEAR, C. J.; LOCHNER, C.; NIEHAUS, D. J.; KNOWLES, J. A.; MOOLMAN-SMOOK, J. C.; CORFIELD, V. A.; STEIN, D. J. Early- versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. **Psychiatry Res**, v. 128, n. 2, p. 175-82, Sep 2004. ISSN 0165-1781. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15488960> >.

HIPWELL, A.; KEENAN, K.; KASZA, K.; LOEBER, R.; STOUTHAMER-LOEBER, M.; BEAN, T. Reciprocal influences between girls' conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: a six year prospective analysis. **J Abnorm Child Psychol**, v. 36, n. 5, p. 663-77, Jul 2008. ISSN 0091-0627. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18172753> >.

HOLLANDER, E.; PALLANTI, S. Current and experimental therapeutics of obsessive-compulsive disorder. In: DAVIS, K.; CHARNEY, D., *et al* (Ed.).

Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. cap. 114, p.1647–1664.

HUGHES, A. A.; FURR, J. M.; SOOD, E. D.; BARMISH, A. J.; KENDALL, P. C.. Anxiety, mood, and substance use disorders in parents of children with anxiety disorders. **Child Psychiatry Hum Dev**, v. 40, n. 3, p. 405-19, Sep 2009. ISSN 1573-3327. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19229606> >.

JANOWITZ, D.; GRABE, H. J.; RUHRMANN, S.; ETTTEL, S.; BUHT, F.; HOCHREIN, A.; SCHULZE-RAUSCHENBACH, S.; MEYER, K.; KRAFT, S.; FERBER, C.; PUKROP, R.; FREYBERGER, H. J.; KLOTTERKÖTTER, J.; FALKAI, P.; JOHN, U.; MAIER, W.; WAGNER, M. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. **Depress Anxiety**, v. 26, n. 11, p. 1012-7, 2009. ISSN 1520-6394. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19691024> >.

JIMÉNEZ, M. T. L.; VILLALPANDO, M. I. B.; STRONES, J. F. C.; GUINES, M.; JAIME, M. L. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. **Salud mental**, v. 34, p. 111-120, 2011. ISSN 0185-3325. Disponível em: < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200004&nrm=iso >.

KALRA, H.; KAMATH, P.; TRIVEDI, J. K.; JANCA, A. Caregiver burden in anxiety disorders. **Curr Opin Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 70-3, 2008. ISSN 0951-7367 (Print) 0951-7367 (Linking).

KEEDWELL, P.; SNAITH, R. P. What do anxiety scales measure? **Acta Psychiatr Scand**, v. 93, n. 3, p. 177-80, Mar 1996. ISSN 0001-690X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8739662> >.

KENDALL, P. C. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. **J Consult Clin Psychol**, v. 62, n. 1, p. 100-10, Feb 1994. ISSN 0022-006X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8034812> >.

KENDALL, P. C.; HUDSON, J. L.; GOSH, E.; FLANNEY-SCHROEDER, E.; SUVEG, G. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. **J Consult Clin Psychol**, v. 76, n. 2, p. 282-97, Apr 2008. ISSN 0022-006X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18377124> >.

KESSLER, R. C.; CHIU, W. T.; DEMLER, O.; MERIKANGAS, K. R.; WATERS, E. E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 617-27, Jun 2005. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939839> >.

KNAPP, M.; HENDERSON, J.; PATEL, A. Costs of obsessive-compulsive disorder: a review. In: MAJ, M.; SARTORIOUS, N., *et al* (Ed.). **Evidence and Experience in Psychiatry: Obsessive-Compulsive Disorder**. 2nd. Chichester: John Wiley & Sons, 2002. p.253-299

KORAN, L. M.; CAIN, J. W.; DOMINGUEZ, R. A.; RUSH, A. J.; THIEMANN, S. Are fluoxetine plasma levels related to outcome in obsessive-compulsive disorder? **Am J Psychiatry**, v. 153, n. 11, p. 1450-4, Nov 1996. ISSN 0002-953X (Print)

0002-953X (Linking).

KUBISZYN, T.; CARLSON, J. C.; DEHAY, T. Developments in pediatric psychopharmacology: An update on internalizing disorders. **School Psychology Quarterly**, v. 20, n. 2, p. 20, 2005.

LANGLEY, A. K. et al. Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 19, n. 8, p. 637-45, Aug 2010. ISSN 1435-165X. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20349255> >.

LEBOWITZ, E. R.; WOOLSTON, J. BAR-HAIM, Y., CALVOCORESSI, L., et al. et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. **Expert Rev Neurother**, v. 12, n. 2, p. 229-38, Feb 2012. ISSN 1744-8360 (Electronic) 1473-7175 (Linking).

LEBOWITZ, E. R.; SCHARFSTEIN, L. A.; JONES, J. COMPARING FAMILY ACCOMMODATION IN PEDIATRIC OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER, ANXIETY DISORDERS, AND NONANXIOUS CHILDREN. **Depress Anxiety**, Feb 2014. ISSN 1520-6394. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24677578> >.

LEBOWITZ, E. R. et al. Family accommodation in pediatric anxiety disorders. **Depress Anxiety**, v. 30, n. 1, p. 47-54, Jan 2013. ISSN 1520-6394 (Electronic) 1091-4269 (Linking).

LEON, A. C.; PORTERA, L.; WEISSMAN, M. M. The social costs of anxiety disorders. **Br J Psychiatry Suppl**, n. 27, p. 19-22, Apr 1995. ISSN 0960-5371 (Print) 0960-5371 (Linking).

LEONARD, H. L. et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison. **Arch Gen Psychiatry**, v. 46, n. 12, p. 1088-92, Dec 1989. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2686576> >.

LEWIN, A. B.; PIACENTINI, J. Obsessive-compulsive disorder in children. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A., et al (Ed.). **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 9th. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2009. p.3671-3678.

LIAKOPOULOU, M. et al. The psychopathology of parents of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. **Psychopathology**, v. 43, n. 4, p. 209-15, 2010. ISSN 1423-033X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20424501> >.

LUCIA, V. C.; BRESLAU, N. Family cohesion and children's behavior problems: a longitudinal investigation. **Psychiatry Res**, v. 141, n. 2, p. 141-9, Feb 2006. ISSN 0165-1781. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16423411> >.

MANCUSO, E. et al. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v. 20, n. 4, p. 299-308, Aug 2010. ISSN 1557-8992. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20807068> >.

MANONGDO, J. A.; GARCÍA, J. I. Maternal parenting and mental health of Mexican American youth: a bidirectional and prospective approach. **J Fam Psychol**, v. 25, n. 2, p. 261-70, Apr 2011. ISSN 1939-1293. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21480705> >.

MARCH, J. et al. The Expert Consensus Guideline series: Treatment of obsessive-compulsive disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 58, n. S4, p. 72, 1997.

MARCH, J. S. et al. Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. **Biol Psychiatry**, v. 61, n. 3, p. 344-7, Feb 2007. ISSN 0006-3223. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17241830> >.

MARCH, J. S.; LEONARD, H. L. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 35, n. 10, p. 1265-73, Oct 1996. ISSN 0890-8567. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8885580> >.

MARCH, J. S.; MULLE, K. **OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual**. New York: Guilford Press, 1998.

MCDOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3rd. New York: Oxford University Press, 2006.

MCLEOD, B. D.; WEISZ, J. R.; WOOD, J. J. Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. **Clin Psychol Rev**, v. 27, n. 8, p.

986-1003, Dec 2007. ISSN 0272-7358. Disponível em
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17449154>>.

MCGUIRE, J.F.; CRAWFORD, E.A.; PARK, J. M.; STORCH, E.A.; MURPHY, T.K.; LARON, M. J.; LEWIN, A.B. Neuropsychological performance across symptom dimensions in pediatric obsessive compulsive disorder. **Depress. Anxiety**, v. 31, n. 12, p. 988-96, 2014. ISSN 1091-4269. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24523044>>.

MENZIES, L. et al. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. **Neurosci Biobehav Rev**, v. 32, n. 3, p. 525-49, 2008. ISSN 0149-7634. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18061263>>.

MERLO, L. J. et al. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. In: (Ed.). **J Consult Clin Psychol**. United States, v.77, 2009. p.355-60. ISBN 1939-2117 (Electronic) 0022-006X (Linking).

MIGUEL, E. C. et al. Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. **Mol Psychiatry**, v. 10, n. 3, p. 258-75, Mar 2005. ISSN 1359-4184. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15611786> >.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. **Técnicas e terapias familiares** Belo Horizonte: Artmed, 2003.

MIRANDA, M. A.; BORDIN, I. A. Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 10-12, 2001. ISSN 1516-4446.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600004&nrm=iso >.

MOORE, P. S.; WHALEY, S. E.; SIGMAN, M. Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. **J Abnorm Psychol**, v. 113, n. 3, p. 471-6, Aug 2004. ISSN 0021-843X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311992> >.

MOOS, R.; MOOS, B. **Family Environment Scale manual**. 3rd. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1994.

MOOS, R. H.; MOOS, B. S. **Family Environment Scale Manual**. 3rd. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 2002.

NESTADT, G. et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. **Arch Gen Psychiatry**, v. 57, n. 4, p. 358-63, Apr 2000. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10768697> >.

_____. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. **Psychol Med**, v. 31, n. 3, p. 481-7, Apr 2001. ISSN 0033-2917. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11305856> >.

NIEDERAUER, K. G. et al. [Quality of life in individuals with obsessive-compulsive disorder: a review]. In: (Ed.). **Rev Bras Psiquiatr**. Brazil, v.29, 2007. p.271-8. ISBN 1516-4446 (Print)

1516-4446 (Linking).

NYMBERG, J. H.; VAN NOPPEN, B. Obsessive-compulsive disorder: a concealed diagnosis. **Am Fam Physician**, v. 49, n. 5, p. 1129-37, 1142-4, Apr 1994. ISSN 0002-838X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8154402> >.

O'LEARY, E. M.; BARRETT, P.; FJERMESTAD, K. W. Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. **J Anxiety Disord**, v. 23, n. 7, p. 973-8, Oct 2009. ISSN 1873-7897. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19640677> >.

OLATUNJI, B. O.; CISLER, J. M.; TOLIN, D. F. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. **Clin Psychol Rev**, v. 27, n. 5, p. 572-81, Jun 2007. ISSN 0272-7358 (Print)
0272-7358.

OLATUNJI, B. O. et al. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. **J Psychiatr Res**, v. 47, n. 1, p. 33-41, Jan 2013. ISSN 0022-3956.

OLSON, D. H.; SPRENKLE, D. H.; RUSSELL, C. S. Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. **Fam Process**, v. 18, n. 1, p. 3-28, Mar 1979. ISSN 0014-7370 (Print)
0014-7370.

ORNSTEIN, T. J., ARNOLD, P., MANASSIS, K., MENDLOWITZ, S., SCHACHAR, R. Neuropsychological performance in childhood OCD: a preliminary study.

Depression and Anxiety, v. 27, n. 4, p. 372–380. 2010. ISSN 1520-6394. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19960527>>.

PATO, M. T.; SCHINDLER, K. M.; PATO, C. N. The genetics of obsessive-compulsive disorder. **Curr Psychiatry Rep**, v. 3, n. 2, p. 163-8, Apr 2001. ISSN 1523-3812. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11276413> >.

PAULS, D. L. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. **Am J Med Genet C Semin Med Genet**, v. 148C, n. 2, p. 133-9, May 2008. ISSN 1552-4876. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18412099> >.

_____. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 12, n. 2, p. 149-63, 2010. ISSN 1294-8322. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20623920> >.

PAULS, D. L. et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. **Am J Psychiatry**, v. 152, n. 1, p. 76-84, Jan 1995. ISSN 0002-953X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7802125> >.

PERIS, T. S. et al. Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 47, n. 10, p. 1173-81, 2008. ISSN 1527-5418 (Electronic) 0890-8567 (Linking).

PERIS, T. S.; PIACENTINI, J. Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 42, n. 1, p. 1-8, 2013. ISSN 1537-4424 (Electronic)

1537-4416 (Linking).

PERIS, T. S. et al. Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. **J Consult Clin Psychol**, v. 80, n. 2, p. 255-63, Apr 2012. ISSN 1939-2117. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22309471> >.

PIACENTINI, J. et al. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 50, n. 11, p. 1149-61, 2011. ISSN 1527-5418 (Electronic)
0890-8567 (Linking).

_____. Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v. 13 Suppl 1, p. S61-9, 2003. ISSN 1044-5463. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12880501> >.

_____. Outpatient behavioral treatment of child and adolescent obsessive compulsive disorder. **J Anxiety Disord**, v. 8, n. 3, p. 13, 1994. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0887618594900086> >.

PIACENTINI, J.; LANGLEY, A.; ROBLEK, T. **Cognitive behavioral treatment of childhood OCD: It's only a false alarm**. New York, NY: Oxford University Press, 2007.

PIACENTINI, J.; LANGLEY, A. K. Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. **J Clin Psychol**, v. 60, n. 11, p. 1181-94, Nov 2004. ISSN 0021-9762. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15389618> >.

PSYCHIATRY, A. A. O. C. A. A. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 98-113, Jan 2012. ISSN 0890-8567.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. et al. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. **Depress Anxiety**, v. 25, n. 12, p. 1020-7, 2008. ISSN 1520-6394 (Electronic)
1091-4269 (Linking).

RAPEE, R. M. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. **Clin Psychol Rev**, v. 17, n. 1, p. 47-67, 1997. ISSN 0272-7358. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9125367> >.

RAPOPORT, J. L. et al. Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA study: parent versus child identification of cases. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders. **J Anxiety Disord**, v. 14, n. 6, p. 535-48, 2000 Nov-Dec 2000. ISSN 0887-6185. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11918090> >.

RENSHAW, K. D.; STEKETEE, G.; CHAMBLESS, D. L. Involving family members in the treatment of OCD. **Cogn Behav Ther**, v. 34, n. 3, p. 164-75, 2005. ISSN 1650-6073. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16195055> >.

REYNOLDS, S. et al. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. **Clin Psychol Rev**, v. 32, n. 4, p. 251-62, Jun 2012. ISSN 1873-7811. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22459788> >.

REYNOLDS, S. A. et al. Randomized controlled trial of parent-enhanced CBT compared with individual CBT for obsessive-compulsive disorder in young people. **J Consult Clin Psychol**, v. 81, n. 6, p. 1021-6, Dec 2013. ISSN 1939-2117. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24060194> >.

RIDDLE, M. A. et al. Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, controlled, multicenter trial. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 40, n. 2, p. 222-9, Feb 2001. ISSN 0890-8567. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11211371> >.

_____. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 29, n. 5, p. 766-72, Sep 1990. ISSN 0890-8567. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2228931> >.

ROMERO, S. et al. Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: a preliminary comparison study. **Bipolar Disord**, v. 7, n. 6, p. 617-22, Dec 2005. ISSN 1398-5647. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16403187> >.

ROSARIO-CAMPOS, M. C. et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, v. 136B, n. 1, p. 92-7, Jul 2005. ISSN 1552-4841. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15892140> >.

_____. Validation of the University of Sao Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. **CNS Spectr**, v. 14, n. 6, p. 315-23, Jun 2009. ISSN 1092-8529 (Print)
1092-8529.

ROSÁRIO-CAMPOS, M. C. **Estudo genético familiar de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo**. 2004. (Tese de Doutorado). Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RUSCIO, A. M. et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. **Mol Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 53-63, Jan 2010. ISSN 1476-5578. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18725912> >.

SALKOVSKIS, P. et al. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. **Behav Res Ther**, v. 37, n. 11, p. 1055-72, Nov 1999. ISSN 0005-7967. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10500320> >.

SALUD, O. M. D. L. **Selección de medicamentos esenciales**. Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS. Ginebra 2002.

SAMUELS, J. et al. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. **Br J Psychiatry**, v. 177, p. 457-62, Nov 2000. ISSN 0007-1250. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11060001> >.

SCULLY, J. C. **Child and family predictors of treatment response in childhood obsessive compulsive disorder**. 2011. 103 (PhD). Department of Human Development and Applied Psychology, University of Toronto

SCHIN, M.S.; CHOI, H., KIM, H., HWANG, J.W., KIM, B.N., CHO, S.C. A study of neuropsychological deficit in children with obsessive-compulsive disorder. **European Psychiatry**, v. 23, n. 7, p. 512–520, 2008 ISSN 0924-9338. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18514491>>.

SELLES, R.R.; STORCH, E.A.; LEWIN A.B. Variations in Symptom Prevalence and Clinical Correlates in Younger Versus Older Youth with Obsessive–Compulsive Disorder. **Child Psychiatry Hum Dev**. v. 45, n. 6, p. 666-74. 2014. ISSN. 0009-398X. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24549726>>

SKOOG, G.; SKOOG, I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see commetns]. **Arch Gen Psychiatry**, v. 56, n. 2, p. 121-7, Feb 1999. ISSN 0003-990X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10025435> >.

SOARES NETO, E. B.; TELES, J. B. M.; ROSA, L. C. S. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, p. 47-52, 2011. ISSN 0101-6083. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000200001&nrm=iso >.

SOBIN, C.; BLUNDELL, M. L.; KARAYIORGOU, M. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. **Compr Psychiatry**, v. 41, n. 5, p. 373-9, 2000 Sep-Oct 2000. ISSN 0010-440X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11011834> >.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. D. *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.

STEKETEE, G. Social Support and Treatment Outcome of Obsessive Compulsive Disorder at 9-Month Follow-up. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 21, n. 02, p. 81-95, 1993. ISSN 1469-1833. Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1017/S014134730001805X> >. Acesso em: 1993.

STEKETEE, G.; VAN NOPPEN, B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 25, n. 1, p. 43-50, 2003. ISSN 1516-4446 (Print)
1516-4446 (Linking).

STENGLER-WENZKE, K. et al. Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. **Arch Psychiatr Nurs**, United States, v. 18, n. 3, p. 88-96, 2004. ISSN 0883-9417 (Print)
0883-9417 (Linking).

STEWART, S. E. et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. **Acta Psychiatr Scand**, v. 110, n. 1, p. 4-13, Jul 2004. ISSN 0001-690X. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15180774> >.

_____. Development and psychometric properties of the OCD Family Functioning (OFF) Scale. **J Fam Psychol**, v. 25, n. 3, p. 434-43, 2011. ISSN 1939-1293 (Electronic)

0893-3200 (Linking).

STOCK, H. R.; ANDREWS, J. A ten-year review of the efficacy of cognitive-behavioral treatment for Obsessive-Compulsive Disorder in children and adolescents. **Dev Disabil Bull**, v. 32, n. 2, p. 18, 2004.

STORCH, E. A. et al. Factors associated with poor response in cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. **Bull Menninger Clin**, v. 74, n. 2, p. 167-85, 2010. ISSN 1943-2828 (Electronic) 0025-9284 (Linking).

_____. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 36, n. 2, p. 207-16, Apr-Jun 2007. ISSN 1537-4416 (Print) 1537-4416 (Linking).

_____. Predictors of functional impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. **J Anxiety Disord**, v. 24, n. 2, p. 275-83, 2010. ISSN 1873-7897 (Electronic) 0887-6185 (Linking).

_____. Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 47, n. 5, p. 583-92, May 2008. ISSN 1527-5418. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18356759> >.

SUKHODOLSKY, D. G. et al. Adaptive, emotional, and family functioning of children with obsessive-compulsive disorder and comorbid attention deficit hyperactivity

disorder. In: (Ed.). **Am J Psychiatry**. United States, v.162, 2005. p.1125-32. ISBN 0002-953X (Print)
0002-953X (Linking).

SWEDO, S. E. et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. **Arch Gen Psychiatry**, v. 46, n. 4, p. 335-41, Apr 1989. ISSN 0003-990X. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2930330> >.

SÁNCHEZ-MECA, J. et al. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. **J Anxiety Disord**, v. 28, n. 1, p. 31-44, Jan 2014. ISSN 1873-7897. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24334214> >.

TANAKA-MATSUMI, J.; KAMEOKA, V. A. Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. **J Consult Clin Psychol**, v. 54, n. 3, p. 328-33, Jun 1986. ISSN 0022-006X. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3722561> >.

TEAM, P. O. T. S. P. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. **JAMA**, v. 292, n. 16, p. 1969-76, Oct 2004. ISSN 1538-3598. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15507582> >.

TORRES, A. R.; LIMA, M. C. [Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review]. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27, n. 3, p. 237-42, Sep 2005. ISSN 1516-4446. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16224614> >.

TORRES, A. R. et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. **Am J Psychiatry**, v. 163, n. 11, p. 1978-85, Nov 2006. ISSN 0002-953X (Print) 0002-953x.

TORRESAN, R. C. et al. Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. **Compr Psychiatry**, v. 50, n. 1, p. 63-9, 2009 Jan-Feb 2009. ISSN 1532-8384. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059516> >.

VALENTE JR., A. A.; BUSATTO FILHO, G. Aspectos neurorradiológicos do transtorno obsessivo-compulsivo: o papel dos gânglios da base. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, p. 42-45, 2001. ISSN 1516-4446. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600013&nrm=iso >.

VALLENI-BASILE, L. A. et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 33, n. 6, p. 782-91, 1994 Jul-Aug 1994. ISSN 0890-8567. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8083134> >.

VAN AMERINGEN, M. et al. Pharmacological treatment strategies in obsessive compulsive disorder: A cross-sectional view in nine international OCD centers. **J**

Psychopharmacol, v. 28, n. 6, p. 596-602, Jan 2014. ISSN 1461-7285. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24429223> >.

VANDELEUR, C. L. et al. Cohesion, Satisfaction With Family Bonds, and Emotional Well-Being in Families With Adolescents. **Journal of Marriage and Family**, v. 71, n. 5, p. 15, 2009. ISSN 5.

VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, n. 3, p. 249-60, Oct 2012. ISSN 1809-452X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23429770> >.

VIANNA, V. P.; SILVA, E. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. [Portuguese version of the Family Environment Scale: application and validation]. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 3, p. 419-26, Jun 2007. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17515996> >.

VICTOR, A. M. et al. Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. **J Anxiety Disord**, v. 21, n. 6, p. 835-48, 2007. ISSN 0887-6185. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17161582> >.

VIVAN, A. E. S. et al. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 36, n. 2, p. 111-8, 2014 Apr-Jun 2014. ISSN 1809-452X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24165685> >.

WAGNER, K. D. et al. Remission status after long-term sertraline treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. **J Child Adolesc Psychopharmacol**, v. 13 Suppl 1, p. S53-60, 2003. ISSN 1044-5463. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12880500> >.

WALITZA, S. et al. Genetics of early-onset obsessive-compulsive disorder. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 227-35, Mar 2010. ISSN 1435-165X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20213231> >.

WALSH, F. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. São Paulo: Editora Roca, 2005. 328.

WATERS, T. L.; BARRETT, P. M. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. **Clin Child Fam Psychol Rev**, v. 3, n. 3, p. 173-84, Sep 2000. ISSN 1096-4037 (Print)
1096-4037 (Linking).

WATERS, T. L.; BARRETT, P. M.; MARCH, J. S. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: preliminary findings. **Am J Psychother**, v. 55, n. 3, p. 372-87, 2001. ISSN 0002-9564. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11641879> >.

WATSON, H. J.; REES, C. S. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 49, n. 5, p. 489-98, May 2008. ISSN 1469-7610. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18400058> >.

WILCOX, H. C. et al. The association between parental bonding and obsessive compulsive disorder in offspring at high familial risk. **J Affect Disord**, v. 111, n. 1, p. 31-9, Nov 2008. ISSN 0165-0327. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18299151> >.

WOOD, J. J. et al. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 44, n. 1, p. 134-51, Jan 2003. ISSN 0021-9630 (Print)
0021-9630.

YOSHIDA, T. et al. Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. **Psychiatry Clin Neurosci**, v. 59, n. 5, p. 533-8, Oct 2005. ISSN 1323-1316 (Print)
1323-1316.

ZOHAR, A. H.; FELZ, L. Ritualistic behavior in young children. **J Abnorm Child Psychol**, v. 29, n. 2, p. 121-8, Apr 2001. ISSN 0091-0627. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11321627> >.