

DESENVOLVIMENTO E USABILIDADE DE UMA INTERVENÇÃO  
COMPUTADORIZADA DE PSICOEDUCAÇÃO SOBRE TRANSTORNO OBSESSIVO-  
COMPULSIVO

Gerson Siegmund

Dissertação de Mestrado apresentada como exigência parcial para  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia sob orientação do Prof.  
Dr. Gustavo Gauer

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre

2014

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	3
LISTA DE FIGURAS .....	4
Resumo .....	5
Abstract .....	6
APRESENTAÇÃO .....	7
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO .....	10
Terapia Cognitivo-Comportamental Online .....	12
Terapia Cognitivo-Comportamental para o TOC .....	13
TCC online para TOC .....	14
Psicoeducação .....	17
Psicoeducação no TOC .....	18
Desenvolvimento de intervenções online .....	19
Avaliação de usabilidade .....	20
CAPÍTULO 2: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO .....	23
Método Fase 1 .....	23
Design e Planejamento .....	23
Produção do conteúdo .....	24
Desenvolvimento do protótipo .....	24
Avaliação heurística de Nielsen .....	25
Resultados Fase 1 .....	25
Método Fase 2 .....	26
Avaliação por painel de experts .....	26
Avaliação individual com experts .....	27
Resultados Fase 2 .....	28
Avaliação por painel de experts .....	28
Avaliação individual com experts .....	29
Método Fase 3 .....	30
Delineamento .....	30
Participantes .....	31
Procedimentos .....	31
Instrumentos e materiais .....	32
Descrição da intervenção .....	32
Considerações éticas .....	42
Análise dos dados .....	42
Resultados Fase 3 .....	42
CAPÍTULO 3: DISCUSSÃO .....	55
CAPÍTULO 4: CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	64
REFERÊNCIAS .....	66
ANEXO A: Lista de sintomas .....	81
ANEXO B: Lista de exercícios de exposição.....	93
ANEXO C: TCLE (Profissionais) .....	139
ANEXO D: Questionário sociodemográfico .....	140
ANEXO E: Questionário de habilidade com tecnologia .....	141
ANEXO F: Y-BOCS .....	142
ANEXO G: TCLE (Usuários) .....	144
ANEXO H: Parecer CEP .....	146
ANEXO I: Conteúdo das páginas .....	150

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados Sociodemográficos .....	42
Tabela 2. Dados de Uso do Computador .....	43
Tabela 3. Tempos de Uso do Programa .....	44
Tabela 4. Frequências e Porcentagens de Acertos no <i>Quiz</i> 1 .....	49
Tabela 5. Frequências e Porcentagens de Acertos no <i>Quiz</i> 2 .....	51
Tabela 6. Frequências e Porcentagens de Acertos no <i>Quiz</i> 3 .....	52
Tabela 7. Frequência e Porcentagem de Respostas para as Questões de Usabilidade .....	52
Tabela 8. Teste de Wilcoxon para os Sintomas de TOC Antes e Depois .....	54

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sequência das fases de desenvolvimento do programa .....	23
Figura 2. Média de tempo (em minutos) das páginas do módulo 1 .....	45
Figura 3. Média de tempo (em minutos) das páginas do módulo 2 .....	46
Figura 4. Média de tempo (em minutos) das páginas do módulo 3 .....	47
Figura 5. Média de tempo (em segundos) das páginas do <i>quiz</i> do módulo 1 .....	48
Figura 6. Média de tempo (em segundos) das páginas do <i>quiz</i> do módulo 2 .....	50
Figura 7. Média de tempo (em segundos) das páginas do <i>quiz</i> do módulo 3 .....	51
Figura 8. Pontuação do Y-BOCS nos dois momentos de avaliação .....	53

## Resumo

Este trabalho apresenta o processo iterativo de criação, desenvolvimento e avaliação de um programa de computador para psicoeducação sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Na primeira fase foi criado um protótipo interativo e autoadministrado. A segunda fase consistiu em avaliações com *experts*, que levaram a importantes alterações no protótipo. O resultado dessas etapas gerou um programa com 3 módulos de psicoeducação. A terceira fase foi um ensaio com usuários, do qual participaram 21 sujeitos entre 19 e 55 anos. Os instrumentos utilizados foram o Y-BOCS, escalas subjetivas para avaliação da intensidade dos sintomas de TOC, humor e ansiedade, questões de usabilidade e *log* do programa. Os participantes levaram em média 8 dias para completar o programa, e o tempo médio de uso totalizou 2 horas e 14 minutos. Apenas uma questão dos *quizzes* teve frequência de acertos abaixo de 70%. O nível médio de satisfação foi de 8,33 no primeiro módulo, 8,71 no segundo e 9,00 no terceiro. Foi encontrada diferença nos escores obsessivos do Y-BOCS entre os dois momentos de avaliação e diferença estatisticamente significativa na escala subjetiva de sintomas do TOC entre os módulos 1 e 2, e 1 e 3. O programa obteve um bom nível de satisfação dos usuários e apresenta potencial efeito de redução de sintomas percebidos. O modelo de desenvolvimento do programa é aplicável a outros contextos em Psicologia e o protótipo desenvolvido pode ser utilizado como matriz para intervenções semelhantes.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; psicoeducação; telepsicologia; Terapia Cognitivo-Comportamental; intervenções computadorizadas.

## **Abstract**

This study presents the iterative process of creating, developing and evaluating a psychoeducational software addressed at Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). In stage 1, an interactive and self-administered prototype was created. Second stage consisted of evaluations with experts, which led to important changes in the prototype. The results of these steps generated a three-module psychoeducational software. Third stage was a usability trial with users, 21 participants, ranging from 19 to 55 years old. Measures used were Y-BOCS, subjective scales to assess OCD symptoms intensity, humor and anxiety, usability questions, and the system log. Participants took an average of 8 days to complete the intervention, and the average time of software usage was 2 hours and 14 minutes. Only one quiz question showed less than 70% correct answers. Mean level of satisfaction was 8,33 for the first module, 8,71 for the second and 9,00 for the third. A difference was found on obsessive scores of Y-BOCS at the two evaluation times, and a statistically significant difference was found on the scale of OCD symptoms intensity, between modules 1 e 2, and 1 and 3. The software reached a good level of satisfaction among users and shows a potential effect in reduction of perceived symptoms. The model of development may be used with other psychological applications, and the prototype may be used as a structural matrix for similar interventions.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Disorder; psychoeducation; telepsychology; Cognitive-Behavioral Therapy; computerized interventions.

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação apresenta o processo de criação, desenvolvimento e avaliação de um *software* psicoeducativo sobre transtorno obsessivo-compulsivo, intitulado ProTOC. Devido ao caráter de inovação tecnológica do trabalho, este acabou por tomar características distintas na formatação da dissertação. Cada fase de desenvolvimento, os aportes teóricos e empíricos e as informações obtida desde a sua concepção influenciaram o resultado final, que é a apresentação de um protótipo do programa. Nessa lógica, o objetivo estabelecido para esta dissertação foi criar, desenvolver, e aprimorar um software psicoeducativo sobre TOC. Considerando o escopo do projeto e os limites operacionais para sua execução durante um ciclo de Mestrado, a preocupação foi de chegar a um estágio de desenvolvimento em que o programa estivesse na melhor condição possível para futuros testes, atualizações, complementos, e aplicações. Assim, a dissertação encontra-se estruturada da forma que mais propriamente reflita o processo de desenvolvimento do ProTOC. As seções da dissertação são resumidas a seguir.

Quando nos deparamos com um software, temos acesso apenas ao produto final de um trabalho, que em geral, é bastante complexo. A complexidade não envolve apenas a programação do produto final, mas todas as fases de seu desenvolvimento. Uma ideia fundamental na lógica do processo de desenvolvimento de software é o desenvolvimento em ciclos. Essa concepção toma como base o protótipo de um programa e o avalia constantemente, reformulando-o e modificando-o a cada nova avaliação. Esse tipo de desenvolvimento é não-linear, circular e iterativo.

Especial atenção deve ser dada à descrição e esclarecimento do processo de desenvolvimento de um programa de aplicação no campo da Psicologia, pois deve-se considerar os impactos subjetivos que o programa terá sobre os futuros usuários. Em geral, as principais avaliações realizadas acontecem de duas formas complementares: com profissionais e com usuários. No primeiro tipo, um ou mais profissionais especialistas no tema avaliam o programa em questão e emitem seu parecer, a partir do qual o programa poderá ser readequado em termos de conteúdo e sequência de procedimento. No segundo tipo de avaliação, o software é disponibilizado para utilização por usuários, que em geral são representativos da população-alvo. Quando isso não é possível, convida-se usuários que possam contribuir de alguma forma com o desenvolvimento do programa. Seguindo este raciocínio, um conceito importante na área de desenvolvimento de softwares é a usabilidade. A usabilidade define o quanto um programa está agradável para o usuário, o quanto ele se

sente satisfeito e confortável para utilizá-lo, e o quanto o programa cumpre seus objetivos. Em softwares voltados à aplicação na área de Psicologia, parece fundamental que se avalie a usabilidade, com vistas a potencializar os efeitos positivos para os usuários (Currie, McGrath, & Day, 2010).

O primeiro capítulo da presente dissertação descreve o referencial teórico das principais pesquisas sobre o tema de intervenções psicológicas para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Especificamente, esclarecemos como a Terapia Cognitivo-Comportamental se insere neste contexto de tratamento, e de que forma a informatização de determinados componentes dela, como a psicoeducação, podem contribuir para o tratamento do TOC.

O segundo capítulo trata de todo o processo de desenvolvimento do programa, desde sua criação até os ensaios com usuários. Uma vez que o processo é iterativo, os resultados são apresentados como parte de cada etapa do desenvolvimento. Na Fase 1, descrevemos o processo de criação do programa e o seu resultado, o protótipo inicial. Na fase 2, descrevemos a avaliação do software realizada por pesquisadores e clínicos. Da mesma forma, os resultados dessa fase são apresentados. Na fase 3, descrevemos o processo de avaliação com os usuários, onde o programa foi de fato utilizado. É dada ênfase metodológica a esta terceira fase pois foi a que envolveu procedimentos mais próximos dos elementos clássicos de uma pesquisa empírica. Contudo, ressalta-se que as fases anteriores foram tão ou mais rigorosas do que a terceira, e que o desenvolvimento do programa realmente consiste num processo de construção.

O terceiro capítulo apresenta a discussão dos resultados. Além de procurar dar sentido aos dados como um todo, buscou-se avaliar aspectos específicos do uso do programa. Consideramos em que medida e de que forma a pesquisa apresentada contribui com o campo.

O quarto capítulo apresenta algumas limitações do estudo e enumera os desafios que ainda existem pela frente para a realização de projetos de validação de procedimentos em e-psicologia. São descritas outras possibilidades de aprimoramento do software, bem como de pesquisas futuras.

Cumpramos enumerar os motivos para pesquisar este tema. O uso da tecnologia é uma tendência em muitas práticas profissionais. Evidentemente, o profissional da psicologia deve ter bom senso e cuidado ao inserir a tecnologia em seu fazer cotidiano. Por outro lado, também é importante que reconheça os benefícios que a interface psicologia-informática pode trazer. Em que medida os tratamentos psicológicos podem ser potencializados pelo uso de

## **APRESENTAÇÃO**

realidade virtual? Os atendimentos à distância se justificam pela superação das barreiras geográficas? De que forma intervenções computadorizadas podem auxiliar no tratamento de

pessoas que, de outra forma, não buscariam ajuda? Qual o alcance e a efetividade dessas intervenções? Qual a melhor forma de desenvolvê-las? Em outros países, a mobilização de pesquisadores já busca essas e outras respostas. No Brasil, o tema dos atendimentos psicológicos *online*, de qualquer tipo e modalidade, divide opiniões entre profissionais e entre a população em geral. Porém, muitas das respostas às perguntas acima só podem começar a ser constituídas à medida que forem realizadas pesquisas empíricas a este respeito.

A e-psicologia, ou telepsicologia, como tem sido recentemente definida, é um campo promissor. As últimas décadas trouxeram avanços surpreendentes e o século 21 representa um momento de interações inéditas entre psicologia e Tecnologia (Botella et al., 2012). É plausível considerar que a Internet será utilizada, de alguma forma, em todos os tratamentos futuros (Andersson, 2009).

## CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

O modo de vida atual tem sido influenciado pelo desenvolvimento tecnológico presente nos diversos campos da experiência humana. A Psicologia, em qualquer uma de suas áreas e especialidades, deve estar atenta a essa influência. A interface entre Psicologia e a tecnologia apresenta uma gama de possibilidades, cujo foco principal é o uso da Internet e das novas tecnologias como ferramentas para o oferecimento de intervenções psicológicas (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, & Riva, 2003).

Um aspecto fundamental para o desenvolvimento adequado de pesquisas e intervenções pela Internet é uma definição clara de seus conceitos e modalidades (Proudfoot et al., 2011), uma vez que este campo tem sofrido pela falta de clareza, consistência e definição de termos (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). E-Psicologia (*E-Psychology*) e Telepsicologia (*Telepsychology*) são termos que definem de forma mais geral o campo de interação entre serviços de psicologia e tecnologia (American Psychological Association [APA], 2013). O termo terapia online parece ser um dos mais utilizados desde o surgimento da área, tanto no Brasil quanto em outros países (*online therapy* e *online counselling*). Outras nomenclaturas frequentemente utilizadas em estudos recentes são *Web-based interventions*, *Internet interventions*, entre outros. Um termo que aparece com relativa frequência é: *Computerized Cognitive Behaviour Therapy – cCBT* – ou Terapia Cognitivo-Comportamental computadorizada (TCCC), especialmente quando se trata de um novo programa que foi desenvolvido.

Para especificar melhor o tipo de intervenção realizada, é necessário incluir outros termos. O veículo utilizado indica o nível de sincronicidade: comunicação por chat e áudio são considerados síncronos, ou seja, há contato simultâneo entre terapeuta e paciente. Já e-mail e fórum são meios assíncronos, onde as mensagens podem ser respondidas após algum tempo (Prado & Meyer, 2006). Utiliza-se expressões como *therapist-guided*, *self-guided* e *self-administered* para indicar se há contato entre terapeuta e paciente e em que grau. Deve-se informar a finalidade da intervenção, recursos utilizados, grau de interatividade, tipo de feedback oferecido pelo pesquisador ou pelo próprio programa (Barak et al., 2009). Ainda não há consenso sobre termos ou nomenclaturas, portanto a melhor opção é que o pesquisador faça uma descrição clara da intervenção (Proudfoot et al., 2011).

Ao longo do presente texto utiliza-se o termo “terapia computadorizada” para definir intervenções mediadas por computador, autoadministradas e autoguiadas, sem intervenção do terapeuta ou com intervenção parcial. Terapia online e terapia pela Internet serão usados como termos genéricos para definir toda a gama de intervenções que utilizem a tecnologia de computadores ou Internet como meio de comunicação, incluindo aquelas onde há contato integral entre terapeuta e paciente (por exemplo, via *Skype*). Quando necessário, os termos serão especificados.

No Brasil, a resolução 011/2012 regulamenta as práticas e serviços psicológicos mediados por computador (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2012). A resolução estabelece como prática legal do psicólogo, e passível de remuneração, a orientação psicológica online. Essa prática equivaleria a um aconselhamento pontual, informativo, e focado no problema proposto, ocorrendo em um limite máximo de vinte sessões. Por outro lado, a mesma legislação proíbe ao profissional de Psicologia realizar qualquer forma de terapia pela Internet, exceto em caráter declaradamente experimental. O posicionamento do CFP reflete a carência de estudos sobre o tema no Brasil. Ao passo que cresce a demanda e o interesse de profissionais e clientes em relação a um atendimento de caráter psicoterapêutico, pesquisas sobre psicoterapia online tornam-se imprescindíveis. É necessário testar sua efetividade, embasar a prática dos profissionais, e explorar as vantagens e limitações destas ferramentas. As intervenções pela Internet são consistentes com o avanço da tecnologia, ao passo que exploram os novos recursos para possibilitar mudanças positivas nas vidas das pessoas (Barak et al., 2009).

Há notícias de poucas iniciativas no país em termos de pesquisa sobre intervenções online. Os primeiros indícios vieram com uma intervenção de orientação profissional online (Spaccaquerche, 2005) que teve resultados positivos. Há também um estudo a respeito da relação terapêutica em um ambiente de interação online assíncrono (Prado & Meyer, 2006) que constatou a possibilidade de desenvolver um bom vínculo numa terapia via *forum*. Por fim um levantamento de demandas em um serviço de orientação psicológica por e-mail (Fortim & Cosentino, 2007), onde alguns dos principais motivos de busca foram baixa autoestima, depressão, e dúvidas relacionadas à sexualidade. Pela quantidade de pesquisas nacionais, observa-se que este é um campo incipiente no Brasil.

Por outro lado, estudos internacionais avançaram consideravelmente na proposição e avaliação dos atendimentos psicológicos via Internet para diversos transtornos psiquiátricos, através da realização de ensaios clínicos (Andersson, 2009). Nessas intervenções pela Internet, a abordagem clínica mais comumente utilizada é a da Terapia Cognitivo-

Comportamental (TCC). A prática da TCC passa por um momento de expansão e crescente popularização entre os profissionais da saúde mental no Brasil. Houve um aumento considerável de publicações científicas, lançamento de livros, criação de grupos de pesquisa e de cursos de especialização em TCC (Rangé, Falcone, & Sardinha, 2007). Entretanto, não foram encontrados estudos sobre terapia cognitiva ou cognitivo-comportamental pela Internet realizados até o momento no país.

#### Terapia Cognitivo-Comportamental Online

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem difundida internacionalmente, com demonstração de resultados positivos para uma variedade de transtornos psiquiátricos e condições psicológicas (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Ela tem como alguns de seus princípios a colaboração ativa, a orientação para metas, a focalização em problemas, o tempo limitado, e a sessão estruturada (Beck, 2007). A TCC é caracteristicamente protocolar, e mensurável em termos de resultados, o que favorece sua avaliação em pesquisas sobre efetividade de tratamentos. Por esses motivos, é considerada uma das opções mais adequadas e sensíveis ao contexto da clínica e pesquisa online, tendo sido utilizada na maior parte das pesquisas no campo.

Existem indícios de efetividade da terapia cognitivo-comportamental pela Internet para uma variedade de problemas psicológicos e comportamentais. Encontrou-se resultados desses tratamentos para transtornos específicos como Depressão (Titov, Andrews, & Sachdev, 2010; Vernmark et al., 2010), Transtorno do Pânico (Pier et al., 2008), ansiedade social (Titov, Andrews, & Schwencke, 2008), transtorno da ansiedade generalizada (Titov et al., 2009), transtorno de estresse pós-traumático (Klein et al., 2010), transtornos alimentares (Ljotsson et al., 2007). Outros aspectos da saúde para os quais foram demonstrados resultados dessas intervenções, incluem insônia (Ritterband et al., 2009), estresse relacionado ao trabalho (Ruwaard, Lange, Bouwman, Broeksteeg, & Schriecken, 2007) e bem-estar (Mitchell, Stanimirovic, Klein, & Vella-Brodrick, 2009).

A quantidade e a qualidade dos estudos sugerem que a prática da TCC pela Internet continuará acontecendo (Andersson, 2009). Alguns programas de tratamento computadorizado já possuem amplo reconhecimento profissional e começam a ter apoio de órgãos governamentais. O National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), do Reino Unido, já tem indicado o uso de TCC computadorizada para Depressão e alguns transtornos de ansiedade (Clark, 2011). É o caso do *Beating the Blues* (<http://www.beatingtheblues.co.nz>), um tratamento cognitivo-comportamental online para Depressão.

Em que pese resultados favoráveis, é necessário atentar às implicações que essa prática relativamente nova traz ao campo de aplicação. Existem limitações técnicas, tais como baixa velocidade da Internet, problemas de conexão, e falhas na transmissão, embora tendam a ser rapidamente minimizadas pelo desenvolvimento tecnológico. Há aspectos éticos a serem considerados, como a questão do sigilo (Ragusea & VandeCreek, 2003), que permanece ainda mais frágil no âmbito online, pois sempre há a possibilidade de falhas de software ou invasão por terceiros. Também é necessário que o profissional busque estabelecer desde o início do processo outras formas de acesso ao paciente, como contato de familiares ou de outro profissional da saúde que atenda o cliente (Manhal-Baugus, 2001). Além disso, é preciso levar em conta as características dos pacientes: existem pessoas que não se sentem confortáveis no contexto online, não acreditam em terapia online ou têm preferência por atendimento presencial (Andersson, 2010).

A literatura na área também enfatiza a importância do preparo e treinamento dos profissionais que desejam trabalhar com terapia online (Andersson, 2009; Fenichel et al., 2002). Um levantamento realizado com 93 *e-counselors* nos Estados Unidos relatou que 94% dos participantes não tinham qualquer tipo de treinamento para atendimento pela Internet e 56% não faziam supervisão para atender online (Finn & Barak, 2010). Novamente, anuncia-se a necessidade de explorar o tema, pois quanto mais pesquisas forem realizadas, mais parâmetros existirão para desenvolver programas de treinamento para atendimento online.

#### Terapia Cognitivo-Comportamental para o TOC

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma doença relativamente comum, que atinge cerca de 2% a 3% das pessoas ao longo da vida (Crino, Slade, & Andrews, 2005). Seus efeitos podem causar significativo prejuízo em diversas áreas da vida do indivíduo. O TOC manifesta-se através de dois sintomas principais: a presença de pensamentos ou imagens intrusivas, denominados obsessões; e comportamentos ou atos mentais repetitivos executados com o objetivo de evitar ansiedade ou neutralizar as obsessões, denominados compulsões/rituais (American Psychiatric Association [APA], 2000). Também há fortes indícios a respeito da presença de prejuízos cognitivos e neuropsicológicos relacionados ao transtorno, sobretudo em flexibilidade cognitiva, inibição e fluência verbal (Greisberg & McKay, 2003; Kuelz, Hohagen, & Voderholzer, 2004). A partir do DSM-5, o TOC deixa de ser um transtorno de ansiedade e torna-se uma nova categoria, com outros transtornos relacionados, como o colecionismo e a tricotilomania (American Psychiatric Association [APA], 2013).

A terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR) é o protocolo terapêutico tradicional para o TOC, tendo como fundamento central a habituação. A EPR apresenta ótimos resultados, com ou sem medicação (Foa et al., 2005; Franklin, Abramowitz, Bux Jr., Zoellner, & Feeny, 2002). Porém, é recomendado que se combine essa prática com a terapia cognitiva, que demonstra ser tão eficaz quanto a anterior (Abramowitz, 2006; National Collaborating Centre for Mental Health [UK], 2006). Tal associação tem sido uma escolha cada vez mais utilizada por proporcionar não apenas a diminuição dos sintomas, mas também melhora na qualidade de vida. À medida que o paciente compreende o transtorno que o aflige, passa a flexibilizar suas crenças e aprende a lidar melhor com a situação. Os componentes centrais e consensuais da TCC para o TOC são a psicoeducação do paciente, a diferenciação de estimativas e obsessões, a reestruturação cognitiva, a produção de explicações alternativas para as obsessões, a experimentação comportamental (exposição) e a prevenção de respostas/compulsões, a modificação de crenças centrais, e a prevenção de recaída (Clark & Beck, 2011). Sendo assim, a TCC tem sido considerada o tratamento psicológico de escolha para o TOC, seja sozinha ou em conjunto com a medicação (Eddy, Dutra, Bradley, & Westen, 2004; National Collaborating Centre for Mental Health [UK], 2006).

Uma série de manuais de terapia cognitivo-comportamental para TOC já foram desenvolvidos na literatura internacional (Clark, 2007; Rachman, 2003; Veale, 2007; Wilhelm & Steketee, 2006). No Brasil, uma das referências mais utilizadas no tratamento do TOC é o manual desenvolvido por Cordioli (2008) com base na literatura internacional sobre o tema. Este livro vem possibilitando a instrumentalização de pacientes e terapeutas em todo o país. O mesmo manual foi utilizado como referência na criação de um protocolo de TCC para TOC em grupo, o qual tem sido realizado no serviço de psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Em estudo publicado demonstrou resultados positivos, com 73,8% dos pacientes apresentando melhora nos sintomas (Braga, Manfro, Niederauer, & Cordioli, 2010).

### TCC online para TOC

Apesar da alta prevalência do Transtorno Obsessivo-Compulsivo da comprovada eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental, existe um baixo índice de acesso ao tratamento por parte da população (Goodwin, Koenen, Hellman, Guardino, & Struening, 2002). Esta afirmação é proveniente de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, mas considerada a popularidade da TCC em outros países, é possível que no Brasil o acesso seja ainda menor. Alguns dos principais motivos são a falta de diagnóstico apropriado, a escassez de profissionais qualificados e treinados para lidar com o transtorno, e a possível carência de terapeutas cognitivo-comportamentais nos sistemas públicos de saúde (Shapiro, Cavanagh, &

Lomas, 2003). As comorbidades psiquiátricas também desempenham um empecilho importante, assim como o sentimento de poder lidar sozinho com o problema ou achar que os tratamentos não funcionam. Outros fatores envolvidos são a resistência do paciente quanto ao diagnóstico do transtorno, medo de tomar medicação, não ter seguro de saúde, não saber onde procurar ajuda, a vergonha, o medo, e o estigma social (Goodwin et al., 2002; Herbst et al., 2012).

No entanto, pessoas com transtornos de ansiedade, incluindo o TOC, demonstram interesse em realizar terapia pela Internet (Gun, Titov, & Andrews, 2011). Um levantamento online realizado na Austrália (Wootton, Titov, Dear, Spence, & Kemp, 2011) buscou identificar o nível de aceitabilidade de pessoas com sintomas obsessivo-compulsivos em relação a intervenções online. Das 129 pessoas que responderam à pesquisa, 53% afirmaram que estariam totalmente dispostas a tentar um tratamento pela Internet, 33% possivelmente tentaria, 13% não tinham certeza, e 2% não tentariam de forma alguma. Alguns dos principais motivos relatados para a aceitabilidade foram: economia de tempo, não precisar se deslocar, custos reduzidos, vergonha, privacidade e anonimato. Além disso, 81% declararam acreditar que uma intervenção pela Internet seria efetiva para diminuir seus sintomas.

A consideração dos obstáculos referentes ao tratamento presencial do TOC indica a necessidade de que se desenvolvam tratamentos de maior alcance ou acessibilidade. Intervenções pela Internet apresentam diversas vantagens, tais como a opção do anonimato, a economia de tempo, e principalmente a possibilidade de atendimento à distância. Isso pode contribuir sensivelmente para a superação das dificuldades, aumentando o acesso de pacientes que sofrem com o transtorno e potencializando o trabalho de terapeutas especializados.

Estudos iniciais já demonstraram o potencial do telefone como um meio de oferecer tratamento cognitivo-comportamental para o TOC (Lovell et al., 2006; Turner, Heyman, Futh, & Lovell, 2009), dentre os quais o BT Steps tornou-se um dos mais reconhecidos. Trata-se de um programa automatizado oferecido por telefone, no qual o paciente recebe instruções (gravadas) de um terapeuta virtual que o orienta ao longo do processo terapêutico (Greist et al., 2002). Contudo, o BT Steps, além de ser uma intervenção unicamente comportamental, demonstrou altos índices de desistência pelos pacientes (Herbst et al., 2012). Além disso, apresentou resultados inferiores a uma intervenção guiada por um terapeuta (Greist et al.), sugerindo que para esse tipo de transtorno é necessário que haja participação de um profissional. Embora não exista uma conclusão sobre qual o nível ideal de intervenção de um terapeuta nas intervenções online, uma revisão de literatura sobre o tema concluiu que algum nível contato com terapeuta apresenta melhores resultados do que intervenções sem nenhum

contato (Newman, Szkodny, Llera, & Przeworski, 2011). Outros estudos apontam que o tempo de contato com o terapeuta tem correlação positiva com melhores resultados terapêuticos (Palmqvist, Carlbring, & Andersson, 2007). Porém, não há consenso sobre esse fator, o qual precisa ser melhor estudado.

A quantidade de pesquisas sobre a efetividade de intervenções cognitivo-comportamentais pela Internet para TOC tem aumentado. Apesar dos formatos variarem consideravelmente, os resultados encontrados são positivos. Em um ensaio aberto (Andersson et al., 2011), 23 indivíduos com TOC receberam uma intervenção de TCC administrada pela Internet. A intervenção enfocou principalmente aspectos de psicoeducação, reestruturação cognitiva e EPR. Os resultados mostraram que houve melhora significativa nos sintomas de TOC após o tratamento ( $d=1.56$ ). Além disso, os pacientes também relataram melhora no seu funcionamento geral e em sintomas de depressão.

Em outro estudo, foi avaliada a eficácia de um protocolo cognitivo-comportamental computadorizado de oito semanas para TOC (Wootton, Titov, Dear, Spence, Andrews, et al., 2011). O programa consistiu em oito sessões online, tarefas de casa, e-mails automatizados e contato com um psicólogo clínico duas vezes por semana. Além dos componentes básicos da TCC para TOC, os participantes tiveram acesso a conteúdos relacionados a habilidades sociais e estratégias para lidar com problemas de sono. Foi constatada melhora significativa nos sintomas de TOC após o tratamento ( $d=1.28$ ), e os resultados se mantiveram no seguimento de três meses. Ademais, os participantes relataram o procedimento como altamente aceitável.

Um ensaio clínico randomizado desenvolveu uma intervenção de TCC para TOC pela Internet com duração de 10 semanas e presença de um terapeuta mediador. O grupo controle recebeu terapia de apoio não-diretiva online (Andersson et al., 2012). No grupo clínico, 60% obteve melhora significativa, enquanto que no grupo controle o percentual de pacientes com melhora foi de 6%. A melhora dos pacientes se manteve no seguimento de quatro meses.

Até alguns anos atrás, os tratamentos autoadministrados para pânico, fobias e TOC não apresentavam resultados conclusivos sobre sua efetividade (Barlow, Ellard, Hainsworth, Jones, & Fisher, 2005). Todavia, considerados os dados iniciais, os autores concluíram que valeria a pena investir em pesquisas sobre tratamentos computadorizados (Barlow et al., 2005). Outra revisão de literatura abrangente sobre os tratamentos online do transtorno obsessivo-compulsivo mostrou que poucas pesquisas foram realizadas, tendo sido encontrados apenas 22 estudos (Herbst et al., 2012). Ainda assim, os autores concluíram que as intervenções realizadas até o momento foram efetivas quanto à redução de sintomas, econômicas em relação ao tempo gasto pelo terapeuta, e com boa relação custo-benefício.

Outras revisões mostraram que as intervenções computadorizadas para TOC tem se mostrado superiores a nenhum tratamento e em alguns casos tão eficaz quanto os tratamentos tradicionais, mas ainda não é possível obter conclusões finais sobre essa comparação (Lack & Storch, 2008; Lovell & Bee, 2011).

Considerando-se os benefícios potenciais, destaca-se novamente a importância de ampliar o alcance dos tratamentos para atender indivíduos que sofrem do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Enquanto outros países já desenvolveram tentativas de tratamento computadorizado para este transtorno, no Brasil este é um campo que carece de pesquisas. Pode-se observar que a Terapia Cognitivo-Comportamental pela Internet tem se mostrado eficaz na redução de sintomas para TOC, sugerindo que se utilize a tecnologia como uma forma de atender a essa população.

### Psicoeducação

A psicoeducação, entendida como o processo de educar o paciente sobre seu transtorno ou funcionamento é um dos princípios básicos da terapia cognitiva (Beck, 2007). Na grande maioria dos protocolos de intervenção atuais em TCC para diversos grupos de transtornos está presente alguma forma de procedimento de psicoeducação. Os resultados de alguns estudos que investigaram especificamente efeitos da psicoeducação em diferentes quadros são relatados a seguir. A American Psychiatric Association (APA) afirma que a psicoeducação é uma intervenção fundamental para pacientes com esquizofrenia (Lehman et al., 2004). Em um estudo buscando avaliar a durabilidade dos efeitos positivos da psicoeducação para esquizofrenia, os pesquisadores descobriram que sete anos após a intervenção, os pacientes que receberam psicoeducação tiveram um índice consideravelmente menor de re-hospitalizações e um número reduzido de dias internados, quando comparados ao grupo controle, que não recebeu psicoeducação (Bäumel, Pitschel-Walz, Volz, Engel, & Kessling, 2007). Tais resultados sugerem a importância dessa intervenção como forma de manter os ganhos de tratamentos, especialmente a longo prazo.

Em um estudo prospectivo de caso-controle com transtornos psiquiátricos em geral, concluiu-se que a psicoeducação resulta em maior adesão à medicação e mais conhecimento sobre doenças mentais (Prost, Musisi, Okello, & Hopman, 2013). Entretanto, os autores apontam que a distância pode ser um obstáculo aos resultados, sendo necessário pensar em outras formas de possibilitar o acesso da população.

No transtorno bipolar, a psicoeducação é reconhecida como um componente fundamental e complementar à necessidade de medicação (Colom, 2014). Ela também atua melhorando a adesão ao tratamento farmacológico. Um ensaio clínico randomizado com 204

participantes demonstrou que uma intervenção de TCC completa para Transtorno Bipolar não apresentou resultados superiores a uma intervenção de psicoeducação (Parikh et al., 2012).

Na Depressão também existem dados favoráveis. Um estudo multicêntrico realizado na Europa em 2000, com 452 participantes, comparou duas intervenções para Depressão: resolução de problemas e psicoeducação em grupo. Os resultados indicaram que ambos os tratamentos surtiram efeito clinicamente importante, ainda que a psicoeducação tenha alcançado impacto menor (Dowrick et al., 2000).

Intervenções psicoeducacionais para transtornos envolvendo ansiedade são geralmente bem aceitas e avaliadas como úteis pelos pacientes (Houghton & Saxon, 2007). Além disso, são relativamente simples, podendo ser aplicadas por outros profissionais de saúde.

### Psicoeducação no TOC

Em se tratando do TOC, o componente educacional parece ainda mais importante. Ele pode não apenas melhorar a adesão aos tratamentos psicológico e farmacológico, mas também atuar na correção de crenças errôneas sobre o medo e ansiedade, à medida que o paciente aprende sobre estes fatores (Rachman, 2006).

A psicoeducação no TOC tem o objetivo amplo de melhorar a assimilação do paciente à lógica do tratamento. O paciente deve compreender que modificando a avaliação das obsessões e do controle sobre estas, se reduz mais facilmente os sintomas obsessivos e compulsivos. Este processo é formado por três componentes básicos: aceitar a normalidade dos pensamentos indesejados, entender o papel primário das estimativas equivocadas, e compreender os efeitos negativos do comportamento de neutralização ou controle mental (Clark & Beck, 2011). Segundo a American Psychiatric Association, todos os pacientes com TOC devem ser educados sobre o transtorno e os tratamentos possíveis, fazendo com que a doença seja desestigmatizada e o paciente possa tomar decisões melhor informadas (Koran et al., 2007). Em um estudo de (Abramowitz, Franklin, Zoellner, & DiBernardo, 2002), 28 pacientes com TOC foram avaliados após uma intervenção de 15 sessões, baseadas em ERP. As primeiras três sessões foram utilizadas para educar o paciente sobre o TOC e sobre a forma de tratamento. Os pacientes foram educados sobre a relação das obsessões e compulsões com a ansiedade. Em seguida, aprenderam que a exposição serve para enfraquecer a ansiedade relacionada às obsessões, e a prevenção de ritual ajuda a retirar o reforçamento negativo das compulsões. Os resultados indicaram que os pacientes que entenderam melhor a lógica do tratamento seguiram melhor as instruções de exposição, sugerindo que uma ênfase forte na psicoeducação pode ser preditora de melhores resultados no tratamento (Abramowitz et al., 2002).

Observa-se que a psicoeducação no TOC é essencial. É plausível que alguns dos obstáculos ao tratamento citados anteriormente possam ser superados através de uma intervenção didática deste tipo. Nesse sentido, uma revisão de literatura recente sugeriu que as novas tecnologias de informação podem ser aproveitadas para oferecer psicoeducação computadorizada no TOC (Lind, Boschen, & Morrissey, 2013).

#### Desenvolvimento de intervenções online

As adaptações de tratamentos cognitivo-comportamentais para o âmbito online variam em seu formato, sendo que não há nenhum padrão bem estabelecido (Andersson, 2009). Frequentemente os pesquisadores utilizam um formato semelhante aos tratamentos presenciais. Em geral, as intervenções se dão de forma bastante estruturada, muitas vezes divididas em módulos, onde cada módulo equivale a uma sessão de terapia, ou lição (Barak et al., 2009). Quando se trata de intervenções computadorizadas, deve-se decidir o nível de frequência dos feedbacks automáticos. Pode-se pensar em um continuum de um programa sem feedback automático até um programa onde feedbacks automáticos são realizados o tempo todo (Barak et al., 2009). Usualmente, os protocolos são construídos com base em tratamentos presenciais efetivos e bem estabelecidos, adaptados para o uso via Internet. Assim, é comum que nos módulos iniciais se trabalhe a psicoeducação, nos intermediários a exposição e a reestruturação cognitiva, e por fim a prevenção de recaída (Andersson et al., 2011).

A maior parte dos tratamentos conta com a participação, ainda que parcial, de um terapeuta. Existem poucas iniciativas de tratamentos realmente autoguiados e autoadministrados para TOC (Herbst et al., 2012). Entretanto, não está bem estabelecido o nível de contato com o terapeuta necessário para haver diferença nos resultados (Tumur, Kaltenthaler, Ferriter, Beverley, & Parry, 2007). Considera-se importante disponibilizar um tratamento que os usuários possam utilizar sem depender totalmente de um terapeuta, dessa forma ampliando o alcance acesso ao tratamento. Um exemplo é o Anxiety Online (<http://www.anxietyonline.org.au>), um site que oferece tratamento computadorizado aberto e gratuito para diversos transtornos da ansiedade, inclusive o TOC. Contudo, se o usuário optar pelo acompanhamento com um terapeuta, precisa pagar um determinado valor.

Cabe considerar, enfim, que o objetivo dos tratamentos computadorizados não é substituir as intervenções presenciais (Barak et al., 2009). Nem todos os problemas podem ser tratados online, e provavelmente os pacientes que se adaptam a esse tipo de ambiente irão se beneficiar mais (Barak et al., 2009). É muito mais provável que as intervenções computadorizadas se tornem um coadjuvante em tratamentos tradicionais: um programa pode



ser usado para tratar sintomas de TOC de um paciente, permitindo que o seu terapeuta possa focar em aspectos mais centrais no tratamento. Outra possibilidade a ser considerada é a utilização de programas computadorizados na saúde pública, possibilitando o acesso a pacientes em regiões remotas, em fila de espera, ou com sintomas leves, que não necessitem de um atendimento tradicional. Logo, as tecnologias podem auxiliar na prevenção de transtornos psicológicos. Após a utilização do programa, o paciente pode ser encaminhado para um serviço presencial, se ainda houver necessidade. Além disso, outros profissionais e técnicos de saúde também podem ser treinados para utilizar programas de intervenção e alcançar ótimos resultados (Robinson et al., 2010).

As intervenções pela web com participação ativa de um terapeuta parecem apresentar maior probabilidade de eficácia e maior amplitude de tratamento para o paciente. As intervenções autoadministradas, por outro lado, possibilitam o anonimato e costumam ser mais econômicas. Futuramente, ambas poderão ser de grande benefício para a atenção em saúde mental, com bons resultados e custos consideravelmente baixos no sistema de saúde (Barak et al., 2009).

#### Avaliação de usabilidade

O conceito de usabilidade é oriundo da ciência da computação e ela pode ser definida como a capacidade que um sistema tem de permitir que o usuário consiga alcançar objetivos específicos com segurança, efetividade, eficiência e satisfação (ISO 9241-11, 1998; Preece et al., 1994). Tem sido utilizada para o aprimoramento de sistemas em diversas áreas, especialmente aqueles envolvendo o estudo da interação entre humanos e computadores (Nielsen, 1993). Trata de incluir, ao longo do desenvolvimento do programa, a avaliação de sujeitos representativos da população alvo.

A ISO (International Standards Organization) 9241 é a referência de padrão internacional para o desenvolvimento de programas com interação entre humanos e computadores, oferecendo normas ergonômicas gerais. A parte 11 dessa referência internacional sugere as características básicas para medir a usabilidade de um sistema. Deve-se primar pela facilidade de aprendizado, de memorização, e buscar uma taxa mínima de erros. Portanto, para alcançar um alto nível de usabilidade, o programa deve ser (a) eficaz: alcançar o resultado esperado com acurácia e completude; (b) eficiente: o resultado deve ser alcançado de forma rápida e abrangente, com o mínimo de tempo e custos possível; (c) satisfatório: produzir uma atitude de aceitação e minimizar o desconforto (ISO 9241-11, 1998).

Outros critérios podem surgir de acordo com as necessidades e objetivos do programa: ter baixa necessidade de suporte, facilidade para aprender, tolerância a erros, e boa legibilidade. As medidas podem ser tanto objetivas (avaliação pelo próprio programa) quanto subjetivas (percepção dos usuários). Devem ser descritas e consideradas as características do usuário e seu contexto, a tarefa desenvolvida, os objetivos, e o equipamento utilizado.

O desenvolvimento de softwares em saúde, devido à complexidade da área, requer métodos mais específicos do que na indústria de softwares tradicionais (Kushniruk & Patel, 2004). O método de desenvolvimento de um sistema de informação para a saúde deve ser iterativo, buscando avaliação e reformulação contínua de um protótipo até o surgimento do produto final (Kushniruk, 2002). O protótipo é uma versão do sistema funcionando parcialmente, na qual serão aplicadas as modificações (Kushniruk & Patel, 2004).

Esse método mais complexo deve inevitavelmente passar pela avaliação de usabilidade, de modo a informar os desenvolvedores sobre problemas no programa. Isso garantirá que o sistema seja efetivo, alcance as metas e responda às necessidades dos usuários potenciais (Kushniruk & Patel, 2004). Os usuários potenciais participam do processo de desenvolvimento do sistema em um ou vários momentos. É recomendado um número de pelo menos 15 sujeitos para se utilizar estatística inferencial e realizar uma boa avaliação de usabilidade (Kushniruk, Patel, & Cimino, 1997; Kushniruk & Patel, 2004).

Questionários são frequentemente utilizados e informações oferecidas pelos registros do próprio programa, como sugestões em tempo real do usuário ou registros do *log*, também fornecem dados importantes (Kushniruk & Patel, 2004). Idealmente também é incluída a avaliação de profissionais da área (Riiser, Løndal, Ommundsen, Sundar, & Helseth, 2013). Quando factível, o método do *think aloud* é utilizado para identificar problemas em tempo real (Kushniruk & Patel, 2004). No entanto, em tarefas ou intervenções que exigem mais tempo, essa opção pode não ser viável.

Uma outra forma bastante utilizada de avaliar a usabilidade é através das heurísticas de Nielsen (1993). Trata-se de dez princípios básicos a serem analisados e promovidos no desenvolvimento de um programa. As dez heurísticas são: (1) visibilidade do que está acontecendo no sistema, (2) correspondência entre o sistema e o mundo real, (3) controle e liberdade do usuário, (4) consistência e padrões de termos e funções ao longo de todo o sistema, (5) prevenção de ocorrência de erros, (6) reapresentar mais do que fazer lembrar, (7) flexibilidade e eficiência do uso, (8) design estético e minimalista, (9) ajudar os indivíduos a reconhecer, diagnosticar e se recuperar dos possíveis erros, e (10) prover dados úteis e ajuda

para os usuários. Esse tipo de avaliação pode ser usado em conjunto com outros passos da usabilidade (Dix, Finlay, Abowd, & Beale, 2004).

Delineamentos semelhantes vem sendo utilizados no desenvolvimento de intervenções de saúde pela web, seja na saúde em geral (Corrao, Robinson, Swiernik, & Naeim, 2010; Kim & Kang, 2013; Patterson et al., 2013; Rhebergen, Hulshof, Lenderink, & van Dijk, 2010; Riiser et al., 2013) ou na Psicologia (Anderson, Zimand, Schmertz, & Ferrer, 2007; Currie et al., 2010). É fundamental utilizar esse tipo de avaliação para que o sistema fique agradável e atraente para seus usuários (Currie et al., 2010). Os modelos e métodos variam, mas os elementos básicos da avaliação de usabilidade se mantêm os mesmos em todos os estudos. Alguns propõem a criação de programas totalmente novos, enquanto outros são adaptações online de protocolos já existentes (Pachankis, Lelutiu-Weinberger, Golub, & Parsons, 2013).

Considerando os prejuízos associados ao TOC, os benefícios potenciais da psicoeducação, e a Internet como uma forma promissora de oferecer tratamentos, é necessário desenvolver uma intervenção que possa alcançar pessoas com sintomas obsessivos-compulsivos, além de familiares e profissionais da saúde envolvidos com estes pacientes. Considerando o interesse da população leiga e de psicólogos no tema, apresenta-se a necessidade de pesquisas que embasem o desenvolvimento de softwares e intervenções psicológicas computadorizadas.

O trabalho teve como objetivo geral apresentar o processo de criação, desenvolvimento e avaliação de uma intervenção computadorizada de psicoeducação sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Como objetivos específicos, buscou-se obter feedback dos usuários acerca da usabilidade do programa. Um segundo objetivo foi avaliar o potencial de redução dos sintomas desta intervenção. Também pretendeu-se construir um caminho de desenvolvimento que pudesse ser usado como guia para o desenvolvimento de intervenções futuras. Da mesma forma, objetivou-se alcançar um protótipo que servisse como matriz para intervenções psicoeducacionais sobre outros transtornos. Por fim, buscou-se utilizar os feedbacks e remodelar o protótipo para se chegar a um modelo final do programa.

## CAPÍTULO 2: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO

No presente capítulo, será descrito e apresentado o desenvolvimento e avaliação do programa de intervenção proposto. O processo foi iterativo, onde as avaliações e reformulações realizadas ao longo do desenvolvimento tem um papel central no resultado final do programa. O projeto foi realizado em três fases, cada qual com etapas específicas. O sistema foi reformulado a cada nova fase. A Figura 1 mostra a sequência temporal. A seguir, são abordados detalhes de cada etapa.

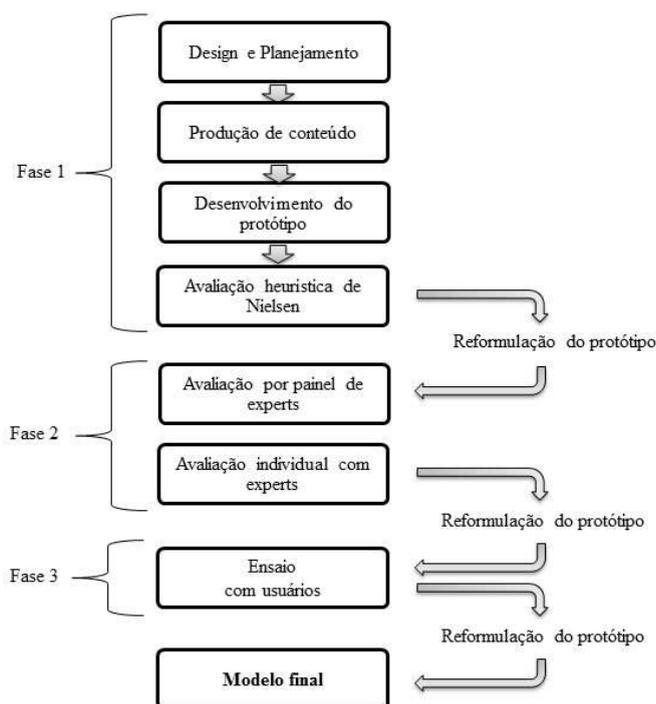


Figura 1. Sequência das fases de desenvolvimento do programa.

### FASE 1: DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

O objetivo desta fase foi criar uma versão inicial do programa para remodelação nas fases posteriores.

#### Método

A fase 1 foi dividida em quatro etapas. Os procedimentos para cada uma delas estão descritos a seguir.

## Design e Planejamento

Foram investigados estudos sobre usabilidade e intervenções computadorizadas em geral. Nesta etapa se planejou o desenvolvimento e a adaptação do programa, buscando-se evitar problemas encontrados por outros autores e a utilização de recomendações propostas em outros estudos para potencializar os resultados.

## Produção do conteúdo

Para a produção de conteúdo do programa foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema. O conteúdo foi baseado em manuais de tratamentos presenciais bem estabelecidos, nacionais (Cordioli, 2008) e internacionais (Abramowitz, 2006; Clark, 2007; Foa, 2010; Rachman, 2003; Veale, 2007; Wilhelm & Steketee, 2006). O segundo aspecto a ser considerado foram as pesquisas sobre intervenções online para TOC (Andersson et al., 2011, 2012; Wootton, Titov, Dear, Spence, Andrews, et al., 2011). Por fim, também se utilizou a literatura sobre TCC online para outros transtornos (Andrews, Davies, & Titov, 2011; Bergström et al., 2010; Christensen, Griffiths, Mackinnon, & Brittliffe, 2006; Titov et al., 2009) e *guidelines* sobre desenvolvimento de pesquisas no campo (Proudfoot et al., 2011). Buscou-se que o modelo desenvolvido contemple os principais aspectos referentes à terapia cognitivo-comportamental para TOC (Clark & Beck, 2011).

Além da investigação realizada na literatura, o pesquisador autor do estudo participou como observador de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo para TOC. Este grupo acontece todos os anos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e os participantes são pessoas da comunidade usuárias do serviço. A intervenção consistiu de 12 sessões, ocorridas entre os meses de Agosto e Dezembro de 2012.

## Desenvolvimento do protótipo

A plataforma utilizada para o desenvolvimento do protótipo foi o Microsoft Excel 2007. A linguagem de programação é o *Visual Basic for Applications* (VBA), uma linguagem presente nos aplicativos do Microsoft Office, que possibilita a programação do tipo dirigida por eventos (*event-driven*). A apresentação do conteúdo é principalmente textual, possibilitando a utilização de imagens e vídeos. A escolha foi realizada considerando o nível de complexidade e exigência do programa, e será aprimorada ao longo do seu desenvolvimento. O programa foi desenvolvido com base em um algoritmo que define o caminho do usuário ao longo do programa. A programação foi realizada voluntariamente por outro membro da equipe de pesquisa.

## Avaliação heurística de Nielsen

Os desenvolvedores do programa e outros membros da equipe de pesquisa realizaram uma primeira avaliação sucinta do sistema, seguindo as heurísticas de Nielsen (1993), em que buscaram encontrar um consenso sobre alterações no sistema. O objetivo é melhorar os problemas mais evidentes do programa e reformulá-lo antes de submetê-lo à avaliação dos experts e usuários.

## Resultados

Os procedimentos das etapas da fase 1 resultaram em uma intervenção computadorizada para sintomas obsessivo-compulsivos. A intervenção foi, inicialmente, estruturada em 12 módulos: três módulos de psicoeducação, oito módulos de reestruturação cognitiva e exposição e prevenção de rituais, e um módulo de prevenção de recaída. A partir da 6ª sessão, os módulos eram temáticos, com crenças e tipos específicos de TOC sendo tratados em cada um deles.

*Quizzes* foram inseridos ao final de cada módulo de psicoeducação. A cada resposta escolhida nas questões do *quiz*, o programa emite um feedback automático de certo ou errado, e indica qual a resposta correta. Para poder prosseguir para os módulos seguintes, a pessoa deveria acertar 60% das respostas. Caso contrário, ao final do *quiz*, ela tem duas opções: reler o conteúdo do módulo ou refazer o *quiz*.

As prática de exposição seriam conduzidas da seguinte forma: no módulo 4, os participantes selecionariam, em uma lista extensa de sintomas de TOC (Anexo A), aqueles sintomas com os quais se identificassem, e em que grau (1 a 4). Para cada item da lista de sintomas, quatro exemplos de exposições foram criados, dois iniciais e dois avançados. O pesquisador autor da dissertação contou com a ajuda de colaboradores na criação dos exemplos de exposições, e ao todo foram criados 500 exemplos (Anexo B). Ao longo do programa, os participantes seriam convidados a realizar as exposições, com os sintomas com os sintomas em que ele marcou grau 1 e 2 até chegar nos sintomas que ele marcou 3 e 4. As exposições seriam realizadas durante os módulos e também como tarefas de casa. Para compensar o fato de não haver um terapeuta, o participante era incentivado a convidar profissionais e amigos a realizar as exposições com ele.

Nos módulos de reestruturação cognitiva haviam explicações sobre crenças e exemplos de crenças e pensamentos automáticos do TOC, assim como espaços em branco para o participante inserir seus próprios pensamentos. Em seguida, o usuário aprenderia técnicas cognitivas para identificação e modificação de crenças, e era incentivado a usá-las durante o programa e como tarefas de casa.

O sistema criado é interativo e tem feedbacks automáticos. Ao longo de todo o programa, o usuário conta com basicamente dois únicos botões: “prosseguir” e “sair”. Foi decidido que o botão “sair” permaneceria presente em todas as páginas para facilitar a saída do programa. O programa registra todos os “cliques” do usuário. Assim, um *log* é gerado, contendo a data e hora que o participante entrou no programa, o tempo que a pessoa ficou em cada página, as pontuações dos instrumentos, as opções que ela selecionou nos questionários, os acertos no *quiz*, e o momento que ela saiu do programa.

## FASE 2: AVALIAÇÃO COM EXPERTS

O objetivo desta fase foi de obter feedback metodológico, teórico e clínico de *experts* a respeito da intervenção computadorizada.

### Método

Esta fase foi dividida em duas etapas: avaliação por painel de experts, e avaliação individual com experts. Os métodos e resultados são apresentados para cada uma das etapas.

Foram considerados experts pessoas graduadas em Medicina ou Psicologia, que tivessem: a) curso de especialização concluído em Terapia Cognitivo-Comportamental; e/ou b) experiência de no mínimo dois anos em atendimento ou pesquisa com transtornos de ansiedade. O critério de seleção dos experts foi por conveniência, através de redes de contatos profissionais e interesse compartilhado no tema. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), onde constavam as informações técnicas e éticas necessárias.

#### Avaliação por painel de experts

O painel de experts consistiu em uma avaliação coletiva com integrantes de um serviço ambulatorial de transtornos de ansiedade. O ambulatório pertence a um hospital-escola que atende à comunidade de Porto Alegre e região metropolitana, onde também são realizadas pesquisas na área de psiquiatria. Os participantes do painel foram nove médicos entre primeiro e quarto anos de residência em psiquiatria, além de três psiquiatras coordenadores do serviço.

O encontro foi realizado em uma sala utilizada para seminários no próprio hospital, e teve duração de uma hora e 15 minutos. O pesquisador autor desta dissertação coordenou o encontro, e um aluno de graduação assistente de pesquisa acompanhou a realização da coleta, observando e fazendo anotações. O áudio do encontro foi gravado. Antes de iniciar, os

participantes assinaram o TCLE específico para profissionais e responderam a um questionário de perfil do profissional, contendo questões de formação e experiência no tema.

Após introduzir a ideia do estudo e do programa, o pesquisador fez uma breve apresentação de alguns dos principais elementos do sistema, com duração de cerca de 10 minutos. Em seguida, foi realizada uma combinação de que, conforme o pesquisador avançasse na demonstração, o grupo fizesse apontamentos, críticas e sugestões a fim de aprimorar o programa.

Posteriormente, as percepções e anotações coletadas no painel foram analisadas e discutidas na equipe de pesquisa. Para decidir as sugestões a serem aceitas, levou-se em consideração os seguintes aspectos: consenso no grupo de experts, embasamento e argumentos das sugestões, e experiência do profissional que realizou o apontamento. Sugestões inviáveis de realização (técnicas e estruturais) foram anotadas para utilização futura.

#### Avaliação individual com experts

Em momento posterior ao painel de experts, realizou-se uma segunda avaliação, individual, com outros participantes. Participaram desta etapa três psicólogos clínicos, com curso de especialização concluído em terapia cognitivo-comportamental.

As avaliações ocorreram individualmente e em momentos diferentes. O local utilizado foi a sala do Laboratório de Biossinais em Fenomenologia e Cognição (BiosPheC), localizado no Instituto de Psicologia da UFRGS. Um dos participantes realizou a avaliação por *Skype*, por impossibilidade de comparecer presencialmente. A duração com cada clínico foi de aproximadamente uma hora e 30 minutos. Antes de iniciar, os participantes assinaram o TCLE específico para profissionais e responderam a um questionário de perfil do profissional, contendo questões de formação e experiência no tema.

Em um primeiro momento, era apresentada ao expert a proposta da pesquisa e do programa. Em seguida, ele era solicitado a utilizar o software na íntegra e identificar quaisquer problemas ou sugestões que percebesse, sem se preocupar em explicar ou argumentar. Na utilização com os profissionais, o programa foi utilizado sem pausas entre um módulo e outro. Durante a avaliação, foram realizados registros verbais (gravação de áudio) e escritos, de acordo com a preferência do profissional.

Posteriormente, os registros foram analisados. Para decidir as sugestões a serem aceitas, levou-se em consideração o seguinte critério: sempre que pelo menos dois dos clínicos apontassem um mesmo aspecto, este era modificado sempre que possível. Sugestões inviáveis de realizar (técnicas e estruturais) foram anotadas para utilização futura. Sugestões e

críticas realizadas por apenas um profissional foram discutidos e reavaliados no grupo de pesquisa.

## **Resultados**

As sugestões das avaliações com experts conduziram a modificações no programa. As principais alterações são relatadas a seguir, para cada etapa.

### **Avaliação por painel de experts**

Foi incluída uma pergunta inicial a respeito do motivo de estar utilizando o programa, para conhecer o usuário: se este é um possível paciente, um profissional, um curioso, etc. Acrescentou-se três perguntas simples sobre sintomas de TOC no início do programa, com o objetivo de fazer uma triagem inicial dos pacientes que possuem sintomas em relação àqueles que não possuem. Uma pergunta sobre como o usuário percebe seus sintomas de TOC no início de cada módulo, juntamente com a avaliação do humor e da ansiedade. O objetivo desta pergunta é obter uma avaliação subjetiva da intensidade dos sintomas de TOC em três momentos. A avaliação do humor e da ansiedade receberam exemplos, para que os termos não fiquem muito vagos e o público leigo possa avaliar com maior precisão. Um gráfico e um fluxograma foram adicionados na explicação sobre o funcionamento do TOC, a fim de melhorar a assimilação do texto.

A ordem de apresentação do Y-BOCS foi alterada do início do Módulo 1 para o final do mesmo módulo. A mudança ocorreu porque se supõe que os usuários ainda conheçam pouco sobre o transtorno e poderiam não responder à escala adequadamente. Além disso, começar o programa com um teste poderia causar desconforto no usuário, prejudicando sua aderência ao software. Houve também uma mudança de informações sobre os transtornos para que o programa esteja atualizado conforme o DSM-5.

Mais uma alteração importante foi realizada: a exclusão dos módulos de tratamento, permanecendo apenas os três módulos de Psicoeducação. Esta alteração foi realizada por diversos motivos. A observação clínica dos experts aponta que os sintomas do TOC melhoram consideravelmente quando seus pacientes lêem material sobre o transtorno, e há vários casos de pacientes que relataram melhorar simplesmente ao ler livros sobre o tema, mesmo sem estar em acompanhamento terapêutico. Existe a possibilidade de terapeutas aplicarem o programa de psicoeducação em conjunto com a terapia presencial, pois muitas vezes os profissionais podem esquecer de aspectos importantes, que o programa contempla. O software poderia ser utilizado em hospitais e unidades básicas de saúde. Oferece uma interessante oportunidade de verificar o quanto a psicoeducação isolada pode influenciar na redução dos

sintomas. Por fim, um tratamento computadorizado completo para TOC é útil, porém extenso, sendo melhor iniciar apenas com a psicoeducação e expandir a intervenção posteriormente.

Considera-se também a possibilidade de usar o modelo do software de psicoeducação em outros transtornos, uma vez que a estrutura é bastante semelhante. Se o programa for reduzido, aumentam as chances de um número maior de pessoas vir a utilizá-lo. A utilização pode ser feita por familiares, profissionais, e quaisquer pessoas que tenham apenas curiosidade, não necessariamente pacientes. O programa teria potencial para disseminar um conhecimento preciso e correto entre a população em geral, que nem sempre tem acesso à informação de qualidade.

Os apontamentos realizados pelo painel de especialistas somaram-se às considerações que a equipe de pesquisa também havia discutido ao longo do desenvolvimento do programa. Ponderou-se que a psicoeducação pode ser realmente considerada uma intervenção e que o tempo necessário para desenvolvê-la e aplicá-la seria mais factível para os fins desta dissertação. Assim, por ora, optou-se por permanecer apenas com os módulos de psicoeducação. Os demais módulos de tratamento serão incluídos na intervenção em um momento posterior.

Algumas sugestões não puderam ser seguidas até o momento desta dissertação e foram registradas para implementação futura. Uma delas é a possibilidade de desenvolvimento de um aplicativo do programa para uso em ipads, iphones, *tablets*, etc. A inclusão de cores, imagens e vídeos deverão deixar o programa visualmente mais atrativo, assim como animações simples quando o paciente responde às perguntas do *quiz*. Outra sugestão interessante é a criação de um fórum mediado onde os pacientes podem trocar experiências e tirar dúvidas sobre o tema. No aspecto funcional, setas de voltar deverão ser incluídas para que o usuário possa navegar mais livremente no software, e um botão para imprimir o conteúdo resumido do programa será adicionado. Em uma versão posterior, a divisão dos módulos poderá se dar conforme a divisão dos transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo do DSM-5. Por fim, uma sugestão de pesquisa futura seria comparar uma intervenção de psicoeducação a um tratamento tradicional.

#### Avaliação individual com experts

Foi incluído um especificador temporal “hoje” nas avaliações dos sintomas de TOC, humor e ansiedade, a fim de tornar a avaliação mais concreta e específica. O complemento “disfuncional” foi adicionado sempre que o texto se refere às crenças do TOC. O termo “portador do TOC” foi alterado sempre que possível, pois poderia surtir um efeito negativo no usuário. Termos que poderiam não ser completamente entendidos pelo público

leigo, como “indivíduo hipersensível”, foram substituídos por outros mais simples. Da mesma forma, o conteúdo sobre o aspecto neurobiológico do TOC foi alterado a fim de tornar o texto mais compreensível.

Algumas perguntas dos *quizzes* foram atualizadas conforme o DSM-5. A questão 3 do segundo *quiz* apontava a resposta errada e foi corrigida. A questão 4 do segundo *quiz* e a questão 8 do terceiro *quiz* foram alteradas para ficarem mais claras.

Uma frase sobre a necessidade de psicoeducação no tratamento foi modificada por estar demasiadamente enfática. Da mesma forma, foi alterado um trecho sobre os conceitos de reforço e punição, que expressava uma ideia determinista. Foram excluídos trechos falando sobre skinn-picking e sobre o conceito de reforço, pois não eram necessários à compreensão do texto. Da mesma forma, um parágrafo que falava sobre a psicanálise e a origem histórica da TCC foram excluídos, uma vez que essa informação não parecia relevante ao usuário e tornava o texto extenso.

Algumas sugestões não puderam ser seguidas até o momento desta dissertação e foram registradas para implementação futura. Assim como na avaliação anterior, os experts sugeriram desenvolver um aplicativo para o programa, com o objetivo de ampliar o acesso e a praticidade do mesmo. Outra sugestão que se repetiu foi a inclusão de cores, imagens e vídeos, a fim de deixar o programa visualmente mais atrativo. Ademais, surgiu a possibilidade de retirar o bloqueio de espera de 24 horas entre um módulo e outro, para facilitar a utilização do programa. Por fim, foi indicado que se apresentasse material complementar, como livros e filmes sobre TOC, e uma lista de profissionais e locais que oferecem atendimento em terapia cognitivo-comportamental.

### FASE 3: ENSAIO DE INTERAÇÃO COM USUÁRIOS

O objetivo principal desta fase foi testar o programa com usuários do público em geral para avaliar os principais aspectos de usabilidade, a fim de informar a reprogramação do formato final para o software. Também se buscou explorar características sociodemográficas e de diferenças individuais dos usuários que pudessem ser relevantes à análise da usabilidade do programa.

## **Método**

### Delineamento

Trata-se de um estudo de caráter experimental, onde foi realizado um ensaio aberto de uma intervenção computadorizada, com foco na usabilidade e avaliações em diferentes momentos.

### Participantes

No total, 45 pessoas se voluntariaram para participar da pesquisa. Os participantes foram pessoas do público em geral, sem diagnóstico prévio de TOC, com interesse em auxiliar no desenvolvimento da pesquisa. Dessa forma, a amostra ocorreu por conveniência. Cinco pessoas foram excluídas do estudo por não preencherem os critérios de inclusão. Dos restantes, 19 receberam o programa mas não o enviaram de volta, nem responderam os e-mails. Portanto, participaram desta etapa 21 pessoas da população em geral, homens e mulheres. Os critérios de inclusão foram: a) ter entre 18 e 60 anos; b) saber utilizar um computador; c) ter acesso a um computador com Internet para receber e enviar os arquivos; ed) ter o *Microsoft Excel* instalado no seu computador.

### Procedimentos

A divulgação da pesquisa foi feita através de mídias digitais, sobretudo redes sociais e listas de e-mail. Os participantes interessados deveriam entrar em contato por telefone ou e-mail, onde eram convidados a comparecer presencialmente para assinatura do Termo de Compromisso e preencher questionários iniciais. Um questionário de habilidade com tecnologia foi utilizado como triagem, para identificar participantes que não tivessem habilidade mínima com computador, e neste caso, não seriam incluídos no estudo. Em seguida, os participantes recebiam um arquivo por e-mail, contendo o programa, e um arquivo em texto contendo todas as instruções necessárias para utilização. Como complemento, o telefone do pesquisador autor da dissertação foi disponibilizado para dúvidas e auxílio técnico.

O Y-BOCS foi aplicado no primeiro e no terceiro módulos. Este instrumento foi escolhido por ser considerado padrão-ouro na avaliação de sintomas do TOC. Para fins deste estudo, serviu a dois propósitos: a) realizar uma comparação dos sintomas nos dois tempos; e b) identificar pessoas que pudessem ter sintomas mais graves.

O local e horário de utilização do programa dependia totalmente da escolha do usuário. Um monitoramento por e-mails foi realizado pelo pesquisador. Quando o participante não retornava o programa dentro de sete dias, um e-mail era enviado, perguntando como estava o andamento do programa, e se havia alguma questão técnica a ser resolvida. Passados 14 dias, um novo e-mail era enviado, informando que a pesquisa encerraria dentro de mais

três dias. Por fim, no último dia, um último e-mail foi enviado agradecendo a participação dos usuários, e solicitando que, aqueles que não puderam terminar, deletassem o arquivo em seus computadores.

#### Instrumentos e materiais

Os primeiros dois instrumentos da lista a seguir (Questionário sociodemográfico e Questionário de habilidade com tecnologia) foram aplicados presencialmente. Os demais instrumentos estavam inseridos em formato informatizado no próprio programa.

*Questionário sociodemográfico.* Informações sobre idade, gênero, ocupação, escolaridade, saúde, nível socioeconômico, etc (Anexo D).

*Questionário de habilidade com tecnologia.* Informações sobre nível de habilidade e afinidade com o computador, frequência de uso em dias e horas (Anexo E).

*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* — Y-BOCS (Goodman et al., 1989). Instrumento frequentemente utilizado, é considerado padrão-ouro para avaliação da gravidade dos sintomas de TOC (Anexo F). Foi traduzida para o português por (Asbahr et al., 1992). Conta com 10 questões sobre obsessões e compulsões, cujas respostas variam de 0 (sem sintomas) a 4 (muito grave). A aplicação ocorreu ao final do primeiro e ao final do último módulo.

*Avaliação subjetiva de sintomas do TOC.* O usuário era solicitado a dar uma nota representando a intensidade dos seus sintomas de TOC naquele dia. A escala variava de 0 (“sem sintomas”) a 7 (“muito intenso”). Esta avaliação aconteceu no início de cada módulo.

*Avaliação subjetiva de humor.* O usuário era solicitado a dar uma nota representando seu humor naquele dia. A escala variava de 0 (“sentindo-se muito triste, sem energia, sem vontade de fazer as coisas”) a 10 (“sentindo-se muito feliz, com disposição e vontade de fazer muitas atividades”). Esta avaliação aconteceu no início de cada módulo.

*Avaliação subjetiva de ansiedade.* O usuário era solicitado a dar uma nota representando sua ansiedade naquele dia. A escala variava de 0 (“nenhuma ansiedade, totalmente tranquilo, despreocupado”) a 10 (“muita ansiedade, totalmente agitado, preocupado, ou nervoso”). Esta avaliação aconteceu no início de cada módulo.

*Questões de usabilidade.* Foram utilizadas cinco questões de usabilidade, sobre efetividade, eficiência, compreensão textual, confortabilidade e satisfação. Para essas questões, o usuário poderia responder “sim” ou “não”. Uma última questão avaliava o grau de satisfação com o módulo, de 1 a 10. Essa avaliação aconteceu ao final de cada módulo.

*Log.* O sistema armazenou registros da utilização, tais como tempo de uso em cada módulo, tempo de uso geral, intervalo entre acessos, frequência, realização de tarefas, acertos no *quiz*, respostas, etc.

*Microsoft Excel.* O Microsoft Excel foi a plataforma utilizada para rodar o programa. Poderiam ser utilizadas as versões de 97 a 2007, para as quais havia compatibilidade de programação.

#### Descrição da intervenção

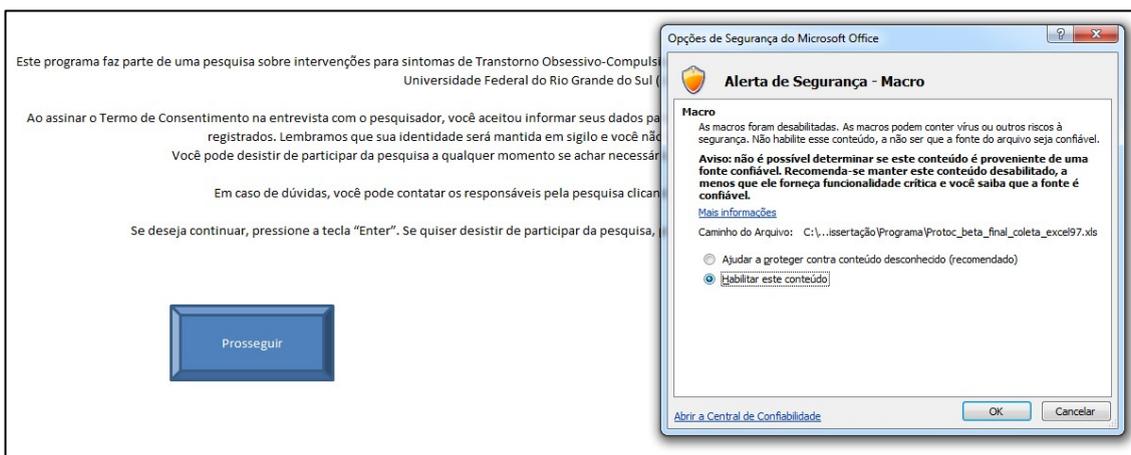
A intervenção proposta foi definida como uma intervenção cognitivo-comportamental computadorizada para pessoas com sintomas de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, com foco em Psicoeducação. Não houve acompanhamento de um terapeuta. Procurou-se que o programa tivesse as seguintes características:

- a) interatividade, através de um terapeuta virtual que chama o usuário pelo seu nickname, e por emissão de feedbacks automáticos;
- b) autoadministrável, sem acompanhamento de terapeuta; o usuário pôde escolher quando e onde utilizá-lo; o andamento depende do ritmo e envolvimento do usuário;
- c) e autoguiado, onde o usuário pode avançar ou retroceder de acordo com suas escolhas no software.

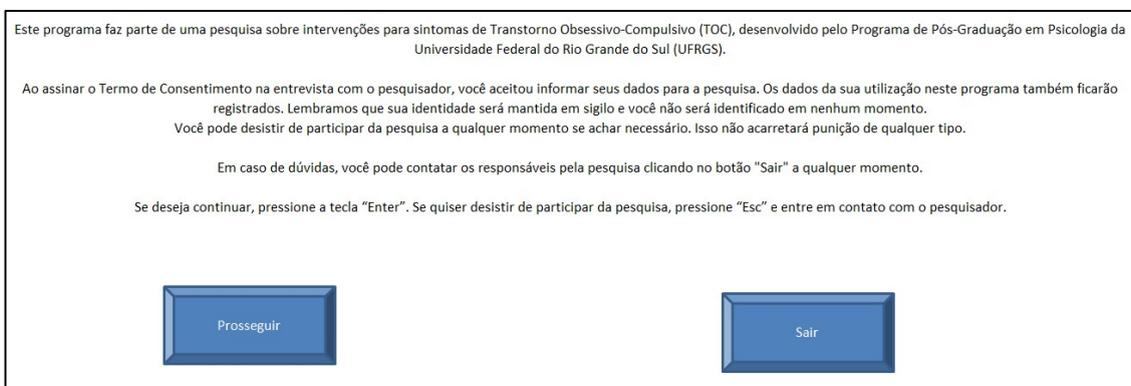
O tratamento consistiu em três módulos sequenciais, onde o usuário só poderia avançar para o módulo seguinte quando completasse o módulo anterior. O tempo de uso poderia variar de acordo com o ritmo do usuário, porém no programa constava a sugestão de utilizá-lo dentro do prazo de uma semana para um aproveitamento máximo. O módulo 1 continha elementos básicos, como a definição de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, explicação sobre o que são obsessões e compulsões, e diferenciação entre TOC e manias consideradas normais. No módulo 2 falou-se sobre aspectos mais avançados, como os fatores neurobiológicos no TOC, de que forma as pessoas aprendem medos e o que costumam fazer para lidar com eles, a relação entre obsessões e compulsões, descrição de como o modelo cognitivo-comportamental entende o TOC, e explicação do que são crenças e distorções cognitivas. Por fim, o módulo 3 abordou questões de tratamento psicológico: o que é a Terapia Cognitivo-Comportamental, de que forma pensamentos, emoções e comportamentos estão interligados, quais as características principais da TCC, e como funciona o tratamento nessa modalidade.

A seguir, apresentamos exemplos dos principais aspectos do programa. O intuito é proporcionar ao leitor uma visualização da sistemática e dos recursos do software.

## 1. Primeiro passo para que o programa funcione corretamente.



## 2. Apresentação da Pesquisa.



### 3. O software passará a se referir ao usuário pelo nome/apelido.

Digite no espaço abaixo o nome ou apelido pelo qual você gostaria de ser chamado ao longo do programa.

### 4. Perguntas para definir o perfil do usuário.

Gerson! Antes de mais nada, preciso fazer algumas perguntas para conhecê-lo um pouco melhor.

Marque a alternativa que mais se aproxima da resposta correta. Estou utilizando este programa porque:

Se escolheu Outros, por favor escreva a(s) razão(ões) abaixo

Responda as seguintes questões, marcando "sim" ou "não":

Você tem pensamentos que invadem sua mente contra a sua vontade (ou seja, intrusivos, involuntários), e que geralmente lhe causam grande ansiedade ou preocupação? (Ex: preocupação com limpeza, pensamentos "ruins", imagens desagradáveis).

Você tem comportamentos que não consegue se impedir de fazer (ou seja, que você já tentou parar, mas parecem fora do seu controle)? (Ex: lavar as mãos repetidamente, verificar portas, deixar tudo alinhado).

Você evita algum tipo de situação, lugar, ou pessoas, porque elas lhe causam algum tipo de desconforto, ansiedade, nojo? (Ex: evita tocar em corrimão de ônibus, evita usar banheiros públicos, evita tocar em certas pessoas).

### 5. Tela de avaliação dos sintomas (com exemplos de feedback automático).

Gerson, no início dos módulos, vamos conferir como você percebe seus sintomas de Transtorno Obsessivo-Compulsivo, seu humor e sua ansiedade.

Antes de responder: é importante que você seja sincero e preciso nessa avaliação. Procure não exagerar nem minimizar o que você está sentindo. Encontre um número entre 0 e 10 que realmente expresse como se sente hoje.

Pelo que você conhece de TOC no momento, que nota você dá para a intensidade dos seus sintomas atualmente, sendo que 0 é "sem sintomas", e 7 é "muito intenso"?

2 Ok. Seus sintomas estão em um nível de intensidade baixo.

Que nota você dá para seu humor hoje? Escolha um número de 0 a 10, sendo que:  
0 é sentindo-se muito triste, sem energia, sem vontade de fazer as coisas  
10 é sentindo-se muito feliz, com disposição e vontade de fazer muitas atividades

7 Muito bem! Parece que você está de bom humor hoje, isso é ótimo. Vamos trabalhar para que continue assim.

Que nota você dá para sua ansiedade hoje? Escolha um número de 0 a 10 sendo que:  
0 é nenhuma ansiedade, totalmente tranquilo, despreocupado  
10 é muita ansiedade, totalmente agitado, preocupado, ou nervoso

0 Ótimo! Parece que você está bastante tranquilo, sem muitas preocupações e com pouca ansiedade. Juntos iremos tentar manter o nível de ansiedade nesse estado.

Proseguir Sair

## 6. Sumário do Módulo 1

**MÓDULO 1**

Sumário

Gerson, agora que já avaliamos como você está se sentindo hoje, quero lhe falar o que virá a seguir. Você receberá diversas informações a respeito do TOC. Isso é chamado "psicoeducação", ou seja, educar o paciente sobre o seu problema. Entender o problema faz com que a pessoa se sinta mais confortável e possa procurar ajuda.

Estes são os tópicos que veremos neste módulo:

- O que é o TOC?
- O que são obsessões?
- O que são compulsões?
  - TOC x Manias
- Quiz do Módulo 1"

Proseguir Sair

## 7. Uma das páginas de psicoeducação sobre o TOC.

**O que é o TOC?**

O TOC - Transtorno Obsessivo-Compulsivo - é um transtorno presente no DSM-V, uma das principais referências de diagnóstico psiquiátrico para transtornos mentais. Anteriormente era classificado junto com outros transtornos de ansiedade, como Fobia Social ou Pânico, mas atualmente encontra-se em um capítulo específico. Existem outros transtornos associados, mas neste programa focaremos nos sintomas mais relacionados ao TOC propriamente dito.

Cerca de 2 a 3% da população sofre de TOC. Isso significa que é um transtorno relativamente comum, pois a cada 1 milhão de habitantes, 20 a 30 mil pessoas podem ter ou desenvolver o TOC. É considerado um transtorno pois pode provocar muitos prejuízos na vida dos pacientes. Os danos podem ser no nível pessoal (incômodo, altos níveis de ansiedade), social (gerar problemas de relacionamentos com a família, amigos), ou até ocupacional (causar problemas no trabalho ou na faculdade) entre outras dificuldades em maior ou menor grau. Além disso, os sintomas tendem a piorar com o tempo, podendo evoluir de um grau leve para um grau mais severo, se não for diagnosticado e tratado.

As principais características do TOC são as obsessões e as compulsões.

Proseguir Sair

## 8. Questão 1 do módulo 1 (com feedback positivo).

**Quiz do Módulo 1**

Pergunta 1

O que é o transtorno obsessivo-compulsivo?

- a) Um transtorno psiquiátrico
- b) Um costume normal
- c) Um transtorno do humor
- d) O mesmo que Fobia Social

Prosseguir

Microsoft Excel

Parabéns! Resposta correta!

OK

Sair

9. Questão 3 do módulo 1 (com feedback negativo).

**Quiz do Módulo 1**

Pergunta 3

Quais as principais características do TOC?

- a) Obsessões e preocupações
- b) Obsessões e compulsões/rituais
- c) Tristeza e depressão
- d) Compulsões e evitações

Prosseguir

Microsoft Excel

Resposta incorreta! A resposta certa era a letra "B"! Mas não se preocupe! Errar é normal! Você pode prosseguir com o Quiz.

OK

Sair

10. Resultado do *quiz* 1 (com menos de seis acertos).

**Resultado do Quiz do Módulo 1**

Sinto muito, Gerson! Você acertou apenas 4 de 10 questões! É importante que você entenda sobre o funcionamento do TOC para poder prosseguir no programa. Eu lhe disse quais eram as respostas certas nas perguntas que você não acertou. Acha que agora consegue acertar as que errou? Se sim, clique em Voltar para o Quiz e respondê-lo novamente. Se não, clique em Voltar para o conteúdo para poder estudar novamente as partes que você não entendeu.

Prosseguir

Voltar para o Quiz

Sair

Voltar para o conteúdo

## 11. Resumo do módulo 1.

**Resumo do Módulo 1**

Agora veremos um breve resumo do que foi visto neste módulo. Você aprendeu que:

- O TOC é um importante transtorno psiquiátrico
  - Atinge de 2 a 3% da população
- Tem como principais características as obsessões e compulsões/rituais
  - As obsessões são pensamentos/ideias/imagens que causam grande ansiedade
  - As compulsões/rituais são comportamentos que buscam neutralizar essa ansiedade
  - As evitações são estratégias para evitar entrar em contato com um objeto ou situação
- As obsessões, compulsões e evitações podem provocar sérios prejuízos na vida do portador de TOC

Obsessões e compulsões são diferentes das chamadas "manias"

Prosseguir

Sair

## 12. Tarefa com link para vídeo.

Como eu havia dito antes, no final de cada módulo vou pedir uma tarefa. Ok? Gerson, é muito importante que você faça essas tarefas. Elas lhe trarão mais informações e ajudarão no seu entendimento sobre o TOC! Vamos lá: antes de começar o próximo módulo, eu quero que você assista um vídeo onde um artista muito conhecido fala sobre seu problema com o TOC. Para assistir o vídeo, clique no link a seguir:

Clique aqui

Prosseguir

Sair

## 13. Exemplo de tarefa.



#### 14. Aplicação do Y-BOCS

Gerson, lembrando: pediremos que você responda a um questionário de 10 perguntas, chamado Y-BOCS. O objetivo deste questionário é avaliar o nível dos seus sintomas de TOC. Isso é importante para sabermos o grau de prejuízo que você tem com o TOC neste momento.

As questões 1 a 5 são sobre PENSAMENTOS OBSESSIVOS.

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

Por favor, responda cada questão clicando no quadrado respectivo.

Pergunta 1 - Tempo Ocupado

Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

- Nenhum
- Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional
- 1 a 3 horas/dia ou frequente
- Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito frequente
- Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante

#### 15. Tela de fim do módulo.

**Final do Módulo 1**

Aqui termina o módulo 1!  
Agora você só poderá começar o módulo 2 após 24h.  
Lembre-se de assistir o vídeo. E procure não deixar passar mais de 2 dias para fazer o próximo módulo, ok?  
Qualquer dúvida, entre em contato com o pesquisador responsável! Clique em "Sair" para ver os contatos.  
Até mais, Gerson!

## 16. Questões para avaliação do módulo.

**Questionário de Avaliação do Módulo 1**

Para que possamos melhorar o programa, precisaremos que ao final dos módulos você nos forneça uma avaliação do que achou de cada etapa.

Prezado usuário, a seguir você responderá seis perguntas de avaliação do programa. Ressaltamos que estas perguntas são referentes ao módulo que você acabou de utilizar. Clique no espaço amarelo para marcar a resposta.

**Sim**  Você acha que este módulo foi eficaz/efetivo, isto é, atendeu aos objetivos propostos?

Você acha que este módulo foi eficiente, isto é, utilizou o mínimo de tempo possível?

Os textos deste módulo estão compreensíveis?

Você se sentiu confortável com este módulo?

Você se sentiu satisfeito com este módulo?

Informe seu nível de satisfação com este módulo (1-10)

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8

## 17. Feedback automático ao clicar no botão “Sair”.

O que é importante disso tudo?  
Que você entenda que o TOC tem uma base neurobiológica.

Ou seja, não é apenas “psicológico” como muitas vezes se pode pensar.  
Isso implica em duas coisas:

Primeiro: sozinho, muitas vezes o indivíduo não consegue superar os sintomas;  
Segundo: a medicação psicofarmacológica pode ter um papel importante na redução dos sintomas.

Microsoft Excel

Você escolheu sair do PROTOC. Sem problemas! Quando quiser reiniciar o programa, basta clicar no arquivo para abri-lo. Se você deseja encerrar a sua participação na pesquisa ou tiver alguma dúvida, pedimos que entre em contato com o pesquisador através do telefone (51) 82476627/(51) 80370415 ou pelo e-mail: siegmund.gerson@gmail.com Obrigado!

## 18. Página com registro das pontuações dos questionários e testes (visível apenas para o pesquisador)

Avaliação 1				
Avaliação				
1 a 5 - Pensamentos Obsessivos	Pontuação	Pontuação_ajustada	Pontuação Questões 1 a 5	-5
Pergunta 1 - Tempo Ocupado	0	-1	Pontuação Questões 6 a 10	-5
Pergunta 2 - Interferência	0	-1	Pontuação Total	-10
Pergunta 3 - Sofrimento	0	-1		
Pergunta 4 - Resistência	0	-1		
Pergunta 5 - Controle	0	-1		
6 a 10 - Comportamentos Compulsivos	Pontuação	Pontuação_ajustada		
Pergunta 6 - Tempo Ocupado	0	-1		
Pergunta 7 - Interferência	0	-1		
Pergunta 8 - Sofrimento	0	-1		
Pergunta 9 - Resistência	0	-1		
Pergunta 10 - Controle	0	-1		
Questionário Módulo 1				
Pergunta	Resposta			
Eficaz/Efetivo	Sim			
Eficiente	0			
Textos compreensíveis	0			
Confortável	0			
Satisfeito	0			
Nível de satisfação	0			
Questionário Módulo 2				
Pergunta	Resposta			
Eficaz/Efetivo	0			
Eficiente	0			
Textos compreensíveis	0			
Confortável	0			
Satisfeito	0			
Nível de satisfação	0			
Questionário Módulo 3				
Pergunta	Resposta			
Eficaz/Efetivo	0			
Eficiente	0			
Textos compreensíveis	0			
Confortável	0			
Satisfeito	0			
Nível de satisfação	0			

19. Página de *log*, com os tempos do programa (visível apenas para o pesquisador).

	A	B	C	D
1	Item	Data	Hora	
2	Saiu do Protoc	20/02/2014	14:32:10	
3	Entrou no Protoc	13/04/2014	20:05:50	
4	Entrou tela nome	13/04/2014	20:05:52	
5	Entrou tela de Pré-Avaliação	13/04/2014	20:05:53	
6	Entrou na tela de Avaliação	13/04/2014	20:05:54	
7	Entrou na tela de Apresentação	13/04/2014	20:05:57	
8	Entrou na tela de Pré-Módulo 1	13/04/2014	20:05:58	
9	Revisão de Humor do Módulo 1	13/04/2014	20:05:58	
10	Página 1 do Módulo 1	13/04/2014	20:05:59	
11	Sumario módulo 1	13/04/2014	20:06:00	
12	Página 2 do Módulo 1	13/04/2014	20:06:00	
Pronto   Avaliação_2   Encaminhamento   fim_módulo_3   questionario_módulo_3   questionario_final   Pontuações				

### Considerações éticas

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G), onde constavam as informações técnicas e éticas necessárias. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo H). A pesquisa procurou seguir as orientações éticas sobre pesquisas com seres humanos conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Também seguiu as orientações éticas sobre pesquisas online em Psicologia, dispondo de um website com as principais informações da pesquisa, conforme previsto na resolução 011/2012 do Conselho Federal de Psicologia.

### Análise dos dados

A análise quantitativa dos dados foi descritiva. Utilizou-se os registros do programa relativos ao tempo de utilização, acertos nas perguntas dos *quizzes*, e respostas das questões de usabilidade. Foram utilizados testes não-paramétricos para comparação de médias nos escores do Y-BOCS, escala de sintomas de TOC, humor e ansiedade. Por se tratar de um estudo exploratório, dados individuais que se destacaram das médias foram avaliados de forma qualitativa para levantar hipóteses e considerações sobre a usabilidade em casos específicos.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta as informações dos usuários. A amostra contou com 21 participantes, entre 19 e 55 anos, com média de idade de 30,29 anos (DP=10,57). Destes, 52,4% eram homens e 57,1% possuíam ensino superior incompleto. A amostra foi composta principalmente por pessoas solteiras (71,4%) e moradores de Porto Alegre (66,27%).

Tabela 1

### *Dados Sociodemográficos*

Variável	<i>f</i>	%
Gênero		
Masculino	11	52,4
Feminino	10	47,6
Idade (anos)		
19-24	7	33,3
24-29	6	28,6
31-36	5	23,8
52-55	3	14,3
Escolaridade		

	Médio completo	1	4,8
	Superior incompleto	12	57,1
	Superior completo	2	9,5
	Pós-grad incompleta	2	9,5
	Pós-grad completa	4	19
Renda (salários mínimos)			
	Até 1	4	19
	1-2	8	38,1
	2-4	4	19
	Acima de 4	5	23,8
Est. Civil			
	Solteiro	15	71,4
	Casado	2	9,5
	Divorciado	2	9,5
	União estável	2	9,5
Região			
	Capital	14	66,7
	Metropolitana	7	33,3

Em relação ao uso de computador, a Tabela 2 mostra que 71,4% dos participantes relataram utilizar computador todos os dias, sendo que 38,1% somam de 6 a 10 horas de uso por dia. Além disso, em uma escala de 0 a 4 sobre o quanto gostam de usar o computador, 52,4% responderam “3”. O nível de habilidade com o computador mais relatado foi habilidade “média” (52,4%).

Tabela 2

*Dados de Uso do Computador*

Variável	<i>f</i>	%
Frequência de uso		
Quase todos os dias	6	28,6
Todos os dias	15	71,4
Uso diário (horas)		
1-3	7	33,3
3-6	6	28,6
6-10	8	38,1
Hab. com computador		
Baixa	1	4,8
Média	11	52,4
Alta	9	42,9
Gosto por computador (0 a 4)		
2	2	9,5

3	11	52,4
4	8	38,1

O tempo médio para terminar o programa foi de 7,97 dias (DP=4,35), ou seja, 191,28 horas. O tempo médio passado utilizando o programa foi de 02:14:32 (DP=00:58:31). A Tabela 3 exibe os tempos mínimos, máximos e médios para cada módulo, e seus respectivos desvios-padrão.

Tabela 3

*Tempos de Uso do Programa*

Tempos	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Tempo total de uso	19	00:28:34	03:58:23	02:14:32	00:58:30,839
Tempo módulo 1	21	00:05:00	02:22:10	00:48:32	00:36:59,320
Tempo módulo 2	20	00:05:49	02:26:56	00:49:42	00:37:47,547
Tempo módulo 3	20	00:15:01	01:25:52	00:40:20	00:21:06,926

A seguir são apresentadas as médias dos tempos das páginas dos três módulos. Cada elemento do eixo horizontal é uma página, e o conteúdo de cada página encontra-se resumido no Anexo I. O tempo das páginas dos *quizzes* serão apresentadas posteriormente, em conjunto com o número de acertos.

A Figura 2 exibe as médias de tempo do módulo 1. A página Aval1 obteve uma média de 10 minutos e 28 segundos. A menor média deste módulo é a da página Pg5M1: 11 segundos.

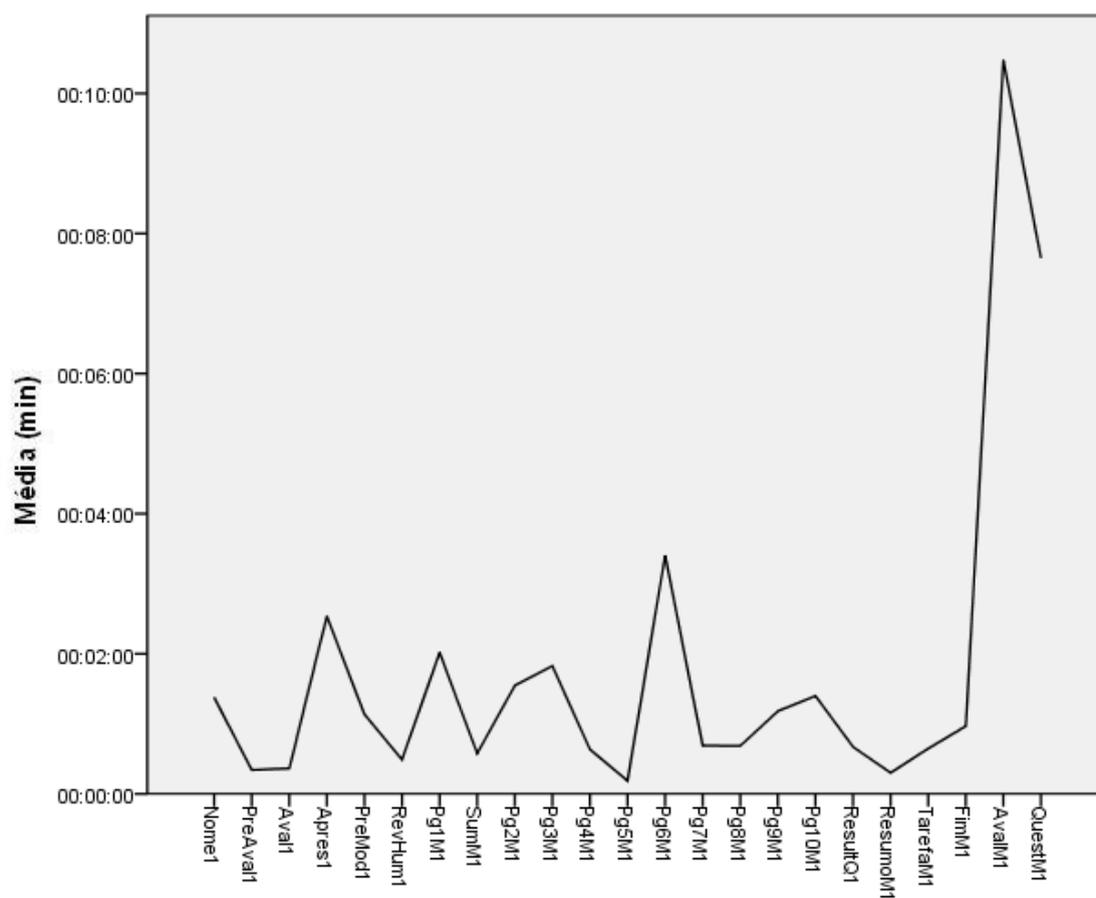


Figura 2. Média de tempo (em minutos) das páginas do módulo 1.

A Figura 3 mostra as médias de tempo do módulo 2. A página TarefaM2 alcança uma média de 21 minutos e 41 segundos. A página RevHumor 2 teve os valores de tempo mais baixos, apenas 7 segundos.

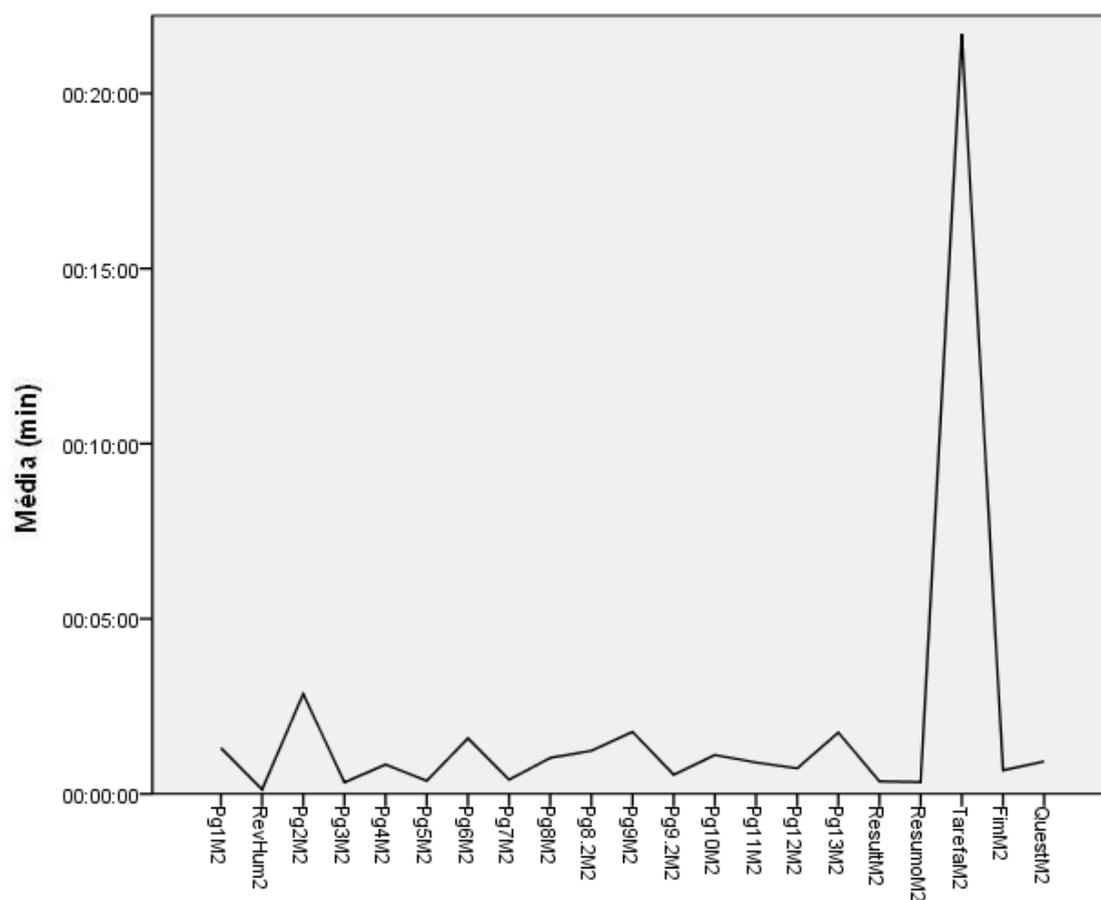


Figura 3. Média de tempo (em minutos) das páginas do módulo 2.

A Figura 4 expõe as médias de tempo do módulo 3. A página Aval2 chega 6 minutos e 3 segundos, enquanto a página RevHumorM3 tem média de apenas 8 segundos.

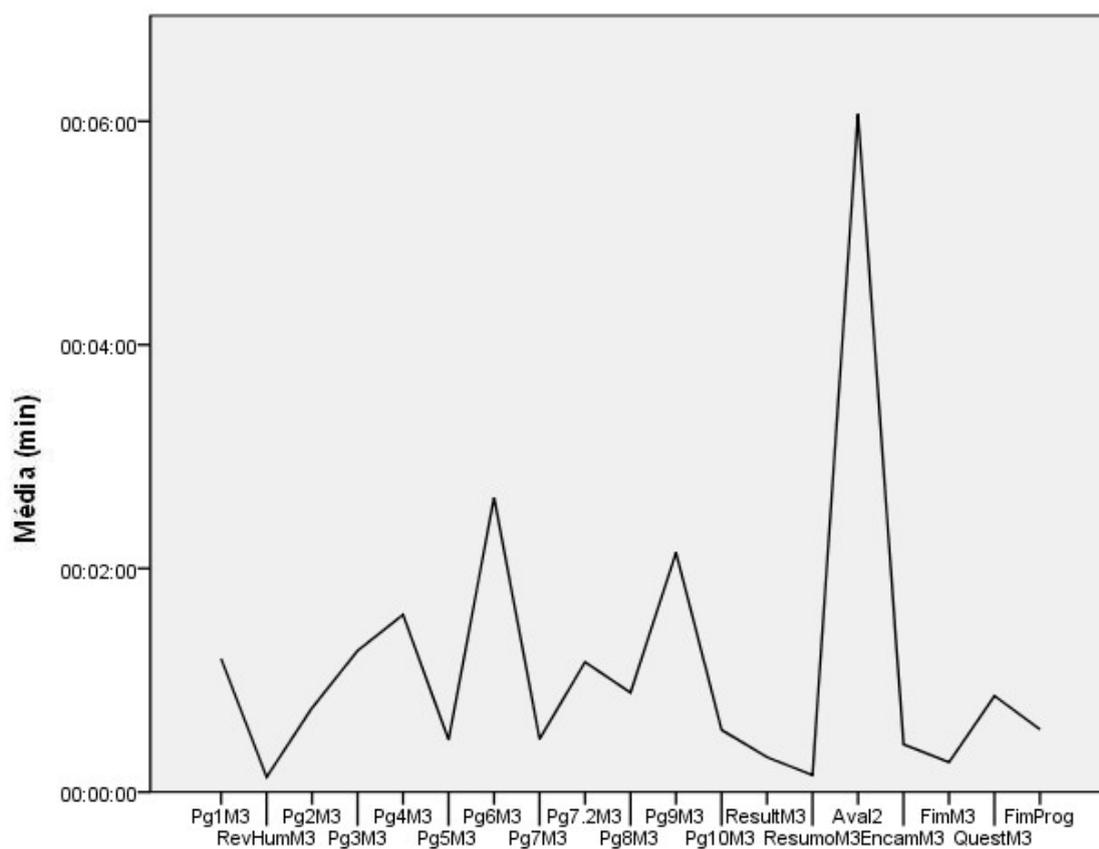


Figura 4. Média de tempo (em minutos) das páginas do módulo 3.

A Figura 5 apresenta os tempos do *quiz* 1. A questão 6 levou em média 55 segundos para ser respondida e a questão 3 teve média de 14 segundos.

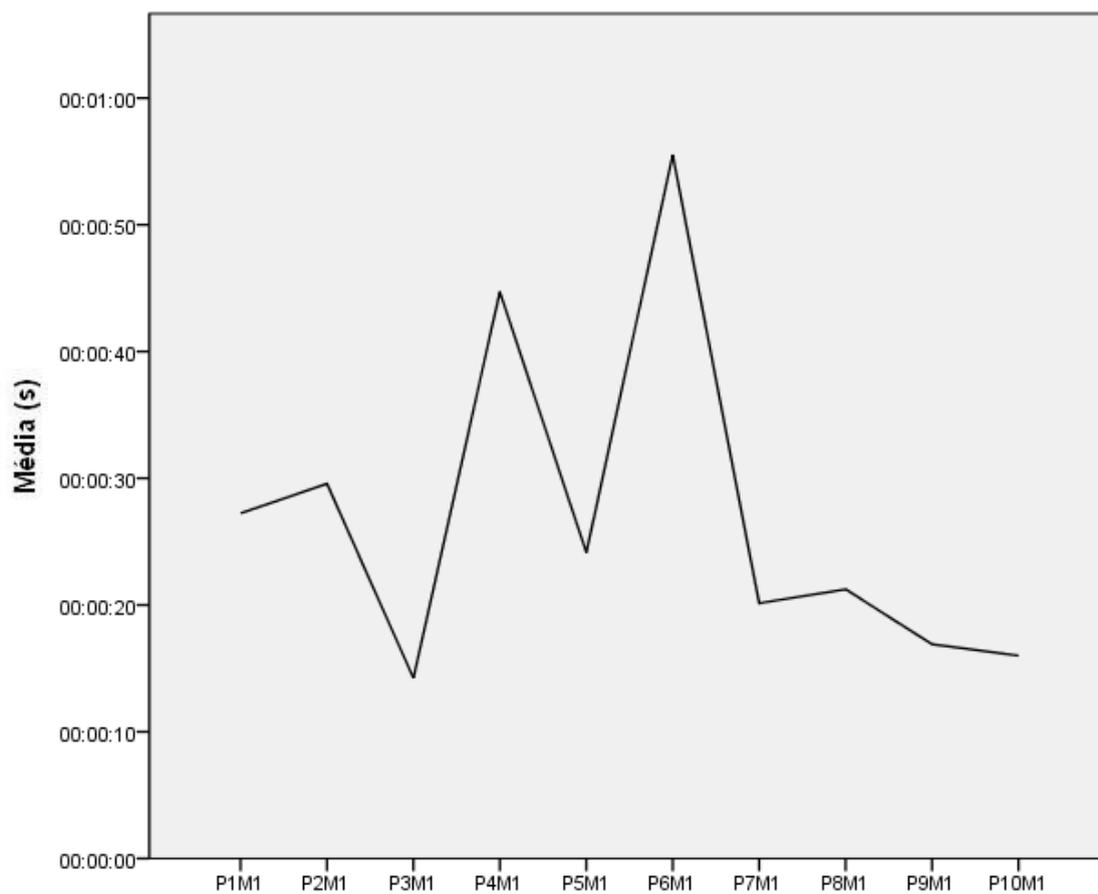


Figura 5. Média de tempo (em segundos) das páginas do quiz do módulo 1.

A Tabela 4 descreve os acertos do *quiz* do módulo 1. Nenhum participante acertou menos de 6 questões. Quatro participantes escolheram repetir este *quiz*.

Tabela 4

*Frequências e Porcentagens de Acertos no Quiz 1*

Questão	<i>f</i> Acertos	% Acertos
O que é o transtorno obsessivo-compulsivo?	21	100
Qual a prevalência (percentual estimado) do TOC?	21	100
Quais as principais características do TOC?	17	81
O que são obsessões?	18	85,7
As compulsões são...	16	76,2
O que são as evitações?	15	71,4
Checar repetidamente a porta da geladeira é um exemplo de...	19	90,5
Pensamentos involuntários sobre agredir um amigo é um exemplo de...	16	76,2
Evitar encostar em corrimão de ônibus ou metrô, é um exemplo de...	17	81
Tentar repetidamente substituir um pensamento impróprio por um pensamento adequado é um exemplo de...	12	57,2

A Figura 6 exhibe os tempos do *quiz 2*. A média de tempo da questão 5 foi de 58 segundos, enquanto a questão 1 levou em média apenas 10 segundos para ser respondida.

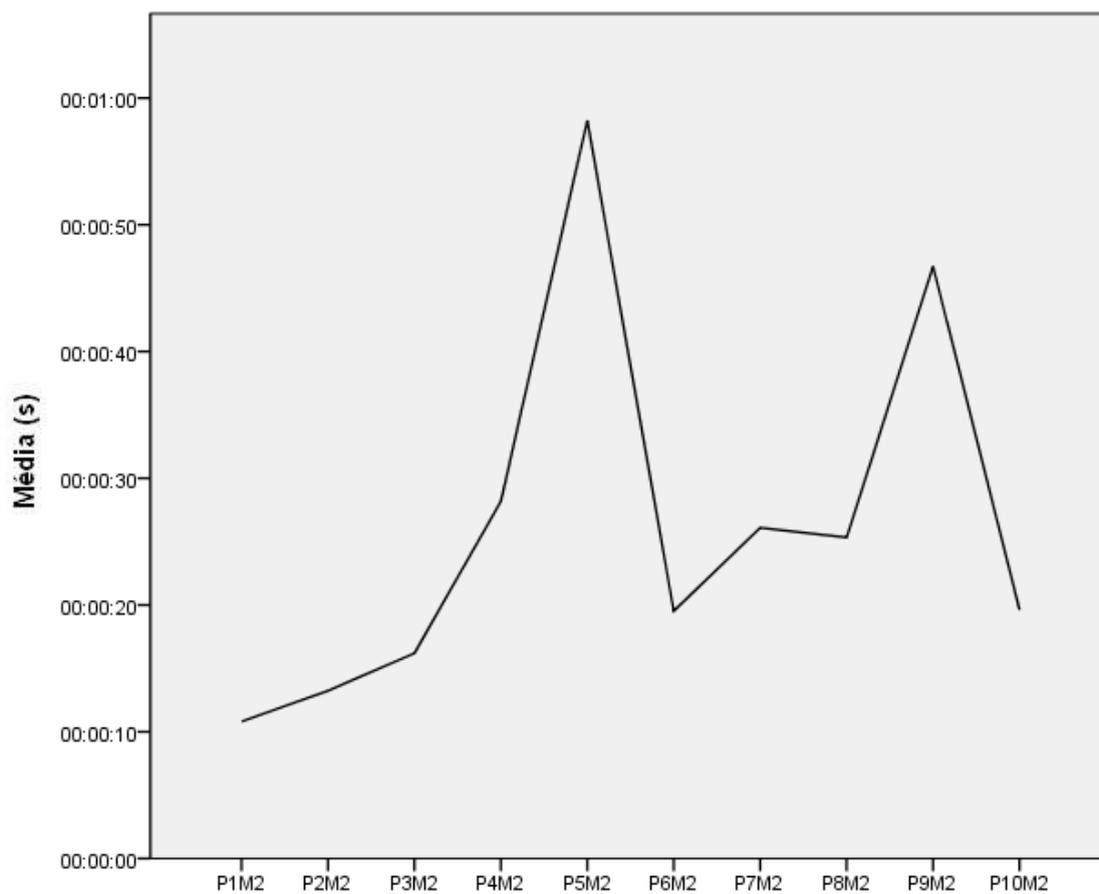


Figura 6. Média de tempo (em segundos) das páginas do quiz do módulo 2.

A Tabela 5 apresenta os acertos do *quiz* do módulo 2. Nenhum participante acertou menos de 7 questões. Dois participantes escolheram repetir este este *quiz*.

Tabela 5

*Frequências e Porcentagens de Acertos no Quiz 2*

Questão	f Acertos	% Acertos
Em relação às causas do TOC...	20	95,2
Escolha a alternativa verdadeira em relação à neurobiologia...	21	100
Que aspecto cognitivo diferencia o indivíduo com TOC?	21	100
Existem medicamentos que melhoram os sintomas do TOC?	20	95,2
O que acontece quando você tem uma recompensa após um determinado comportamento?	21	100
Geralmente, o que acontece quando você tenta evitar fazer algo que te causa ansiedade? Ex ...	16	76,2
A probabilidade de você voltar a repetir o comportamento evitativo na próxima vez que se deparar com a situação...	20	95,2
Qual a finalidade dos rituais/compulsões?	21	100
Ao longo do tempo, o que pode ocorrer com as evitações e rituais/compulsões?	21	100
Evitar situações que causam ansiedade resolve o problema?	19	90,5

A Figura 7 expõe os tempos do *quiz* 3. A questão 1 teve a maior média de tempo de todas as questões do programa: 2 minutos e 19 segundos, enquanto a que levou menos tempo foi a questão 7, em 17 segundos.

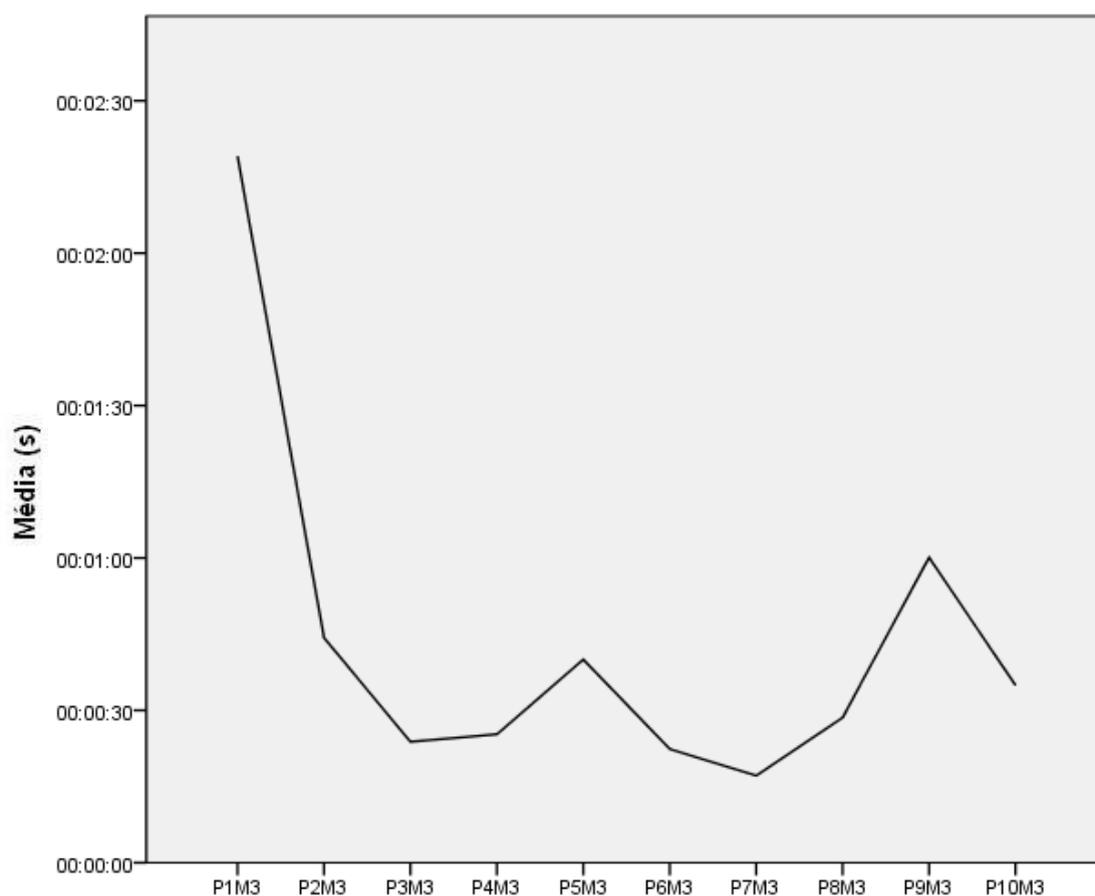


Figura 7. Média de tempo (em segundos) das páginas do quiz do módulo 3.

A Tabela 6 mostra os acertos para o *quiz* 6. Nenhum participante acertou menos de 7 questões. Três participantes escolheram repetir este *quiz*.

Tabela 6

*Frequências e Porcentagens de Acertos no Quiz 3*

Questão	f Acertos	% Acertos
Qual o motivo principal do surgimento da TCC na década de 60?	15	71,4
Por que a TCC tem esse nome?	21	100
Qual o princípio básico da terapia cognitiva?	15	71,4
Qual o princípio básico da terapia comportamental?	18	85,7
A TCC é eficaz?	21	100
Sobre pensamentos e comportamentos, qual alternativa é verdadeira?	20	95,2
Sobre as características da TCC, escolha a alternativa verdadeira...	20	95,2
Sobre as características da TCC, escolha a alternativa verdadeira...	21	100
Sobre as características da TCC, escolha a alternativa verdadeira...	21	100
Qual a melhor forma de tratamento para o TOC atualmente?	21	100

O nível médio de satisfação com o primeiro módulo foi de 8,33 (DP=1,197), sendo 8,71 (DP=1,056) no segundo e 9,00 (0,918) no terceiro. Apenas um participante relatou valor 6 (no módulo 1), os demais valores sempre foram 7 ou mais em todos os módulos. A tabela a seguir mostra a frequência das respostas de eficiência, efetividade, compreensão textual, confortabilidade e satisfação com os módulos. Nenhum usuário respondeu “não” para qualquer das cinco perguntas em qualquer dos cinco módulos. Conforme pode ser visto na Tabela 7, a frequência das respostas positivas permaneceu sempre acima de 70%.

Tabela 7

*Frequência e Porcentagem de Respostas para as Questões de Usabilidade*

Módulos	Item	% Sim	% Parcialmente
Módulo 1	Eficaz/Efetivo	95,2	4,8%
	Eficiente	85,7	14,3
	Compreensível	90,5	9,5
	Confortável	81,0	19,0
	Satisfeito	71,4	28,6
Módulo 2	Eficaz/Efetivo	90,5	9,5

	Eficiente	90,5	9,5
	Compreensível	90,5	9,5
	Confortável	85,7	14,3
	Satisfeito	95,2	4,8
	Eficaz/Efetivo	95,0	5,0
Módulo 3	Eficiente	100	0
	Compreensível	85,0	15,0
	Confortável	95,0	5,0
	Satisfeito	100	0

Nas perguntas de triagem, 33,3% dos participantes relatou ter pensamentos que invadem a mente contra a vontade, 33,3% relatou ter comportamentos que não consegue se impedir de fazer, e 38,1% declarou que evitam algum tipo de situação/lugar/pessoas porque lhe causam desconforto, ansiedade ou nojo.

A mediana do Y-BOCS nos dois momentos foi de 4 e 2, respectivamente. A Figura 8 a seguir ilustra a pontuação dos dois momentos. O teste de wilcoxon revelou uma diferença de 1,754 ( $p=0,079$ ) na seção de obsessões. No valor total e no valor das compulsões não houve diferença significativa.

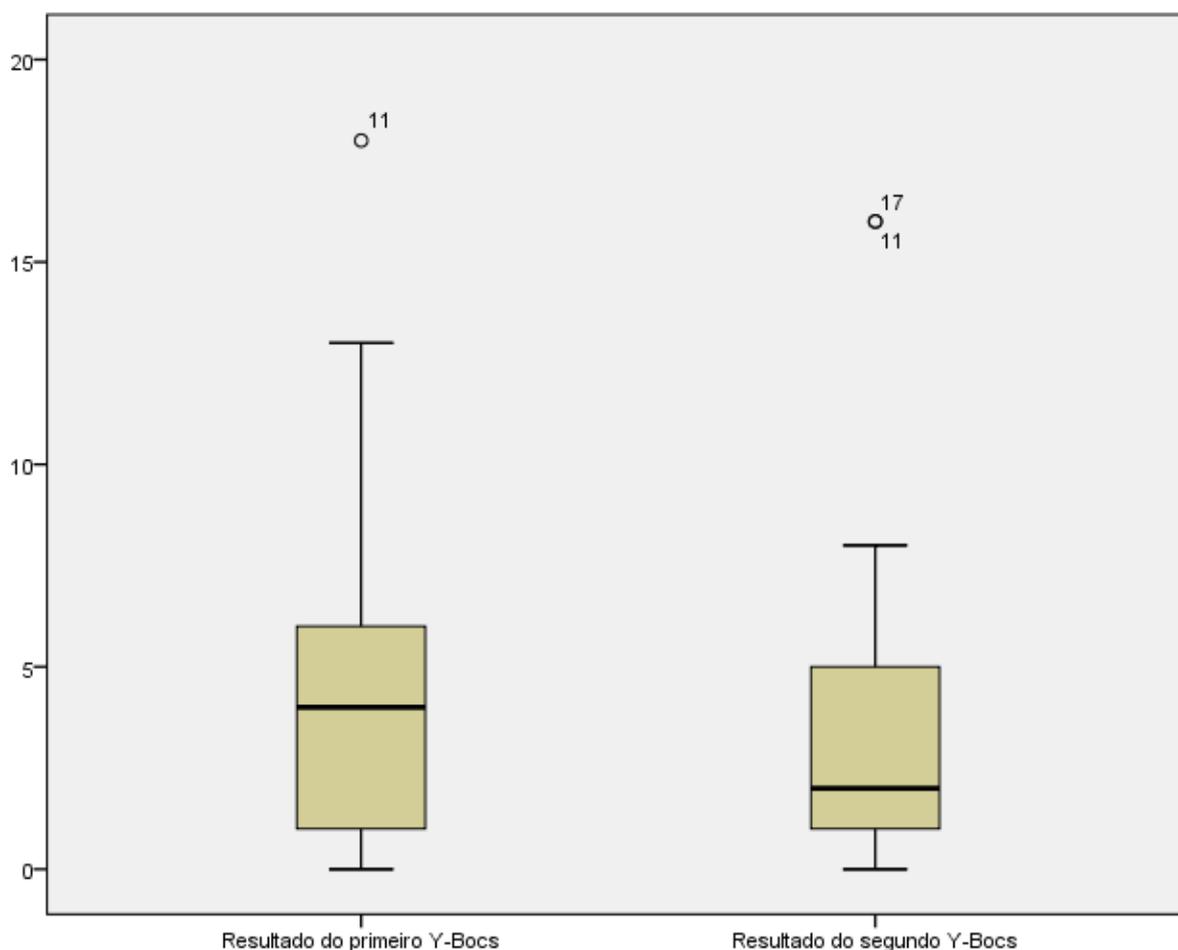


Figura 8. Pontuação do Y-BOCS nos dois momentos de avaliação.

Na avaliação subjetiva dos sintomas de TOC, as médias de postos nos três tempos foram de 2,52, 1,81 e 1,67 respectivamente. O teste de Friedman indicou um qui-quadrado de 13,527 ( $p=0,001$ ). O teste de Wilcoxon revelou que uma diferença significativa aconteceu entre os tempos 1 e 2 ( $Z=-2,675$ ,  $p=0,007$ ), e entre os tempos 1 e 3 ( $Z=-3,086$ ,  $p=0,002$ ).

Tabela 8

*Teste de Wilcoxon para os Sintomas de TOC Antes e Depois*

	Sintomas Subjetivos			Total	Y-Bocs		
	Três tempos				M1 - M3	Obs	Comp
	M1 - M2	M1 - M3	M2 - M3			M1 - M3	M1 - M3
Z	2,675	3,086	1,218	1,459	1,754	,425	
P	,007	,002	,223	,144	,079	,671	

M1 = Módulo 1, M2 = Módulo 2, M3 = Módulo 3; Obs = Sub-escala de obsessões; Comp = Sub-escala de Compulsões

Os valores da média dos postos para humor nos três tempos foram de 1,90, 2,02 e 2,07. O teste de Friedman não indicou diferenças significativas. Já em relação à ansiedade, houve uma redução nos valores: 2,31, 1,17 e 1,95, porém sem significância estatística.

Dos participantes que responderam à questão sobre melhorias a serem feitas no software, 62,5% sugeriram que o programa poderia mudar o aspecto visual para se tornar mais atrativo. E 43,7% sugeriram alterações de funcionalidade, como corrigir falhas nos botões e no feedback automático.

### CAPÍTULO 3: DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo apresentar o processo de criação, desenvolvimento e avaliação de um software psicoeducacional para Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Uma vez que se trata de procedimento inovador em psicoterapia e há poucos estudos descrevendo a implementação de intervenções computadorizadas, optamos por apresentar o processo de criação, desenvolvimento e avaliação deste software. A seguir, discutimos os resultados obtidos no processo de criação e desenvolvimento nas avaliações do programa por experts e usuários.

A primeira fase, criação do protótipo, foi uma das mais desafiadoras em função da especificidade e da extensão da pesquisa na literatura. As decisões que se seguiram foram respaldadas por esses dados, e o resultado desta fase foi o investimento num sistema interativo baseado em Módulos. Esta estrutura pode ser encontrada em outros estudos sobre intervenções computadorizadas (Anderson et al., 2007; Carroll et al., 2008; Craske et al., 2009; Cunningham & Wuthrich, 2008; Currie et al., 2010). Este tipo de estrutura se assemelha a uma intervenção tradicional que se divide em sessões de terapia, facilitando a transposição do conteúdo. Dado que intervenções online ainda são um tema novo para grande parte das pessoas, especialmente no Brasil, a equivalência entre módulos e sessões pode favorecer a aceitação tanto dos profissionais quanto do público em geral.

A plataforma e a linguagem de programação utilizados foram mantidos o mais simples possíveis, contanto que permitissem o desenvolvimento de um protótipo inicial para testagem, possibilitando alcançar os objetivos propostos para este estudo. A inclusão de *quizzes* se deu com o intuito de verificar a atenção e assimilação do conhecimento. As perguntas foram planejadas para serem fáceis de responder, desde que o indivíduo tenha lido e prestado atenção no conteúdo.

A segunda fase, de avaliação com profissionais, foi fundamental para o aprimoramento técnico do protótipo criado na primeira fase. É comum que profissionais considerados experts em determinada área avaliem um novo programa durante seu desenvolvimento, como acontece em áreas como a telemedicina, ou *E-Health* (Corrao et al., 2010; Patterson et al., 2013; Rhebergen et al., 2010). Não há um consenso sobre o número de experts necessários para esse tipo de avaliação. Porém, dada a singularidade do programa e a ausência de diretrizes específicas para seu desenvolvimento, optamos por realizar duas etapas de avaliações com profissionais.

A primeira etapa da avaliação com profissionais ocorreu no formato de painel de experts, integrantes de um centro de excelência internacional em diagnóstico e tratamento do TOC. O objetivo foi avaliar e aprimorar aspectos teóricos, metodológicos e práticos do programa. Os resultados desta etapa conduziram a numerosas e importantes modificações, dentre as quais a principal foi a limitação do programa, no atual estágio de desenvolvimento, aos módulos de Psicoeducação. O grupo foi unânime nesta sugestão, e a alteração abriu portas para diferentes possibilidades de pesquisa. Neste aspecto, uma vez que os usuários que testariam o programa não fariam parte de população clínica com diagnóstico de TOC, a proposta de uma intervenção didática ficaria mais próxima de sua realidade do que uma intervenção terapêutica. Intervenções unicamente psicoeducacionais têm recebido pouca atenção, embora na TCC sejam um aspecto presente no tratamento tradicional de muitos transtornos (Barlow, 2007; Beck & Alford, 2009; Clark & Beck, 2011). Outros países, como Inglaterra e Austrália, tem iniciativas neste sentido, buscando trazer informações sobre saúde mental para o público em geral, incluindo adolescentes, e os dados sugerem alto índice de acesso por parte das pessoas e melhoras no bem-estar psicológico (Collin et al., 2011; Powell et al., 2013). Essa alteração também tornou o software menos extenso, favorecendo uma das diretrizes básicas para a usabilidade: a eficiência (ISO 9241-11, 1998; Preece et al., 1994). Outras alterações relevantes foram em relação ao reposicionamento do Y-BOCS e à inclusão de outras perguntas sobre o usuário, o que permitiu ter mais precisão na definição do perfil dos participantes.

A segunda etapa da avaliação com profissionais, realizada de forma individual com clínicos, objetivou observar aspectos teóricos e clínicos, específicos do conteúdo do programa. Esta avaliação gerou resultados menos impactantes na modificação da intervenção, mas possibilitou confirmar que o programa refletia, de fato, uma intervenção psicoeducacional adequada. As principais modificações decorrentes das sugestões individuais dos terapeutas foram em relação à linguagem e outros aspectos do texto. A partir das suas indicações, foi possível excluir informações desnecessárias e mudar a apresentação de informações para melhor alcançarem seu objetivo didático. As modificações realizadas tornaram o texto mais compreensível, sendo este um dos aspectos fundamentais da usabilidade (Preece et al., 1994). Além disso, auxiliaram no aprimoramento das perguntas dos *quizzes*.

Em ambas as etapas de avaliação com profissionais, foram sugeridas modificações que não puderam ser implementadas prontamente. Contudo, tais sugestões foram registradas e servirão como base para o aprimoramento deste e de outros softwares que serão desenvolvidos pela equipe de pesquisa futuramente.

A terceira fase do estudo, de ensaio com usuários, buscou avaliar de forma mais direta a usabilidade, funcionalidade, e efeitos iniciais da intervenção. Testes com usuários configuraram-se como uma etapa determinante para o adequado desenvolvimento de qualquer software (Kushniruk & Patel, 2004), e foi mais detalhada no sentido de fornecer dados para uma análise objetiva dos recursos do programa e do uso por parte dos usuários. O número de usuários recomendado para uma avaliação adequada de usabilidade, em torno de 15, foi alcançada (Kushniruk et al., 1997).

Os dados de perfil de uso de computador dos participantes refletem os da população brasileira. Segundo informações divulgadas pela Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República - Secom-PR (2014), atualmente o tempo médio utilizado pelos usuários na Internet é de 3h41 minutos por dia, aumentando em quatro minutos nos sábados e domingos. A presença de computadores com acesso à Internet aumentou em quase 40% entre os anos de 2009 e 2011 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domícilios [PNAD], 2011) e o total de pessoas com acesso ativo à Internet no Brasil em 2012 já era de 94,2 milhões (IBOPE Media, 2014). Estes números tendem a crescer nos próximos anos, especialmente se considerarmos o uso de tecnologias móveis, como *tablets*, cuja comercialização aumentou em 165% de 2012 para 2013 (IBOPE e-commerce, 2013).

A média de uso do programa foi de cerca de oito dias. Seria considerado um tempo longo, pois inicialmente o programa poderia ser realizado em três dias. No entanto, foram obtidos relatos de um percentual grande de usuários afirmando que não conseguiam utilizar o programa novamente mesmo após um período de 24 horas de espera. Os relatos foram confirmados na análise dos *logs* individuais: sempre que os usuários tentaram acessar o programa antes de 48 horas, o software não permitia acesso. Considerando essa informação, o tempo mínimo que os usuários poderiam levar é de seis dias. Logo, a média de oito dias foi adequada a esta nova expectativa. Sem este erro, possivelmente o espaço de tempo seria reduzido. Em outras intervenções computadorizadas, a expectativa é que a pessoa utilize um módulo por semana (Craske et al., 2009; Currie et al., 2010). Além disso, pode haver um terapeuta acompanhando o usuário, o que resulta em um direcionamento maior do tempo (Anderson et al., 2007). No presente caso, que priorizou a autoadministração, o próprio usuário podia decidir quando utilizar o programa. Ainda assim, e-mails de monitoramento e lembrete foram mandados em três momentos. Os e-mails do pesquisador podem ter influenciado no tempo de uso, uma vez que constituem algum tipo de intervenção humana, ainda que não terapêutica (Newman et al., 2011). Doravante, cabe considerar a possibilidade de excluir as travas temporais, de forma que o usuário possa começar e terminar o programa

no mesmo dia, se assim desejar. A estrutura em módulos seria mantida, mas a espera de 24 horas se tornaria apenas uma sugestão oferecida pelo software.

Os tempos de uso para o programa e para cada módulo estiveram dentro do que poderia ser esperado, pois era planejada uma duração entre 20 minutos e uma hora em cada módulo. Este é um aspecto importante, já que programas longos demais podem ser cansativos e desagradáveis. Anderson et al. (2007) relataram tempos semelhantes em sua intervenção computadorizada para ansiedade social, cujos primeiros quatro módulos eram somente de psicoeducação: os tempos variaram entre 5 e 45 minutos por módulo, com média de 30 minutos. Segundo estes autores, o tempo curto de uma sessão computadorizada pode ser um indicador de usabilidade (Anderson et al.).

Alguns participantes levaram um tempo muito curto (aproximadamente cinco minutos) e outros que levaram um tempo mais extenso (duas a três horas) para finalizar determinados módulos. Nos casos de tempo reduzido, pode-se pensar que a pessoa teria passado muito rapidamente pelas páginas sem se ater ao seu conteúdo. Porém, nas análises individuais dos *logs*, percebemos que estes participantes não rodaram nos *quizzes*, indicando que talvez essas pessoas tenham conhecimento prévio sobre TOC. Falhas no registro do programa são improváveis de terem acontecido, mas devem ser consideradas.

Nos casos em que uma quantidade maior de tempo foi utilizado, é possível que essas pessoas estivessem envolvidas em outras atividades quando da utilização do programa. Por exemplo, não foi possível ter registro sobre onde a pessoa estava quando utilizou o software. Esta é uma variável de difícil controle, que só poderia ser melhor analisada se o programa fosse testado em laboratório. Futuramente, será importante investigar onde a pessoa se encontrava, se estava sozinha ou acompanhada, se havia outras atividades concomitantes, etc. No entanto, a falta de dados sobre o ambiente do paciente é encontrada também por profissionais que oferecem atendimento psicológico online (Siegmund & Lisboa, no prelo).

Em relação ao tempo gasto em cada página, a primeira informação que se pode observar são os “picos” de tempo, momentos em que o valor de tempo se diferenciou das outras páginas. Como era de se esperar, nos dois momentos de aplicação do Y-BOCS (Aval1 e Aval2), o tempo médio foi maior que as páginas em geral, indicando que, aparentemente, as pessoas responderam o instrumento com atenção. No entanto, observa-se que a média de tempo gasto no primeiro Y-BOCS foi maior do que no segundo. Isso pode ter acontecido devido ao efeito de familiaridade com o programa, ou de aprendizado do instrumento, embora não tenham sido encontrados dados na literatura sobre esse efeito.

No Módulo 1, a página do questionário de usabilidade (QuestM1) apresentou um pico, fato que não se repetiu nos módulos seguintes (QuestM2 e QuestM3). O questionário é curto, sendo que foi o primeiro módulo que apresentou tempo maior do que o necessário. Isso pode ter acontecido porque no primeiro módulo as pessoas ainda não estavam totalmente familiarizadas com o programa e com a forma de seleção das respostas. Neste tipo de seleção, a pessoa clica na seta e as opções se abrem. Talvez fosse mais adequado apresentar as opções em múltipla escolha, onde a pessoa clica uma única vez. Transformar todos os recursos em “*one-click*” é uma alteração possível para o modelo final, e desejável do ponto de vista da usabilidade. Não obstante, o essencial é que o usuário não precise se esforçar para pensar sobre o que ele deve fazer quando se trata das opções e funções do programa (Krug, 2006).

Ainda no Módulo 1, páginas que tiveram maior tempo médio, em geral tinha mais conteúdo textual, tais como a apresentação do programa (Apres1), explicação sobre o que é o TOC (pg1M1) e exemplos de obsessões (pg3M1). A página sobre compulsões mentais (pg6M1) teve um índice de tempo mais alto que os demais, mesmo contendo uma quantidade de texto menor. Talvez o conceito de compulsões mentais seja mais difícil de compreender para o público leigo, pois define um comportamento como algo mental. Fenômeno oposto ocorreu na página sobre compulsões (pg5M1): uma página com quantidade grande de texto teve uma média de tempo pequena. Neste caso, é possível que as compulsões tradicionais sejam o sintoma mais fácil de compreender porque são conhecidas pelo público leigo: lavagens de mãos, verificações de portas, necessidade de deixar as coisas em perfeita ordem, todos estes sintomas fazem parte do conhecimento popular, através de livros e filmes.

No Módulo 2, ocorreram picos de tempo nas páginas de revisão do módulo anterior (pg2M2), resumo da base neurobiológica do TOC (pg6M2), figura do modelo cognitivo-comportamental do TOC (pg9M2) e na página de conclusão do conteúdo antes do *quiz* (pg13M2). Em nenhuma dessas páginas havia grande quantidade de texto, mas em todas havia relevância do conteúdo textual, e talvez isso tenha feito os usuários se demorarem mais nelas. Especialmente na página 9, é possível que os participantes tenham dedicado mais tempo para entender a figura do modelo cognitivo-comportamental. Apenas a página 13 não continha texto e conteúdo tão relevantes, sendo que não foi possível estabelecer o motivo deste tempo mais longo. Por fim, um grande pico de tempo acontece na página da tarefa (TarefaM2). Neste caso, o pico pode ser atribuído à duração dos vídeos dessa tarefa, que somados, chegavam a 16 minutos. Como os links não fechavam o software, este ficou contabilizando o tempo em que a pessoa assistia aos vídeos. Duas conclusões podem ser tomadas com este dado. Primeiro: os participantes realmente assistiram aos vídeos. Segundo: as pessoas realizaram as

tarefas enquanto utilizavam o programa, e não em outro momento. Visto que a tarefa de casa é um elemento fundamental da terapia cognitiva, o registro de tempos de um programa é uma forma interessante de avaliar se os pacientes realizam tarefas em intervenções computadorizadas. Esse tipo de registro é recomendado por autores da área da usabilidade (Kushniruk & Patel, 2004). Já na tarefa do Módulo 1 (TarefaM1) ocorreu o contrário: a média de tempo da página foi inferior ao tempo do vídeo. Ou seja, talvez as pessoas tenham deixado para assistir o vídeo em outro momento, ou talvez não tenham assistido. Em ambos os casos, a maior parte das pessoas afirmou ter realizado ambas as tarefas.

No Módulo 3, além da página do Y-BOCS mencionada anteriormente, houveram dois picos de tempo: a página com uma figura sobre como pensamento, emoção e comportamento se influenciam (pg6M3) e a página sobre características da TCC (pg9M3). Ou seja, aparentemente as figuras tendem a prender a atenção do usuário, fazendo com que ele dispenda tempo para tentar entendê-la, mesmo quando é uma figura simples. Por outro lado, a página com as características da TCC carece de maior entendimento, uma vez que a página anterior tinha características muito semelhantes mas duração diferente. Há a necessidade de revisar as duas páginas para identificar o motivo dessa discrepância. Uma análise interessante a se fazer posteriormente seria comparar o tempo levado em cada página com relação ao número de caracteres do texto. Essa relação permitiria observar quais conteúdos foram mais difíceis de entender e quais não foram.

Observou-se que no Módulo 1, quatro perguntas tiveram um índice de acerto abaixo de 80%: P5, P6, P8 e P10. A pergunta 10 teve uma média de tempo baixa, indicando que os usuários responderam ela rapidamente. Porém, também foi a que teve menos acertos. Logo, pode-se entender que os participantes estavam bastante certos da resposta. Portanto deve haver algum problema na pergunta, nas opções de resposta, ou nas informações do módulo. Fato semelhante ocorreu com a pergunta 8, a qual também será revisada. Em contrapartida, ocorreu o oposto com a pergunta 6: a média de tempo foi a mais alta das questões. Isso pode significar que os usuários ficaram um período longo de tempo lendo e tentando entender a pergunta, e mesmo assim, alguns erraram. É possível que ela esteja mal formulada ou que as respostas estejam confusas. A pergunta 5 teve uma média temporal adequada, mas também ficou abaixo de 80% de acertos, necessitando ser revisada.

No *quiz* do Módulo 2 a frequência de acertos foi maior, sendo que apenas uma questão ficou abaixo de 80% de acertos (P6). O tempo médio dessa questão também foi baixo, indicando que sua interpretação pode ter sido equivocada por parte de alguns usuários. A pergunta 1 e a pergunta 5 apresentaram tempos extremos, embora a frequência de acertos

tenha sido acima de 95% para ambas. Ou seja, a primeira pergunta parece ter sido muito fácil de responder, e a quinta parece ter exigido maior raciocínio ou atenção. Cabe considerar, para estudos futuros, se há problemas em haver uma pergunta muito fácil, ou se é desejável exigir tanta atenção do usuário para responder perguntas.

No *quiz* do Módulo 3, duas questões ficaram abaixo de 80% de acertos: P1 e P3. Na primeira questão, a média de tempo foi a mais alta de todos os *quizzes*, chegando a quase dois minutos e meio. A questão provavelmente estava muito difícil ou complexa, pois diferentemente da questão que discutimos anteriormente, esta levou muito tempo e ainda assim, vários usuários a responderam erradamente. Já o tempo da pergunta 3 foi adequado.

Os *quizzes* representam uma forma de verificar se o paciente entendeu e prestou atenção ao conteúdo. Seu propósito não era ser um desafio intelectual. Níveis altos de acertos nos *quizzes* significam que o paciente assimilou a lógica do tratamento, o que é preditor de melhores resultados (Abramowitz et al., 2002). Essa mesma técnica foi utilizada em um estudo com usuários de maconha e a assimilação do conteúdo influenciou positivamente os resultados do tratamento (Budney et al., 2011). Uma característica secundária dos *quizzes* é que eles trazem mais dinâmica ao programa. Todas as questões apontadas na discussão acima serão revisadas e reformuladas.

O nível de satisfação com o programa foi considerado adequado, ficando com média acima de 8 para todos os módulos. Isso indica que não são necessárias alterações maiores. Com base em outros estudos, é possível concluir que o ProTOC tem um bom potencial de aceitação: em um estudo para avaliar uma intervenção computadorizada para depressão, mais da metade dos participantes afirmou não ter gostado de utilizar o website (Louise A Ellis, 2011). Em compensação, as taxas de aceitação foram muito maiores para o grupo de comparação que participou regularmente de um fórum online sobre o tema, sugerindo que o interesse e satisfação das pessoas tende a ser maior quando elas podem compartilhar experiências e interesses com semelhantes. Isso reforça a possibilidade de criar um fórum onde os usuários podem interagir uns com os outros. Outros estudos tiveram taxas de não-aceitação de até 80% e concluíram que seria necessário alterar a atratividade e a dificuldade do material (Christensen et al., 2006; O’Kearney, Gibson, Christensen, & Griffiths, 2006).

O módulo 1 foi o que teve a menor média de satisfação, e será importante revisá-lo para identificar possíveis descontentamentos no sentido do desenvolvimento de uma versão para publicação. No entanto, uma hipótese é de que no primeiro módulo o usuário ainda não está familiarizado com o software, podendo gerar um nível menor de satisfação. Uma importante limitação deste aspecto é que os usuários só puderam sugerir alterações no final do

programa. No estudo de Currie et al. (2010) para ansiedade e depressão, os participantes respondiam um questionário qualitativo e um questionário quantitativo ao final de cada módulo. Este formato possibilitaria uma avaliação mais precisa e específica de cada etapa. Outros consideram importante realizar entrevistas (*debriefings*) com este intuito (Anderson et al., 2007) ou mesmo grupos focais com usuários ao final do programa (Louise A Ellis, 2011).

O único critério da usabilidade que ficou abaixo de 80% de aceitação dos usuários foi a satisfação com o módulo 1. Novamente, retomamos a hipótese de que isso possa ter sido causado por falta de familiaridade inicial com o software. Uma outra hipótese seria que essa menor satisfação esteja relacionada com erros nos *quizzes*, pois foi o módulo que teve menor número de acertos.

Se considerarmos também os aspectos que ficaram abaixo de 90% de aceitação, veremos que o Módulo 1 teve menor aceitação nos quesitos eficiência e confortabilidade, porém não temos como saber o motivo. Já o quesito eficiência pode ser melhorado reduzindo o módulo ou os textos para otimizar o tempo. O quesito confortabilidade do Módulo 2 também ficou abaixo de 90%, e nos faltam dados para saber o motivo. O quesito compreensão do texto no módulo 3 também deve ser considerado para aprimoramento. Porém, mais uma vez, para isso seria importante que o usuário pudesse ter indicado, no momento da utilização do programa, onde ele encontrou dificuldades de compreensão textual.

As pontuações na escala Y-BOCS foram de no máximo 16 nos dois momentos, o que indica que o grupo não tem sintomas clínicos, com exceção de um único usuário que pontuou 18 na primeira avaliação. Embora não tenha havido uma mudança estatisticamente significativa nos escores totais, encontramos uma diferença tendendo à significância na subescala de obsessões, sugerindo que os sintomas obsessivos reduziram até o final da intervenção. É importante ressaltar que essa diferença, embora não seja grande, aconteceu com o uso de um programa sem acompanhamento de um terapeuta e no intervalo médio de apenas oito dias. Embora não haja consenso, é aceito que intervenções sem acompanhamento mínimo de um terapeuta, tendem a ser menos efetivas (Newman et al., 2011). Em geral as intervenções para TOC tem duração mínima de quatro semanas quando são intensivas (Foa et al., 2005), sendo difícil comparar com estes resultados. Não encontramos estudos que tenham avaliado a influência isolada da psicoeducação na redução de sintomas do TOC.

No entanto, deve-se considerar que essa mudança possa ter ocorrido porque os usuários simplesmente aprenderam a avaliar melhor seus sintomas. De qualquer forma, se fosse este o caso, também se configuraria numa forma importante de prevenção em saúde psicológica, uma vez que os usuários estariam mais aptos a entender e avaliar seus possíveis

pensamentos obsessivos. Um dos objetivos das intervenções autoadministradas é justamente empoderar os pacientes, torná-los mais autônomos e responsáveis pelo seu tratamento (Cartreine, Ahern, & Locke, 2010).

Uma vez que os usuários deste estudo já se encontravam em nível sub-clínico, a diferença nos sintomas pré e pós-intervenção poderia ser maior se os usuários fossem pessoas com sintomas clínicos de TOC. Ademais, uma redução estatisticamente significativa dos sintomas na avaliação subjetiva dos usuários também foi encontrada. Embora essa escala de sintomas do TOC não seja uma medida objetiva, é importante considerar a diferença encontrada como um indicativo de redução de sintomas.

Outro fator a ser considerado é que o Y-BOCS foi aplicado no formato informatizado. Uma revisão realizada por Lind et al. (2013) concluiu que ferramentas informatizadas de avaliação para o TOC ajudam a minimizar o tempo utilizado pelo terapeuta no tratamento. Especificamente, o Y-BOCS foi considerado um instrumento com potencial para ser adequadamente administrado via computador, embora mais pesquisas sejam necessárias para se chegar a uma conclusão definitiva (Lind et al.).

Por fim, consideramos a quantidade alta de usuários que sugeriu alterações no aspecto visual do programa para torná-lo mais atrativo. O programa era predominantemente textual e este não foi um aspecto que recebeu atenção no seu desenvolvimento devido aos objetivos a que ele se destinava, mas será corrigido e implementado nas versões posteriores visando à publicação e uso. Em um estudo que buscou avaliar pontos positivos e negativos de uma intervenção computadorizada para ansiedade em adolescentes, algumas das principais sugestões eram referentes à inclusão de figuras e animações para tornar o conteúdo mais agradável (Cunningham & Wuthrich, 2008). Outras intervenções procuraram utilizar o mínimo de texto possível, baseando-se mais em figuras, gravações de áudio e gravações de vídeo, a fim de tornar o programa mais “*user-friendly*” (Carroll et al., 2008). As modificações mais prováveis neste quesito são a utilização de mais cores no fundo e no texto, formatação gráfica das fontes, e inclusão de outras imagens e figuras.

Com base nos resultados deste ensaio com os usuários, uma versão final do sistema será desenvolvida. O modelo final poderá ser utilizado em estudos posteriores com pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Cabe destacar, contudo, que é possível e desejável continuar a aprimorar o programa através de feedback qualitativo dos futuros usuários.

## CAPÍTULO 4: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui apresentado tem limitações quanto à implementação, teste e avaliação, que merecem ser ressaltadas e informam futuras iniciativas semelhantes de desenvolvimento de programas de intervenção online. A primeira limitação é a ausência de uma avaliação qualitativa com os usuários. Em futuros estudos, sugestões poderão ser pedidas ao longo ou ao final de cada módulo e não apenas ao final do programa. Para tornar a avaliação mais completa, também poder-se-á realizar entrevistas com os participantes do ensaio para conhecer a experiência de ter utilizado o programa, conforme recomendado por estudiosos da usabilidade (Kushniruk & Patel, 2004).

Um segundo limitador é a impossibilidade de controle sobre outras atividades concomitantes com a utilização do software. Outrossim, cumpre ressaltar que, nesse formato, o estudo apresentou uma situação muito próxima da realidade dos futuros usuários, que utilizarão este tipo de programa em seus ambientes de moradia, estudo ou trabalho, de forma autoadministrada, com seu ritmo de uso preferencial.

Um terceiro limitador diz respeito à amostra de usuários proveniente da população em geral. Neste caso os participantes eram pessoas com sintomas subclínicos de TOC. No caso de utilização por usuários de grupos clínicos, deverá ser utilizada uma avaliação diagnóstica mais criteriosa, além do Y-BOCS, pois ele não discrimina o conteúdo dos sintomas. Contudo, mesmo sem a possibilidade neste momento da apresentação de dados de uso por grupos clínicos, ressalta-se que grupos não clínicos também podem se beneficiar da psicoeducação como um processo componente de alfabetização psicológica.

Apesar das limitações, entendemos que a intervenção foi avaliada de forma positiva pelos usuários, e representa uma contribuição teórico-prática importante para o campo. O presente estudo pode ser utilizado como base teórica e metodológica para o desenvolvimento de outras intervenções computadorizadas, pois seguiu e descreveu um critério iterativo e cíclico de desenvolvimento de conteúdo e procedimento, conforme recomendado na literatura sobre usabilidade (Kushniruk, 2002). Além disso, a estrutura do software desenvolvido pode servir como matriz para outras intervenções psicoeducativas com o mesmo padrão de psicoeducação, especialmente em transtornos de ansiedade, como Transtorno do Pânico e Fobias Específicas e Ansiedade Social. Os registros de *log* do programa desenvolvido fornecem informações objetivas, permitindo que a análise não se baseie somente nos relatos dos pacientes (Anderson et al., 2007). Esse tipo de registro pode ser aprimorado e cruzado com outros dados de interesse.

A introdução de uma intervenção psicoeducacional computadorizada, especialmente no Brasil, pode trazer benefícios para profissionais e usuários. Intervenções computadorizadas seriam facilmente disseminadas na rede pública, a exemplo da Inglaterra (Powell et al., 2013), aumentando o conhecimento da população sobre saúde mental, psicopatologia e tratamentos disponíveis. Por ser uma intervenção psicoeducacional, qualquer pessoa pode utilizá-la, desde pacientes clínicos até familiares e curiosos sobre o assunto. Portanto, esse tipo de intervenção poderia atuar na prevenção em saúde mental e identificação precoce de psicopatologias, que é um aspecto fundamental e desejável em nosso país (Cordeiro, Oliveira, Melzer, Ribeiro, & Rigonatti, 2010). Uma outra possibilidade é que essas intervenções sejam usadas em conjunto com o tratamento psicológico tradicional, melhorando o engajamento dos pacientes, facilitando a realização de tarefas de casa e potencializando os impactos da terapia (Budney et al., 2011; Carroll et al., 2008; Lind et al., 2013). É sugerido que intervenções computadorizadas podem ser aplicadas de forma autoadministrada como uma primeira fase do tratamento psicológico, onde a segunda etapa seria uma intervenção com acompanhamento à distância de um técnico ou clínico, e a terceira fase o tratamento presencial (Titov et al., 2010).

Assim que o modelo final estiver disponível, o software pode ser implementado em websites para centralizar as informações em um único banco de dados. Tão logo seja possível, pretende-se incluir os demais passos do tratamento que foram temporariamente deixados de lado. Por fim, uma das principais expectativas é transformar o software em um aplicativo que possa ser utilizado em *ipads*, *iphones* e *tablets*, como já foi tentado com o transtorno do pânico e a ansiedade social (e.g., Lindner, Ivanova, Ly, Andersson, & Carlbring, 2013). Atualmente, cerca de 15% da população utiliza Internet móvel, e considerando o cenário atual, em breve o Brasil será “mobile” (IBOPE Media, 2013). Para as intervenções em Psicologia, esse formato facilita a utilização, potencializa o uso de tempo, e permite ter acesso às informações do usuário em tempo real.

Existem inúmeras possibilidades para estudos futuros com o próprio programa aqui desenvolvido. O primeiro deles seria avaliar a efetividade do programa para pessoas com sintomas clínicos de TOC. Em seguida, seria fundamental comparar uma intervenção de psicoeducação com uma intervenção tradicional e observar as diferenças de efetividade, adesão, e experiência. Por fim, consideramos que seria de grande importância para o campo comparar intervenções em que há um terapeuta virtual participativo e intervenções onde não há um terapeuta virtual.

## REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(7), 407–416.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Zoellner, L. A., & DiBernardo, C. L. (2002). Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification, 26*(4), 447–463.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association [APA]. (2013). *Guidelines for the practice of Telepsychology* (Guideline). Retrieved from <http://www.apapracticecentral.org/ce/guidelines/telepsychology-guidelines.pdf>
- Anderson, P., Zimand, E., Schmertz, S. K., & Ferrer, M. (2007). Usability and utility of a computerized cognitive-behavioral self-help program for public speaking anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(2), 198–207. doi:10.1016/j.cbpra.2006.02.006
- Andersson, E., Enander, J., Andréén, P., Hedman, E., Ljótsson, B., Hursti, T., Bergström, J., et al. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 42*(10), 2193–2203. doi:10.1017/S0033291712000244
- Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Kaldö, V., Paxling, B., Andersson, G., Lindefors, N., et al. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Boston Medical Center Psychiatry, 11*, 125. doi:10.1186/1471-244X-11-125

- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 175–180. doi:10.1016/j.brat.2009.01.010
- Andersson, G. (2010). The promise and pitfalls of the internet for cognitive behavioral therapy. *Boston Medical Center Medicine*, 8(1), 82. doi:10.1186/1741-7015-8-82
- Andrews, G., Davies, M., & Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 337–340. doi:10.3109/00048674.2010.538840
- Asbahr, F., Lotufo Neto, F., Turecki, G., Del Porto, J., Rodriguez, L., Baruzzi, M., Lima, M., et al. (1992). *Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos: Tradução Brasileira*. São Paulo.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7
- Barlow, D. H. (2007). *Clinical handbook of psychological disorders, fourth edition: A step-by-step treatment manual*. Guilford Press.
- Barlow, J. H., Ellard, D. R., Hainsworth, J. M., Jones, F. R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 272–285. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00499.x
- Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., & Kessler, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 854–861.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.

- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Artmed Editora.
- Bergström, J., Andersson, G., Ljótsson, B., Rück, C., Andréewitch, S., Karlsson, A., Carlbring, P., et al. (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: A randomised trial. *Boston Medical Center Psychiatry*, *10*(1), 54. doi:10.1186/1471-244X-10-54
- Botella, C., Riva, G., Gaggioli, A., Wiederhold, B. K., Alcaniz, M., & Baños, R. M. (2012). The present and future of positive technologies. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *15*(2), 78–84. doi:10.1089/cyber.2011.0140
- Braga, D. T., Manfro, G. G., Niederauer, K., & Cordioli, A. V. (2010). Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: A two-year follow-up. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32*(2), 164–168.
- Budney, A. J., Fearer, S., Walker, D. D., Stanger, C., Thostenson, J., Grabinski, M., & Bickel, W. K. (2011). An initial trial of a computerized behavioral intervention for cannabis use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *115*(1-2), 74–79. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.10.014
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17–31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., Nuro, K. F., Gordon, M. A., et al. (2008). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: A randomized trial of CBT4CBT. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(7), 881–888. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07111835
- Cartreine, J. A., Ahern, D. K., & Locke, S. E. (2010). A roadmap to computer-based psychotherapy in the United States. *Harvard Review of Psychiatry*, *18*(2), 80–95. doi:10.3109/10673221003707702

- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). From psychotherapy to e-therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools in clinical settings. *Cyberpsychology & Behavior*, 6(4), 375–382. doi:10.1089/109493103322278754
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J., & Brittliffe, K. (2006). Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine*, 36(12), 1737–1746. doi:10.1017/S0033291706008695
- Clark, D. A. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York; London: Guilford Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318–327. doi:10.3109/09540261.2011.606803
- Collin, P. J., Metcalf, A. T., Stephens-Reicher, J. C., Blanchard, M. E., Herrman, H. E., Rahilly, K., & Burns, J. M. (2011). ReachOut.com: The role of an online service for promoting help-seeking in young people. *Advances in Mental Health*, 10(1), 39–51. doi:10.5172/jamh.2011.10.1.39
- Colom, F. (2014). The evolution of psychoeducation for bipolar disorder: From lithium clinics to integrative psychoeducation. *World Psychiatry*, 13(1), 90–92. doi:10.1002/wps.20091
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2012, June 12). RESOLUÇÃO CFP N° 011/ 2012: Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP N.º 12/2005.

- Cordeiro, Q., Oliveira, A. M. de, Melzer, D., Ribeiro, R. B., & Rigonatti, S. P. (2010). Prevenção em saúde mental. *Revista do Curso de Direito*, 7(7), 38–53.
- Cordioli, A. V. (2008). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: Manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Artmed.
- Corrao, N. J., Robinson, A. G., Swiernik, M. A., & Naeim, A. (2010). Importance of testing for usability when selecting and implementing an electronic health or medical record system. *Journal of Oncology Practice*, 6(3), 120–124. doi:10.1200/JOP.200017
- Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S. S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., Sherbourne, C., et al. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depression and Anxiety*, 26(3), 235–242. doi:10.1002/da.20542
- Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 876–882. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.876
- Cunningham, M. J., & Wuthrich, V. (2008). Examination of barriers to treatment and user preferences with computer-based therapy using the cool teens CD for adolescent anxiety. *E-Journal of Applied Psychology*, 4(2). doi:10.7790/ejap.v4i2.115
- Currie, S. L., McGrath, P. J., & Day, V. (2010). Development and usability of an online CBT program for symptoms of moderate depression, anxiety, and stress in post-secondary students. *Computers in Human Behavior*, Online Interactivity: Role of Technology in Behavior Change, 26(6), 1419–1426. doi:10.1016/j.chb.2010.04.020
- Dix, A., Finlay, J. E., Abowd, G. D., & Beale, R. (2004). *Human-computer Interaction*. Pearson/Prentice-Hall.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression:

- Multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321(7274), 1450.  
doi:10.1136/bmj.321.7274.1450
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 1011–1030. doi:10.1016/j.cpr.2004.08.004
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., Meunier, V., et al. (2002). Myths and realities of online clinical work. *Cyberpsychology & Behavior*, 5(5), 481–497.
- Finn, J., & Barak, A. (2010). A descriptive study of e-counsellor attitudes, ethics, and practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(4), 268–277.  
doi:10.1080/14733140903380847
- Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 199–207.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151–161.  
doi:10.1176/appi.ajp.162.1.151
- Fortim, I., & Cosentino, L. A. M. (2007). Serviço de orientação via e-mail: Novas considerações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1), 164–175.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux Jr., D. A., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 162–168. doi:10.1037/0735-7028.33.2.162

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*(11), 1006–1011.
- Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M., & Struening, E. (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*(2), 143–149.
- Greisberg, S., & McKay, D. (2003). Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A review and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, *23*(1), 95–117.
- Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Kobak, K. A., Wenzel, K. W., Hirsch, M. J., Mantle, J. M., et al. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(2), 138–145.
- Gun, S. Y., Titov, N., & Andrews, G. (2011). Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australasian Psychiatry*, *19*(3), 259–264. doi:10.3109/10398562.2011.562295
- Herbst, N., Voderholzer, U., Stelzer, N., Knaevelsrud, C., Hertenstein, E., Schlegl, S., Nissen, C., et al. (2012). The potential of telemental health applications for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, *32*(6), 454–466. doi:10.1016/j.cpr.2012.04.005
- Houghton, S., & Saxon, D. (2007). An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice. *Patient Education and Counseling*, *68*(1), 107–110. doi:10.1016/j.pec.2007.05.010
- IBOPE e-commerce. (2013). *Vendas de tablet no e-commerce brasileiro*. Retrieved from <http://www.ibope.com.br/pt-br/conhecimento/artigospapers/Paginas/Vendas-de-tablet-no-ecommerce-brasileiro.aspx>

- IBOPE Media. (2013). *Internet móvel avança no Brasil*. Retrieved from <http://www.ibope.com.br/pt-br/conhecimento/artigospapers/Paginas/Internet-movel-avan%C3%A7a-no-Brasil.aspx>
- IBOPE Media. (2014). *94,2 Milhões de pessoas tem acesso à Internet no Brasil*. Retrieved from <http://www.ibope.com.br/pt-br/relacionamento/imprensa/releases/Paginas/942-milhoes-de-pessoas-tem-acesso-a-internet-no-Brasil.aspx>
- ISO 9241-11. (1998). Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDTs) -- Part 11: Guidance on usability.
- Kim, C.-J., & Kang, S. (2013). Development and a pilot test of an internet-based cardiovascular risk reduction program for Korean male workers with metabolic syndrome. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 31(4), 157–166. doi:10.1097/NXN.0b013e3182812829
- Klein, B., Mitchell, J., Abbott, J., Shandley, K., Austin, D., Gilson, K., Kiropoulos, L., et al. (2010). A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: Pre-, post- and 3-month follow-up results from an open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 635–644. doi:10.1016/j.janxdis.2010.04.005
- Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., Simpson, H. B., & American Psychiatric Association. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(7 Suppl), 5–53.
- Krug, S. (2006). *Don't make me think!: A common sense approach to Web usability*. Berkeley, Calif: New Riders Pub.
- Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, 65(3), 185–236.

- Kushniruk, A. (2002). Evaluation in the design of health information systems: Application of approaches emerging from usability engineering. *Computers in Biology and Medicine*, 32(3), 141–149.
- Kushniruk, A. W., & Patel, V. L. (2004). Cognitive and usability engineering methods for the evaluation of clinical information systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 37(1), 56–76. doi:10.1016/j.jbi.2004.01.003
- Kushniruk, A. W., Patel, V. L., & Cimino, J. J. (1997). Usability testing in medical informatics: Cognitive approaches to evaluation of information systems and user interfaces. *Proceedings of the AMIA Annual Fall Symposium*, 218–222.
- Lack, C. W., & Storch, E. A. (2008). The use of computers in the assessment and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Computers in Human Behavior*, 24(3), 917–929. doi:10.1016/j.chb.2007.02.010
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., Kreyenbuhl, J., et al. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2 Suppl), 1–56.
- Lind, C., Boschen, M. J., & Morrissey, S. (2013). Technological advances in psychotherapy: Implications for the assessment and treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 47–55. doi:10.1016/j.janxdis.2012.09.004
- Lindner, P., Ivanova, E., Ly, K. H., Andersson, G., & Carlbring, P. (2013). Guided and unguided CBT for social anxiety disorder and/or panic disorder via the Internet and a smartphone application: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14(1), 437. doi:10.1186/1745-6215-14-437
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M., & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of

- Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 649–661. doi:10.1016/j.brat.2006.06.010
- Louise A Ellis, A. J. C. (2011). Comparative randomized trial of an online cognitive-behavioral therapy program and an online support group for depression and anxiety. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, 4(4), 461–467.
- Lovell, K., & Bee, P. (2011). Optimising treatment resources for OCD: A review of the evidence base for technology-enhanced delivery. *Journal of Mental Health*, 20(6), 525–542. doi:10.3109/09638237.2011.608745
- Lovell, K., Cox, D., Haddock, G., Jones, C., Raines, D., Garvey, R., Roberts, C., et al. (2006). Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: Randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal*, 333(7574), 883. doi:10.1136/bmj.38940.355602.80
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *Cyberpsychology & Behavior*, 4(5), 551–563.
- Mitchell, J., Stanimirovic, R., Klein, B., & Vella-Brodrick, D. (2009). A randomised controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. *Computers in Human Behavior*, Including the Special Issue: Enabling elderly users to create and share self authored multimedia content, 25(3), 749–760. doi:10.1016/j.chb.2009.02.003
- National Collaborating Centre for Mental Health [UK]. (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Leicester (UK): British Psychological Society. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56458/>
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and

- depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31(1), 89–103. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.008
- Nielsen, J. (1993). *Usability engineering*. Morgan Kaufmann.
- O’Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: A school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), 43–54. doi:10.1080/16506070500303456
- Pachankis, J. E., Lelutiu-Weinberger, C., Golub, S. A., & Parsons, J. T. (2013). Developing an online health intervention for young gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 17(9), 2986–2998. doi:10.1007/s10461-013-0499-8
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: Does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7(3), 291–297. doi:10.1586/14737167.7.3.291
- Parikh, S. V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L. N., Young, L. T., Patelis-Siotis, I., Macqueen, G. M., et al. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 803–810. doi:10.4088/JCP.11m07343
- Patterson, E. S., Zhang, J., Abbott, P., Gibbons, M. C., Lowry, S. Z., Quinn, M. T., Ramaiah, M., et al. (2013). Enhancing electronic health record usability in pediatric patient care: a scenario-based approach. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(3), 129–135.
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [PNAD]. (2011). *Acesso à Internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2011*. Retrieved from <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/acessoainternet2011/default.shtm>

- Pier, C., Austin, D. W., Klein, B., Mitchell, J., Schattner, P., Ciechomski, L., Gilson, K. J., et al. (2008). A controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for panic disorder with face-to-face support from a general practitioner or email support from a psychologist. *Mental Health in Family Medicine*, 5(1), 29–39.
- Powell, J., Hamborg, T., Stallard, N., Burls, A., McSorley, J., Bennett, K., Griffiths, K. M., et al. (2013). Effectiveness of a web-based cognitive-behavioral tool to improve mental well-being in the general population: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(1), e2. doi:10.2196/jmir.2240
- Prado, O. Z., & Meyer, S. B. (2006). Evaluation of therapeutic relations in asynchronous therapy via internet through working alliance inventory. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247–257. doi:10.1590/S1413-73722006000200003
- Preece, J., Carey, T., Rogers, Y., Holland, S., Sharp, H., & Benyon, D. (1994). *Human-Computer Interaction*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Prost, E., Musisi, S., Okello, E. S., & Hopman, W. M. (2013). The role of psycho-education in improving outcome at a general hospital psychiatry clinic in Uganda. *African Journal of Psychiatry*, 16(4), 264–270. doi:http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i4.35
- Proudfoot, J., Klein, B., Barak, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., Lange, A., Ritterband, L., et al. (2011). Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(2), 82–97. doi:10.1080/16506073.2011.573807
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. New York: Oxford University Press.
- Rachman, S. (2006). *Fear of contamination: assessment and treatment*. Oxford University Press.
- Ragusea, A. S., & VandeCreek, L. (2003). Suggestions for the ethical practice of online psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 94–102. doi:10.1037/0033-3204.40.1-2.94

- Rangé, B. P., Falcone, E. M. de O., & Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(2), 0–0.
- Rhebergen, M. D. F., Hulshof, C. T. J., Lenderink, A. F., & van Dijk, F. J. H. (2010). An online network tool for quality information to answer questions about occupational safety and health: Usability and applicability. *Boston Medical Center Medical Informatics and Decision Making*, 10, 63. doi:10.1186/1472-6947-10-63
- Riiser, K., Løndal, K., Ommundsen, Y., Sundar, T., & Helseth, S. (2013). Development and usability testing of an Internet intervention to increase physical activity in overweight adolescents. *Journal of Medical Internet Research Research Protocols*, 2(1), e7. doi:10.2196/resprot.2410
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Gonder-Frederick, L. A., Magee, J. C., Bailey, E. T., Saylor, D. K., & Morin, C. M. (2009). Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 692–698. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.66
- Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., & Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PloS One*, 5(6), e10942. doi:10.1371/journal.pone.0010942
- Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J., & Schrieken, B. (2007). E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 179–192. doi:10.1080/16506070701381863
- Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República [Secom-PR]. (2014). *Internauta passa quase quatro horas por dia na web*. Retrieved from <http://agenciabrasil.ebc.com.br/pesquisa-e-inovacao/noticia/2014-03/internauta-passa-quase-quatro-horas-por-dia-na-web>

- Shapiro, D. A., Cavanagh, K., & Lomas, H. (2003). Geographic inequity in the availability of cognitive behavioural therapy in England and Wales. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*(02), 185–192. doi:10.1017/S1352465803002066
- Siegmund, G., & Lisboa, C. S. de M. (no prelo). Orientação psicológica online: Percepção dos profissionais sobre a relação com os clientes. *Psicologia: Ciência e Profissão*.
- Spaccaquerche, M. E. (2005). Orientação profissional online: Uma experiência em processo. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *6*(1), 63–74.
- Titov, N., Andrews, G., Robinson, E., Schwencke, G., Johnston, L., Solley, K., & Choi, I. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: Randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(10), 905–912. doi:10.1080/00048670903179269
- Titov, N., Andrews, G., & Sachdev, P. (2010). Computer-delivered cognitive behavioural therapy: Effective and getting ready for dissemination. *Faculty of 1000 Medicine Reports*, *2*. doi:10.3410/M2-49
- Titov, N., Andrews, G., & Schwencke, G. (2008). Shyness 2: Treating social phobia online: Replication and extension. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *42*(7), 595–605. doi:10.1080/00048670802119820
- Tumur, I., Kaltenthaler, E., Ferriter, M., Beverley, C., & Parry, G. (2007). Computerised cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*(4), 196–202. doi:10.1159/000101497
- Turner, C., Heyman, I., Futh, A., & Lovell, K. (2009). A pilot study of telephone cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder in young people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *37*(4), 469–474. doi:10.1017/S1352465809990178
- Veale, D. (2007). Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, *13*(6), 438–446. doi:10.1192/apt.bp.107.003699

- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., Carlbring, P., et al. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(5), 368–376. doi:10.1016/j.brat.2010.01.005
- Wilhelm, S., & Steketee, G. (2006). *Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A guide for professionals*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Wootton, B. M., Titov, N., Dear, B. F., Spence, J., Andrews, G., Johnston, L., & Solley, K. (2011). An Internet administered treatment program for obsessive-compulsive disorder: A feasibility study. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(8), 1102–1107. doi:10.1016/j.janxdis.2011.07.009
- Wootton, B. M., Titov, N., Dear, B. F., Spence, J., & Kemp, A. (2011). The acceptability of Internet-based treatment and characteristics of an adult sample with obsessive compulsive disorder: An Internet survey. *PloS One*, *6*(6), e20548. doi:10.1371/journal.pone.0020548

## ANEXO A: Lista de sintomas

# Lista de sintomas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo<sup>1</sup>

### Instruções para o preenchimento

O questionário a seguir irá auxiliá-lo a identificar os sintomas do TOC: obsessões, compulsões ou rituais e evitações. Você irá, também, graduá-los. No caso das obsessões, você dará uma nota de 0 a 4, conforme os critérios descritos a seguir, para o quanto elas o perturbam e, no caso das evitações e compulsões, para o grau de dificuldade ou desconforto que imagina sentir caso se expusesse ou fosse impedido de fazer os rituais quando se sente compelido a fazê-los. Caso não apresente o sintoma descrito, marque "0".

### Obsessões

#### Avaliação da gravidade

Ao responder o questionário, identifique as *obsessões* nos diferentes subgrupos de sintomas. Leia com atenção as perguntas e marque o número correspondente à gravidade, de acordo com os seguintes critérios:

Este pensamento ou obsessão me perturba:

- 0 – Absolutamente nada ou nunca
- 1 – Minimamente ou raramente
- 2 – Um pouco ou às vezes
- 3 – Bastante ou com frequência
- 4 – Muito ou é muito freqüente

#### Compulsões ou rituais e evitações

Identifique na lista de sintomas os *rituais ou compulsões* e as *evitações*. Marque o número correspondente ao grau de dificuldade ou de desconforto que imagina que sentiria caso não fizesse os referidos rituais, tivesse que entrar em contato com os lugares, situações ou pessoas ou tivesse que tocar nos objetos que geralmente evita. Leve em consideração os seguintes critérios:

- 0 – Nenhum
- 1 – Leve
- 2 – Moderado
- 3 – Grave
- 4 – Muito grave

### A. OBSESSÕES E COMPULSÕES RELACIONADAS COM SUJEIRA, GERMES, CONTAMINAÇÃO, MEDO DE CONTRAIR DOENÇAS OU NOJO

<sup>1</sup> Baseado em Cardiolí, A. V. (2008). Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo. Porto Alegre: Artmed..

## Obsessões

(Marque o grau de perturbação provocado por esses pensamentos.)

0	1	2	3	4	Preocupo-me demais com limpeza, germes, contaminação ou sujeira
0	1	2	3	4	Tenho medo excessivo de contaminar as pessoas da minha família com germes ou com sujeira trazidos da rua
0	1	2	3	4	Certas substâncias me provocam repugnância ou nojo acentuado (carne, geléias, colas, esperma)
0	1	2	3	4	Preocupo-me demais com produtos de limpeza, venenos, solventes, lubrificantes domésticos
0	1	2	3	4	Preocupo-me demais com insetos
0	1	2	3	4	Preocupo-me demais por ter estado em um hospital, cemitério ou por ter visto uma pessoa morta
0	1	2	3	4	Minhas roupas estão contaminadas porque toquei em uma pessoa de quem eu não gosto ou em lugares em que essa pessoa tocou ou esteve
0	1	2	3	4	Sinto-me contaminado porque toquei no lixo, em dinheiro ou em certas pessoas

## Compulsões

(Marque o grau de dificuldade ou de desconforto que sentiria se fosse impedido de executar os rituais descritos a seguir.)

0	1	2	3	4	Envolvo-me demais na limpeza da casa ou dos objetos (móveis, chão, talheres, louças, chaves do carro, carteira, bolsa, etc.)
0	1	2	3	4	Lavo minhas mãos por mais tempo e com maior frequência do que o necessário
0	1	2	3	4	Lavo demais as minhas roupas ou as da minha família (sempre que chego da rua, que venho de um hospital ou cemitério ou que passo perto de certas pessoas)
0	1	2	3	4	Uso demais máquina de lavar sabão, sabonetes, detergentes ou álcool
0	1	2	3	4	Lavo as coisas que trago do supermercado antes de colocá-las na geladeira (caixas de leite, latas de conserva ou de cerveja, garrafas de refrigerantes)
0	1	2	3	4	Tenho que desinfetar ou lavar coisas que trago da rua antes de pô-las em uso (exceto louças, talheres)
0	1	2	3	4	Demoro muito no banho, esfrego-me demais ou tomo o banho de forma ritualizada
0	1	2	3	4	Necessito demasiadamente me desinfetar ou desinfetar os outros
0	1	2	3	4	Obrigo os demais membros da família a fazerem as coisas anteriormente descritas
0	1	2	3	4	Escovo os dentes de forma excessiva, demorada ou ritualizada
0	1	2	3	4	Separo sempre as roupas limpas das usadas
0	1	2	3	4	Jogo fora bolsas, carteiras, roupas, sapatos por considerá-los contaminados ou sujos
0	1	2	3	4	Tenho que lavar as louças ou os talheres novamente antes de usá-los
0	1	2	3	4	Tenho toalha ou sabonete só para mim e não permito que ninguém os toque ou use
0	1	2	3	4	Uso luvas ou papel para evitar o contato direto com objetos ou com pessoas
0	1	2	3	4	Verifico seguidamente se não há sinais de sujeira ou de contaminação (pó nas prateleiras, fezes de ratos no pátio)

## Lavações de mãos

(Marque o grau de ansiedade que sentiria se não lavasse as mãos nestas ocasiões.)

Tenho de lavar as mãos sempre que:

0	1	2	3	4	Toco em dinheiro ou leio o jornal
0	1	2	3	4	Cumprimento certas pessoas
0	1	2	3	4	Uso o telefone público ou computador
0	1	2	3	4	Toco no corrimão do ônibus ou de escadas, na maçaneta da porta, nas chaves na bolsa ou na carteira
0	1	2	3	4	Chego da rua
0	1	2	3	4	Outras situações que não estão no questionário. Refira o grau de dificuldade para se expor a:

### Evitações

(Marque o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que entrar em contato, se expor ou tocar.)

Tenho medo de me contaminar ou de contrair doenças, sinto repugnância ou nojo e, por isso, evito tocar em:

0	1	2	3	4	Coisas que eu considero sujas, objetos que contenham pó, resíduos ou lixo doméstico
0	1	2	3	4	Maçanetas
0	1	2	3	4	Torneiras, tampas de vaso de banheiro (sem usar papel), trincos, torneiras e portas de banheiros públicos
0	1	2	3	4	Corrimãos, peçador do ônibus
0	1	2	3	4	Teclados de computador telefones públicos
0	1	2	3	4	Interruptores de luz, do elevador
0	1	2	3	4	Manchas (na mesa no sofá nas cadeiras, na rua)
0	1	2	3	4	Resíduos ou secreções corporais (urina fezes saliva sangue esperma)
0	1	2	3	4	Substâncias viscosas (colas gelatinas, geléias), carne
0	1	2	3	4	Caixas ou tubos de venenos domésticos (inseticidas, raticidas)
0	1	2	3	4	Outras pessoas, com medo de contrair doenças (mendigos, pessoas com câncer, homossexuais) ou de que passem algo de ruim
0	1	2	3	4	Animais domésticos (cães, gatos)

Evito:

0	1	2	3	4	Sentar em assentos de transportes coletivos, em bancos de praças ou em outros lugares públicos
0	1	2	3	4	Entrar em casa com os sapatos usados na rua
0	1	2	3	4	Entrar em casa e não lavar as mãos imediatamente
0	1	2	3	4	Sentar-me em sofás, em camas ou em cadeiras ao chegar da rua, sem antes trocar de roupa

0	1	2	3	4	Usar banheiros públicos, mesmo que estejam perfeitamente limpos
0	1	2	3	4	Frequenter hospitais e clínicas ou andar em certos lugares com medo de contrair doenças
0	1	2	3	4	Ir ao cemitério
0	1	2	3	4	Entrar em casa sem trocar as roupas imediatamente
0	1	2	3	4	Jantar em um restaurante sem antes verificar se a louça ou os talheres estão limpos, ou sem antes limpá-los com um guardanapo
0	1	2	3	4	Usar a louça de casa sem antes lavá-la novamente
0	1	2	3	4	Usar certas roupas ou objetos pessoais "contaminados" (bolsas, carteiras, chaves, celular)
0	1	2	3	4	Entrar em contato com contaminantes ambientais (lixo radioativo, radiação, conservantes, lixo tóxico) e, por esse motivo, estou sempre tomando cuidados
0	1	2	3	4	Pisar em manchas suspeitas na rua (sangue, fezes)

## B. OBSESSÕES DE DÚVIDAS E COMPULSÕES POR VERIFICAÇÃO OU CONTROLE

### Obsessões

(Marque o grau de perturbação provocado pelas dúvidas mencionadas a seguir.)

**Frequentemente minha mente é invadida por dúvidas, seguidas da necessidade de verificar ou de me certificar sobre:**

0	1	2	3	4	Se fechei ou não portas, janelas, geladeira, torneiras e se desliguei o fogão e o gás
0	1	2	3	4	Se desliguei os eletrodomésticos (antes de sair de casa antes de deitar)
0	1	2	3	4	Se fechei bem as portas e os vidros do carro depois de estacioná-lo
0	1	2	3	4	Se compreendi completamente o parágrafo ou a página que li, a aula ou o filme a que assisti
0	1	2	3	4	Se fiz ou não a coisa certa
0	1	2	3	4	Se disse ou fiz alguma coisa errada ou se disse ou não a palavra certa
0	1	2	3	4	Se os outros entenderam perfeitamente o que eu disse
0	1	2	3	4	Se compreendi exatamente o que a pessoa disse
0	1	2	3	4	Se não fiz algo errado (atropeliei alguém, disse ou escrevi algo inconveniente)
0	1	2	3	4	Se meu trabalho está sem falhas
0	1	2	3	4	Se o que pensei é moralmente condenável
0	1	2	3	4	Se minha aparência está perfeita
0	1	2	3	4	Se as minhas roupas estão perfeitamente ajustadas

### Compulsões

(Marque o grau de desconforto ou de dificuldade que sentiria se não fizesse as verificações descritas a seguir.)

**Verifico excessivamente (de forma repetida e desnecessária):**

0	1	2	3	4	Portas e janelas, gás, torneiras, fogão e geladeira
0	1	2	3	4	Interruptores de luz eletrodomésticos, mesmo após tê-los desligado
0	1	2	3	4	As coisas que escrevi, para verificar se não cometi algum erro
0	1	2	3	4	Documentos, carteira, bolsa, chaves e listas, antes de sair de casa
0	1	2	3	4	Meus e-mails ou mensagens no meu celular

0	1	2	3	4	Portas e vidros do carro, ao estacionar
0	1	2	3	4	No espelho se estou bem arrumado(a), se os cabelos estão bem penteados
0	1	2	3	4	No espelho, se estou mais oordo(a) ou mais maoro(a)
0	1	2	3	4	Pulso, pressão ou temperatura do corpo
0	1	2	3	4	Se o celular está desligado
0	1	2	3	4	Extratos bancários, balancetes ou outras somas
0	1	2	3	4	Repasso diálogos para ver se não disse nada de errado
0	1	2	3	4	Retorno aos lugares para ter certeza de que não machuquei ou atropeliei alguma pessoa
0	1	2	3	4	Tenho a necessidade de perguntar a mesma coisa várias vezes para ter certeza

### C. OBSESSÕES DE CONTEÚDO AGRESSIVO

Obsessões (Pensamentos impróprios de conteúdo agressivo)

(Marque o grau de perturbação provocado por estes pensamentos.)

0	1	2	3	4	Pensamentos, impulsos ou imagens horríveis, violentas e indesejáveis de ferir os outros (esfaquear, dar um soco, estrangular, jogar pela janela, desejar que morra, etc.) passam pela minha cabeça e não consigo afastá-los
0	1	2	3	4	Pensamentos "ruins" (de que posso provocar alguma desgraça se não fizer algum ritual ou porque pensei) invadem minha cabeça, causando muita aflicção
0	1	2	3	4	Perturbo-me ao ver facas, tesouras ou outros objetos pontudos, com receio de perder o controle sobre eles e usá-los contra alguma pessoa, ou necessito afastá-los ou guardá-los
0	1	2	3	4	Tenho medo de ferir a mim mesmo(a)
0	1	2	3	4	Pensamentos de falar obscenidades, dizer palavrões ou insultar outras pessoas passam pela minha cabeça sem motivo, e tenho receio de não me controlar
0	1	2	3	4	Tenho medo de fazer coisas que causem embaraço ou que prejudiquem outras pessoas
0	1	2	3	4	Pensamentos de causar dano ou machucar outras pessoas ou de não ter sido suficientemente cuidadoso(a) passam pela minha cabeça e me afligem
0	1	2	3	4	Com muita frequência, tenho medo de que aconteça algum acidente (incêndio, arrombamento, assalto) por não ter sido suficientemente cuidadoso(a), por não ter verificado bem, por exemplo, portas, janelas, torneiras, eletrodomésticos

### Compulsões

(Marque o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que entrar em contato, se expor, tocar ou deixar de fazer o ritual.)

Grau de dificuldade ou desconforto para não fazer o ritual

0	1	2	3	4	Tenho que verificar nos arredores se não feriu ou atropeliei alguém
0	1	2	3	4	Tenho a necessidade de confessar que fiz coisas que possam ter prejudicado ou feito mal a outras pessoas

### Evitações

(Marque o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que entrar em contato, tocar, se expor ou assistir.)

0	1	2	3	4	Tenho necessidade de adotar medidas para evitar me ferir, ferir aos outros ou evitar conseqüências desastrosas ou ruins que imagino que possam acontecer (esconder facas, colocar telas nas janelas)
0	1	2	3	4	Tenho dificuldade para usar objetos pontiagudos como facas e tesouras, principalmente se estou na frente de outras pessoas
0	1	2	3	4	Evito assistir a filmes que contenham imagens ou cenas violentas

#### D. OBSESSÕES DE CONTEÚDO SEXUAL IMPRÓPRIO

##### Obsessões

(Marque o grau de perturbação provocado por esses pensamentos ou impulsos.)

0	1	2	3	4	Freqüentemente passam pela minha cabeça cenas ou pensamentos impróprios de conteúdo sexual, em relação a amigos ou a pessoas de minha família que me perturbam
0	1	2	3	4	Molestar sexualmente meus filhos, irmãos ou outras crianças
0	1	2	3	4	Praticar sexo violento com outras pessoas
0	1	2	3	4	Olhar fixamente os genitais, os seios ou nádegas de outras pessoas
0	1	2	3	4	Tirar a roupa (abaixo as calças, levanto as saias, rasgo a blusa) de outras pessoas
0	1	2	3	4	Imagino as outras pessoas nuas, e isso me aflige
0	1	2	3	4	Introduzir objetos no ânus ou na vagina
0	1	2	3	4	Freqüentemente sou atormentado por dúvidas sobre se sou ou se um dia posso me tornar um homossexual
0	1	2	3	4	Evito certos lugares como bancas de revistas e videolocadoras para não ter pensamentos de conteúdo sexual impróprios e que me afligem
0	1	2	3	4	Outros pensamentos impróprios (de conteúdo sexual): _____

#### E. OBSESSÕES E COMPULSÕES DE CONTEÚDO RELIGIOSO OU BLASFEMO, ESCRUPULOSIDADE

##### Obsessão

(Marque o grau de perturbação provocado por estes pensamentos.)

0	1	2	3	4	Sou atormentado por pensamentos ou imagens de conteúdo sexual ou impróprios com a Virgem Maria com Jesus Cristo ou com os santos
0	1	2	3	4	Sou atormentado por pensamentos, palavras ou imagens do demônio ou de outras entidades malignas
0	1	2	3	4	Preocupo-me de forma demasiada com a possibilidade de ter pensamentos de conteúdo blasfemo ou de cometer sacrilégios
0	1	2	3	4	Tenho medo excessivo de ser punido devido a pensamentos blasfemos
0	1	2	3	4	Preocupo-me de forma demasiada, pensando se algo que fiz ou passou pela minha cabeça foi certo ou errado, moral ou imoral

0	1	2	3	4	Preocupo-me muito, avaliando se algo que fiz ou pensei foi ou não pecado, e me atormenta a dúvida se Deus irá me perdoar ou não
0	1	2	3	4	Tenho medo de dizer palavrões, obscenidades ou blasfêmias
0	1	2	3	4	Tenho medo de não dizer a verdade de forma absolutamente certa e/ou de não ser perfeitamente honesto
0	1	2	3	4	Tenho medo exagerado de ter dito uma mentira, de ter trapaceado e prejudicado alguém
0	1	2	3	4	Tenho que confessar todos os meus pensamentos e comportamentos para os outros
0	1	2	3	4	Penalizo-me muito se não sou absolutamente correto
0	1	2	3	4	Preciso dizer, confessar de forma repetida coisas que fiz ou perguntar a alguém sobre isso para certificar-me de que não fiz nada de errado

## F\_ OBSESSÕES E RITUAIS DE CARÁTER SUPERSTICIOSO

### Obsessões e rituais

(Marque o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que entrar em contato, tocar, ou deixar de fazer o ritual.)

0	1	2	3	4	Tenho medos supersticiosos e penso que pode me acontecer algo se passar embaixo de escadas, pisar nas juntas de lajotas, olhar certas pessoas ou locais, olhar um espelho quebrado, virar os chinelos
0	1	2	3	4	Acredito que existem certos objetos ou pessoas que podem provocar azar
0	1	2	3	4	Tenho medo de entrar em funerárias ou cemitérios e até de olhar para esses lugares de ler obituários ou de ver certas pessoas
0	1	2	3	4	Tenho que rezar ou fazer o sinal da cruz de forma repetida
0	1	2	3	4	Preocupo-me de forma excessiva com certas cores de roupa, as quais evito usar
0	1	2	3	4	Preciso fazer certas coisas ou atividades um determinado número de vezes, para dar sorte ou para que não aconteçam desgracas
0	1	2	3	4	Acredito que certos nomes e palavras possam provocar azar
0	1	2	3	4	Necessito repetir certas palavras ou fazer certas ações ao contrário, para que não ocorram desgracas
0	1	2	3	4	Acredito que pensar em más notícias ou ouvi-las pode fazer com que elas aconteçam
0	1	2	3	4	Tenho medo de me transformar em outra pessoa (tocando, olhando)
0	1	2	3	4	Tenho que tocar em algum objeto (madeira, pedra, lajota, parede) de uma certa maneira para que não aconteça aiQo de ruim para aiQuma pessoa
0	1	2	3	4	Sinto que há números bons e maus que dão sorte ou azar
0	1	2	3	4	Algo de muito ruim pode acontecer se eu não me benzer ou se não fizer um outro ritual quando passo na frente de uma igreja
0	1	2	3	4	Algo de muito ruim pode acontecer se eu não rezar ou se eu não fizer um determinado ritual antes de deitar ou em certas ocasiões
0	1	2	3	4	Acredito que arranjar os objetos de certa maneira evita que coisas ruins aconteçam
0	1	2	3	4	Acredito que algo e muito ruim pode acontecer se eu passar por certos lugares

Especifique: — — — — —  
 Outras: \_\_\_\_\_

---

---

---

### Evitções

(Marque o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que fazer o que usualmente evita, entrar em contato, se expor ou tocar.)

Evito:

0	1	2	3	4	Dizer ou escrever determinadas palavras ou cantar certa música para não dar azar ou provocar desastres
0	1	2	3	4	Tocar pessoas que podem me fazer mal ou passar perto delas
0	1	2	3	4	Fazer qualquer atividade em determinados dias ou horários
0	1	2	3	4	Usar roupas de certas cores (preto, vermelho, marrom)
0	1	2	3	4	Andar em determinados lugares (cemitérios, funerárias, casas de santo) com medo de que provoquem azar
0	1	2	3	4	Usar determinados objetos que podem dar azar
0	1	2	3	4	Encontrar-me com certas pessoas, vê-las na TV ou olhar sua fotografia, com medo de azar

Outros medos supersticiosos: \_\_\_\_\_

---

---

### G. OBSESSÕES E COMPULSÕES POR OEDEM, SEQÜÊNCIA, SIMETRIA, EXATIDÃO OU AUNHAMENTO

#### Compulsão

(Marque o grau de desconforto que sentiria caso tivesse que deixar de fazer o ritual ou fosse impedido de realizá-lo, ou para o grau de aflição que sente nas situações descritas ou quando as coisas estão fora de lugar.)

Tenho preocupação excessiva com ordem, simetria, alinhamento ou exatidão ou com que as coisas estejam "no lugar certo", por isso:

0	1	2	3	4	Necessito manter a minha casa e meus objetos perfeitamente em ordem
0	1	2	3	4	Evito usar salas, banheiros, escritórios que não tenham sido arrumados
0	1	2	3	4	Faço as coisas de certa maneira, em determinada ordem ou da forma "correta"
0	1	2	3	4	Acho que as coisas têm que estar no seu devido lugar
0	1	2	3	4	Os objetos sobre a minha escrivaninha ou no meu quarto necessitam estar arrumados de uma certa maneira
0	1	2	3	4	Alinho papéis, objetos, livros, roupas em certa ordem, para que estejam no lugar "certo"
0	1	2	3	4	Mesmo quando faço algo com muito cuidado, tenho medo de que possa não estar totalmente certo ou de que tenha falhas
0	1	2	3	4	Perturbo-me se os objetos não estão no lugar certo, não estão arrumados apropriadamente ou não estão alinhados
					Perturbo-me se certas coisas não estão simétricas: quadros na parede, laços

0	1	2	3	4	do pacote de presentes, laços do cadarço dos sapatos, os lados da colcha da cama as cadeiras ao redor da mesa, as roupas no corpo
0	1	2	3	4	Alinho de fonna exagerada os pratos e talheres na mesa ou a comida no prato
0	1	2	3	4	Tenho de repetir as coisas várias vezes até ter certeza de que está tudo certo ou como deve ser
0	1	2	3	4	Preocupo-me em dizer as coisas de forma perfeita
0	1	2	3	4	Tenho que ler e reler um documento, para evitar que escape algo
0	1	2	3	4	Faço as tarefas muito devagar ou de forma repetida, para que não ocorram erros
0	1	2	3	4	Não consiQo deixar uma tarefa incompleta
0	1	2	3	4	Evito olhar certas peças da casa, para não perceber que as coisas estão fora de lugar
0	1	2	3	4	Sinto-me obrigado(a) a seguir determinada seqüência ao vestir-me, ao despir-me, ao escovar os dentes, ao chegar em casa, ao tomar banho ou ao deitar etc., que deve ser sempre a mesma
0	1	2	3	4	Essas obsessões são acompanhadas por pensamentos supersticiosos (preocupação com a possibilidade de que aconteça algum acidente com alguém da famflia, a menos que as coisas estejam no local exato ou alinhados)

Outras = -----  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observação: As compulsões por simetria, ordem ou alinhamento muitas vezes são realizadas apenas para que as coisas estejam "certas", alinhadas, "no lugar correto" ou para que as tarefas fiquem "completas", sem que sejam precedidas por um pensamento ou por um medo, mas apenas por sensação física de desconforto.

#### H. OBSESSÕES E COMPULSÕES POR POUPAR, ARMAZENAR OU GUARDAR OBJETOS SEM UTIUADE E DIFICULDADE EM DESCARTÁ-LOS (COLECIONISMO)

(Marque o grau de dificuldade ou desconforto que sentiria caso não pudesse fazer as compulsões descritas ou fosse impedido de realizá-las.)

0	1	2	3	4	Guardo coisas inúteis, como embalagens vazias, cartões de telefone usados, revistas ou jornais velhos, sucatas, notas fiscais antigas, anúncios, cartões postais ou correspondências sem valor afetivo
0	1	2	3	4	Guardo eletrodomésticos que não têm conserto, roupas e sapatos que não serão mais usados etc.
0	1	2	3	4	Tenho muita dificuldade de me desfazer de coisas sem utilidade, de colocá-las no lixo ou de doá-las
0	1	2	3	4	Muitos espaços na minha casa, como peças, armários, despensa, corredores, estão atravancados por objetos, papéis ou coisas inúteis, das quais não consiQo me desfazer
0	1	2	3	4	Armazeno demais alimentos ou outros itens, mais do que tenho condições de consumir ou usar
0	1	2	3	4	Evito usar coisas novas e deixo-as guardadas, sem usá-las
0	1	2	3	4	Junto coisas sem utilidade na rua, em ferros-velhos, o no lixo, etc.
0	1	2	3	4	Tenho muita dificuldade de pôr fora objetos, com medo de acidentalmente estar pondo fora coisas importantes

0	1	2	3	4	Tenho um grande apego a objetos que não têm utilidade alguma
0	1	2	3	4	Tenho preocupação excessiva em poupar e sofro quando tenho que gastar, mesmo sendo necessário e tendo dinheiro disponível
0	1	2	3	4	Controlo excessivamente e sem necessidade meus gastos e os de minha família além de ficar muito irritado(a) quando alguém alguma coisa
0	1	2	3	4	Estou constantemente fazendo contas, revisando saldos bancários e talões de cheques, para certificar-me de que minha poupança aumentou
0	1	2	3	4	Leio cuidadosamente correspondência inútil ou tenho que ler todo o jornal, mesmo que os assuntos não me interessem
0	1	2	3	4	Difícilmente deleto e-mails e ligações ou mensagens do meu celular e minha caixa postal está sempre cheia

## I. OBSESSÕES E COMPULSÕES SOMÁTICAS

### Obsessões

(Marque o grau de desconforto que sente quando estes pensamentos ou medos invadem a sua cabeça.)

Tenho medo ou preocupação excessiva :

0	1	2	3	4	De vir a ter uma doença grave
0	1	2	3	4	De que possa ter uma doença grave que não foi diagnosticada
0	1	2	3	4	De que certas partes do meu corpo ou algum aspecto da minha aparência sejam feios (transtorno dismórfico corporal)
0	1	2	3	4	De que certas partes do meu corpo sejam muito pequenas ou muito grandes, ou de que sejam desfiguradas ou assimétricas

### Compulsões

(Marque o grau de dificuldade ou de desconforto que sentiria se não pudesse fazer os rituais.)

0	1	2	3	4	Verifico demasiadamente minha aparência no espelho
0	1	2	3	4	Demoro muito tempo para escolher a roupa adequada
0	1	2	3	4	Questiono muito os outros sobre minha aparência
0	1	2	3	4	Repito muito exames e consultas médicas para a verificação de possíveis sintomas de doenças
0	1	2	3	4	Reviso muito minha pele (espinhas, sinais), para ver se ela está feita

## J. REPETIÇÕES, CONTAGENS E COMPULSÕES MENTAIS

### Compulsões

(Marque o grau de dificuldade ou de desconforto que sentiria se não pudesse fazer os rituais.)

0	1	2	3	4	Atraso-me com o trabalho, pois repito certas tarefas várias vezes
0	1	2	3	4	Prefiro reler ou reescrever repetidamente parágrafos ou páginas
0	1	2	3	4	Preciso repetir atividades rotineiras: entrar e sair de um lugar, sentar e levantar da cadeira, passar o pente nos cabelos, amarrar e desamarrar o cadarço dos sapatos, tirar e colocar uma peça de roupa
0	1	2	3	4	Tenho que tocar em objetos, móveis ou paredes um determinado número de vezes
0	1	2	3	4	Preciso fazer ao contrário um movimento que recém fiz

0	1	2	3	4	Tenho de contar enquanto estou fazendo algo
0	1	2	3	4	Tenho de repetir certas palavras ou frases um determinado número de vezes
0	1	2	3	4	Tenho de fazer uma tarefa um determinado número de vezes

Qual: \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	Necessito rezar em certo horário ou um determinado número de vezes
0	1	2	3	4	Preciso rezar para anular maus pensamentos ou sentimentos
0	1	2	3	4	Tenho de repetir uma palavra "boa" para anular um pensamento ou palavra "ruim"
0	1	2	3	4	Tenho que memorizar fatos ou informações, filmes, nomes de artistas e fico aflito se não consigo lembrar
0	1	2	3	4	Preciso repassar repetidamente situações passadas, para lembrar-me delas perfeitamente
0	1	2	3	4	Preciso repetir certa seqüência de palavras ou de números
0	1	2	3	4	Preciso repetir certas palavras ou frases ao contrário

Quais: \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	Faço algumas dessas repetições ou contagens acreditando que, com isso, evito _ue ai_o de muito ruim ossa acontecer
---	---	---	---	---	--

Quais: \_\_\_\_\_

## K. OBSESSÕES DIVERSAS

### Obsessões

(Marque o grau de desconforto que sente quando esses pensamentos, imagens ou medos invadem a sua cabeça.)

0	1	2	3	4	Tenho a necessidade de saber ou de ficar lembrando nomes de pessoas, artistas, cantores, ou conteúdo de anúncios luminosos, letreiros, placas de carro, etc.
0	1	2	3	4	Tenho medo excessivo de dizer certas coisas ou palavras de forma errada ou esquecendo detalhes
0	1	2	3	4	Tenho medo excessivo de perder coisas
0	1	2	3	4	Tenho medo excessivo de cometer erros
0	1	2	3	4	Minha mente é invadida por certas imagens (não-violentas)

Quais: \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	Minha mente é invadida por sons, palavras ou músicas sem sentido
---	---	---	---	---	--

Quais: \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	Faço contagens sem uma razão especial
0	1	2	3	4	Preocupo-me demasiadamente com certas funções corporais: respiração, deglutição, piscar de olhos, irregularidades nos dentes
0	1	2	3	4	Certos sons ou barulhos (relógio, buzinas, sons de carros) me incomodam muito, e não consigo deixar de prestar atenção neles

## L. COMPULSÕES DIVERSAS

(Marque o grau de dificuldade ou de desconforto que sentiria se não pudesse fazer os rituais.)

**Necessito:**

0	1	2	3	4	Fazer listas, mesmo de atividades rotineiras, que se repetem todos os dias da semana
0	1	2	3	4	Tocar bater de leve ou roçar em objetos, móveis, paredes
0	1	2	3	4	Olhar fixamente ou para os lados, estalar os dedos ou as articulações (juntas) dos ossos do corpo

**M. COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO TOC**

(Marque o grau de dificuldade ou de desconforto se fosse impedido de fazer os rituais.)

0	1	2	3	4	Tenho tiques motores (piscar os olhos, movimentar a cabeça, os ombros) ou vocais (emitir um som, pigarrear)
0	1	2	3	4	Arranco cabelos, pêlos pubianos, fios das sobrancelhas, pêlos das axilas
0	1	2	3	4	Tenho o hábito de roer unhas morder as cutículas
0	1	2	3	4	Realizo automutilações: tenho o hábito de me beliscar, mexer nos olhos com força
0	1	2	3	4	Tenho o hábito de coçar a cabeça, cutucar os dentes com a língua, espremer espinhas de forma excessiva
0	1	2	3	4	Tenho o hábito de comprar compulsivamente (por impulso, sem planejamento prévio e geralmente, sem necessidade)

**N. SINTOMAS NÃO APRESENTADOS NA LISTA**

Transcreva nas linhas abaixo obsessões, compulsões ou evitações que, porventura, não constaram na lista: -----

---

---

---

---

## **ANEXO B: Lista de exercícios de exposição**

### **A - OBSESSÕES**

#### **A1. Preocupo-me demais com limpeza, germes, contaminação ou sujeira.**

- **Nível inicial**
  - Ficar com a mão no chão da calçada por 5 minutos
  - Tirar o lixo de casa sem usar luvas
  - Passar a mão no chão e colocar no rosto
  - Passar a mão no corrimão do ônibus
- **Nível avançado**
  - Colocar a mão no lixo de casa
  - Segurar um guardanapo usado por 10 minutos
  - Colocar a mão em algum lugar que você considere sujo ou contaminado e permanecer por 10 minutos

#### **A2. Tenho medo excessivo de contaminar as pessoas da minha família com germes ou com sujeira trazidos da rua**

- **Nível inicial**
  - Cumprimentar alguém da família logo depois de chegar da rua
  - Emprestar algum objeto seu (que parece contaminado) para alguém da família
- **Nível avançado**
  - Abraçar alguém da família logo depois de chegar da rua
  - Dividir um copo de água com alguém da família

#### **A3. Certas substâncias me provocam repugnância ou nojo acentuado (carne, geléias, colas, esperma)**

- **Nível inicial**
  - Passar cola na ponta dos dedos da mão
  - Pegar geleia com a ponta dos dedos
- **Nível avançado**
  - Manusear um preservativo aberto (não usado) por 10 minutos
  - Manusear um pedaço de carne crua por 10 minutos

\*Nesta exposição você não precisa entrar em contato direto com esperma por exemplo. Por isso, sugerimos o uso do preservativo.

#### **A4. Preocupo-me demais com produtos de limpeza, venenos, solventes, lubrificantes domésticos**

- **Nível inicial**
  - Segurar a embalagem do produto por 5 minutos
  - Deixar a embalagem do produto na cabeceira da cama ao dormir
  - Deixar a embalagem do produto aberta durante 10 minutos perto de você
- **Nível avançado**
  - Utilizar um destes produtos usando luvas e não lavar as mãos depois

\*É importante não se expôr a estas substâncias em um nível tóxico.

#### **A5. Preocupo-me demais com insetos**

- **Nível inicial**

- Se for um inseto possível de encontrar observá-lo continuamente por 5 minutos
- Pedir para alguém colocar o inseto em um vidro e segurar o vidro por 5 minutos
- **Nível intermediário**
  - Ficar no mesmo ambiente que os insetos soltos por 10 minutos
  - Tocar no inseto, se não for venenoso, pelo menos 3 vezes, e se possível, permanecer encostando por 1 minuto cada vez
  - Dormir imaginando que os insetos estão pelo quarto

\* Se for um inseto impossível de encontrar: fazer os passos acima mentalmente;

#### **A6. Preocupo-me demais por ter estado num hospital, cemitério ou visto uma pessoa morta**

- **Nível inicial**
  - Passar perto de um hospital, cemitério, ou acidente de trânsito
  - Parar na entrada de um hospital ou cemitério
  - Ver fotos de pessoas que já morreram
- **Nível avançado**
  - Entrar na recepção de um hospital e permanecer por 10 minutos
  - Dar uma volta no cemitério olhando fotos nos túmulos, por 10 minutos

#### **A7. Minhas roupas estão contaminadas porque eu toquei numa pessoa que eu não gosto, ou em lugares que essa pessoa tocou ou esteve**

- **Nível inicial**
  - Cumprimentar uma pessoa que você não gosta
  - Sentar no mesmo lugar que uma pessoa que você não gosta estava sentada
- **Nível avançado**
  - Abraçar uma pessoa que você não gosta
  - Dividir um copo de água ou algo parecido com uma pessoa que você não gosta

#### **A8. Sinto-me contaminado porque toquei no lixo, em dinheiro ou em certas pessoas**

- **Nível inicial**
  - Colocar a mão na lata de lixo e permanecer por 5 minutos
  - Segurar uma nota de dinheiro usada por 5 minutos
  - Cumprimentar uma pessoa que você acredita que poderia lhe contaminar
- **Nível avançado**
  - Pegar um objeto no fundo do lixo da sua casa
  - Encostar uma nota de dinheiro usada no seu rosto
  - Abraçar uma pessoa que você acredita que poderia lhe contaminar, se não for possível cumprimentar de forma mais longa, usando as duas mãos

### **A – COMPULSÕES**

#### **A9. Envolver-me demais na limpeza da casa ou dos objetos (móveis, chão, talheres, louças, chaves do carro, carteira, bolsa, etc.).**

- **Nível inicial**
  - Não limpar a casa, não lavar a louça, não limpar objetos, não organizar a carteira ou bolsa por 1 dia
  - Quando for limpar ou arrumar a casa, deixar pela metade e terminar no outro dia
- **Nível avançado**
  - Limpar e organizar a casa apenas uma vez por semana
  - Lavar a louça apenas uma vez, sem lavar de novo logo após ter lavado

**A10. Lavo minhas mãos por mais tempo e com maior frequência do que o necessário**

- **Nível inicial**
  - Marcar o tempo que você gasta lavando as mãos e reduzir esse tempo pela metade nas próximas vezes
  - Contar quantas vezes você lava as mãos por dia, e reduzir pela metade esse número nos próximos dias
- **Nível avançado**
  - Lavar as mãos somente antes das refeições
  - Lavar a louça apenas uma vez, sem lavar de novo logo após ter lavado ta errado esse item

**A11. Lavo demais as minhas roupas ou as da minha família (sempre que chego da rua, venho de um hospital ou cemitério ou passo perto de certas pessoas);**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você lava as roupas durante a semana, e reduzir pela metade esse número nos próximos dias
  - Não lavar as roupas logo após chegar da rua/cemitério/hospital e etc.
- **Nível avançado**
  - Ir a um hospital/cemitério/lugares que você não se sente bem e, quando chegar em casa, ficar com a mesma roupa até a hora de dormir
  - Ir a um hospital/cemitério/lugares que você não se sente bem e no dia seguinte usar a mesma roupa para ir trabalhar

**A12. Uso demais a máquina de lavar, sabão, sabonetes, detergentes ou álcool**

- **Nível inicial**

Medir a quantidade de sabão/sabonetes/detergente/álcool que você gasta por semana e reduzir essa quantidade pela metade nos próximos dias
- **Nível avançado**
  - Perguntar quanto de sabão/detergente as pessoas que você conhece usam (familiares, vizinhos, conhecidos) e tentar usar a menor quantidade entre eles
  - Ensaboar o corpo apenas uma vez durante o banho
  - Usar álcool apenas se for um requisito do seu local de trabalho (exemplo: hospitais, restaurantes, etc)

**A13. Lavo as coisas que trago do supermercado antes de colocar na geladeira (caixas de leite, latas de conserva ou de cerveja, garrafas de refrigerantes);**

- **Nível inicial**
  - Passar apenas um pano úmido antes de guardar as compras do supermercado
  - Não lavar as garrafas de refrigerante
- **Nível avançado**
  - Não limpar nenhuma embalagem antes de guardar na geladeira, exceto se houver sujeira **evidente**

**A14. Tenho que desinfetar ou lavar coisas que trago da rua antes de pô-las em uso (exceto louças, talheres);**

- **Nível inicial**
  - Passar apenas um pano úmido sem desinfetar
- **Nível avançado**
  - Não limpar as coisas trazidas da rua, exceto se mostrarem sujeira **evidente**

**A15. Demoro muito no banho, me esfrego demais ou tomo o banho de forma**

**ritualizada;**

- **Nível inicial**
  - Medir o tempo que gasta no banho e reduzir esse tempo pela metade
  - Trocar a ordem dos elementos do banho
- **Nível avançado**
  - Passar xampu e ensaboar o corpo apenas uma vez durante o banho
  - Não esfregar
  - Variar a ordem dos elementos todos os dias

**A16. Necessito demasiadamente me desinfetar ou desinfetar os outros**

- **Nível inicial**
  - Lavar as mãos ou tomar banho sem desinfetar
- **Nível avançado**
  - Não desinfetar a si e aos outros

**A17. Obrigo os demais membros da família a fazer as coisas acima descritas**

- **Nível inicial**
  - Lavar as mãos ou tomar banho sem desinfetar
- **Nível avançado**
  - Não desinfetar a si e aos outros

**A18. Escovo os dentes de forma excessiva ou ritualizada;**

- **Nível inicial**
  - Observar o tempo gasto escovando os dentes e reduzir pela metade
  - Não escovar os dentes após uma refeição
  - Mudar a ordem da escovação
- **Nível avançado**
  - Escovar apenas duas vezes cada região (uma vez com pasta e outra sem)
  - Escovar os dentes de 3 a 4 vezes por dia
  - Escovar os dentes mudando a ordem todos os dias

**A19. Separo sempre as roupas limpas das usadas**

- **Nível inicial**
  - Dobrar as roupas usadas e guardar no roupeiro
  - Deixar as roupas usadas próximas das roupas limpas

**Nível avançado**

- Colocar as roupas usadas junto com as limpas no roupeiro
- Misturar as roupas de forma que não lembre quais as usadas e quais as limpas

**A20. Jogo fora bolsas, carteiras, roupas, sapatos por considerá-los contaminados ou**

**sujos;**

- **Nível inicial**
  - Limpar os objetos e não jogar fora
  - Deixar os objetos em um canto na sala ou cozinha
- **Nível avançado**
  - Escolher um destes objetos e voltar a usar constantemente
  - Não jogar fora nenhum objeto considerado sujo ou contaminado. Voltar a Usar estes objetos eventualmente

**A21. Tenho que lavar as louças ou os talheres novamente, antes de usá-los;**

- **Nível inicial**

- Passar apenas um pano nos talheres antes de usar
- **Nível avançado**
  - Não limpar nem lavar os talheres novamente antes de usar

**A22. Tenho toalha ou sabonete só para mim e não permito que ninguém os toque ou use;**

- **Nível inicial**
  - Permitir que alguém maneje a sua toalha ou sabonete por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Permitir que outras pessoas usem a sua toalha e o sabonete

**A23. Uso luvas ou papel para evitar o contato direto com objetos ou pessoas;**

- **Nível inicial**
  - Aproximar a mão de objetos considerados contaminados sem usar luvas ou papel 2 vezes por dia
  - Colocar a mão no ombro de um amigo ou colega sem usar luvas ou papel 2 vezes por dia
- **Nível avançado**
  - Cumprimentar um amigo ou colega, sem usar luvas 3 vezes por dia
  - Segurar ou tocar em um objeto considerado contaminado sem usar luvas ou papel 3 vezes por dia

**A24. Verifico seguidamente se não há sinais de sujeira ou contaminação (pó nas prateleiras, fezes de ratos no pátio);**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você verifica sinais de sujeira e contaminação nos ambientes, e reduzir esse número pela metade
  - Deixar que outra pessoa verifique os sinais de sujeira e contaminação nos ambientes
- **Nível avançado**
  - Passar pelos ambientes que você geralmente verificava, mas sem verificá-los
  - Limpar os ambientes sem se deter mais tempo em lugares que você considera mais sujos ou contaminados no máximo 1 vez por semana,

**Tenho de lavar as mãos sempre que:**

**A25. Toco em dinheiro ou leio o jornal**

- **Nível inicial**
  - Tocar com a ponta dos dedos em uma nota de dinheiro usada por 5 minutos e não lavar as mãos por 5 minutos
  - Tocar com a ponta dos dedos em um jornal por 5 minutos e não lavar as mãos por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Pegar uma nota de dinheiro entre as mãos durante 5 minutos e não lavar as mãos por 10 minutos, depois 30 minutos, depois 1 hora...
  - Pegar um jornal entre as mãos durante 5 minutos e não lavar as mãos por 10 minutos, depois 30 minutos, depois 1 hora...

**A26. Cumprimento certas pessoas;**

- **Nível inicial**
  - Cumprimentar algum desconhecido e não lavar a mão por 5 minutos
  - Cumprimentar um amigo e não lavar a mão por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Cumprimentar pessoas que lhe deixam com vontade de lavar a mão e não lavar a mão por 10 minutos, depois 30 minutos, depois 1 hora...
  - Cumprimentar longamente (ex: segurando a mão) de pessoas que lhe deixam com vontade de lavar as mãos e não lavar as mãos por 10 minutos, depois 30 minutos, depois 1 hora...

### **A27. Uso telefone público (ou semelhante) ou computador;**

- **Nível inicial**
  - Usar algum computador (do trabalho, da faculdade, da escola, etc) e não lavar as mãos por 5 minutos
  - Colocar a mão em um telefone público/parquímetro/placa/poste) por 5 minutos e não lavar as mãos por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Usar algum computador (do trabalho, da faculdade, da escola, etc e não lavar as mãos por 10 minutos, depois 30 minutos, depois uma hora...)
  - Pegar um telefone público e colocá-lo na orelha durante 10 minutos e não lavar a mão por pelo menos 10 minutos, depois 30 minutos, depois 1 hora...

### **A28. Toco no corrimão do ônibus ou de escadas, na maçaneta de porta, na carteira, nas chaves ou na bolsa;**

- **Nível inicial**
  - segurar o corrimão do onibus por 5 minutos e não lavar as maos por 5 minutos
  - Quando pegar na maçaneta de uma porta, procure ficar mais tempo do que o normal (5 minutos) e depois não lave as mãos por pelo menos cinco minutos
  - Ficar segurando a carteira ou as chaves, ou mexendo na bolsa durante 5 minutos (e depois não lavar as mãos por pelo menos 5 minutos)
- **Nível avançado**
  - Ao pegar ônibus, segure no corrimão durante a viagem toda (e não lave as mãos por 30 minutos, depois uma hora...)
  - Abra portas normalmente e não lave as mãos por 30 minutos (depois uma hora...)
  - Ficar segurando a carteira ou as chaves, ou mexendo na bolsa durante 10 minutos (e depois não lavar as mãos por meia hora, depois uma hora...)

### **A29. Chego da rua;**

- **Nível inicial**
  - Ao chegar da rua, não lave imediatamente as mãos. Apenas após 5 minutos.
  - Ao chegar da rua, procure fazer outras coisas ao invés de lavar as mãos (por exemplo, ligar a televisão ou o computador)
- **Nível avançado**
  - Ao chegar da rua, não lave as mãos durante 10 minutos (depois trinta minutos, depois uma hora...)
  - Ao chegar da rua, tome um copo de água, ou coma alguma coisa sem lavar as mãos

### **A30. Outras situações**

- Seguir a lógica das exposições anteriores. Em geral, você deve entrar em contato com aquilo que tem nojo ou aversão e não lavar as mãos por um período cada vez mais espaçado de tempo.

## **A - EVITAÇÕES**

### **A31. Coisas que eu considero sujas, em objetos que contenham pó, em resíduos ou no lixo doméstico;**

- **Nível inicial**
  - Tocar em um tênis sujo por 5 minutos
  - Tocar em um objeto cheio de pó por 5 minutos
  - Tocar no lado de fora da sacola de lixo doméstico por 5 minutos

- **Nível avançado**
  - Segurar um tênis sujo com a mão toda por 10/15 minutos
  - Tocar em um objeto cheio de pó por 10/15 minutos
  - Colocar a mão dentro do lixo doméstico por 10/15 minutos

### **A32. Maçanetas;**

- **Nível inicial**
  - Segurar a maçaneta de casa por 5 minutos
  - Segurar a maçaneta do trabalho ou da casa de um amigo por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Segurar a maçaneta do banheiro de um restaurante por 10 minutos
  - Segurar a maçaneta de um banheiro público por 10 minutos

### **A33. Torneiras, tampas de vaso de banheiro (sem usar papel), trincos, torneiras e portas de banheiros públicos;**

- **Nível inicial**
  - Ficar com a mão na tampa do vaso da sua casa por 5 minutos
  - Ficar com a mão na torneira de um banheiro público por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Ficar com a mão na tampa do vaso de um banheiro público por 10 minutos
  - Ficar com a mão na porta de um banheiro público por 10 minutos

### **A34. Corrimãos, pegador do ônibus;**

- **Nível inicial**
  - Ficar com a mão no corrimão de uma escada no trabalho/faculdade/escola por 5 minutos
  - Ficar com a mão no pegador do ônibus por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Ficar com a mão em corrimão de escada pública ou no corrimão da escada rolante de algum lugar por 10/15 minutos
  - Ficar com a mão no pegador do ônibus a viagem toda

### **A35. Teclados de computador, telefones públicos;**

- **Nível inicial**
  - Usar algum computador (do trabalho, da faculdade, da escola, etc) por pelo menos 5 minutos
  - Colocar a mão em um telefone público ou algo semelhante durante 5 minutos (por exemplo, um parquímetro, ou uma placa, ou um poste)
- **Nível avançado**
  - Usar algum computador (do trabalho, da faculdade, da escola, etc) durante 10 minutos
  - Pegar um telefone público e colocá-lo na orelha durante 10 minutos

### **A36. Interruptores de luz, do elevador;**

- **Nível inicial**
  - Ficar com o dedo em um interruptor de luz em casa por 5 minutos
  - Ficar com o dedo no botão do elevador do seu apartamento ou trabalho por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Ficar com o dedo em um interruptor de luz em algum lugar público por 10 minutos
  - Ficar com o dedo no botão do elevador de algum prédio público por 10 minutos

### **A37. Manchas (na mesa, sofá, cadeiras, na rua);**

- **Nível inicial**
  - Colocar o dedo em uma mancha na mesa, no sofá, numa cadeira na sua casa por 5 minutos
  - Colocar o dedo em uma mancha em algum poste na rua, por 5 minutos

- **Nível avançado**
  - Colocar a mão inteira em uma mancha numa cadeira ou assento público (ex: bancos de praça) por 10 minutos
  - Colocar a mão inteira em uma mancha no chão da rua (na calçada, no asfalto) por 10 minutos

**A38. Resíduos ou secreções corporais (urina, fezes, saliva, sangue, esperma);**

- **Nível inicial**
  - Após usar o banheiro, observar sua urina ou fezes por 5 minutos
  - Cuspir na pia do banheiro e observar sua saliva por 5 minutos
  - Ver fotos de sangue na Internet por 5 minutos; Colocar ketchup na mão por 5 minutos
  - Manusear um preservativo aberto (não usado) por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Ir a um médico e solicitar um exame de fezes e de urina (o médico lhe indicará o procedimento)
  - Colocar saliva na sua própria mão e deixar por 10 minutos
  - Fazer uma coleta ou doação de sangue; pedir para a enfermeira para pingar algumas gotas de sangue na sua mão
  - Manusear com ambas as mãos um preservativo aberto (não usado) por 10 minutos

**A39. Substâncias viscosas (colas, gelatinas, geleias, carne);**

- **Nível inicial**
  - Enconstar com a ponta dos dedos na substância por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Manusear a substância com ambas as mãos por 10 minutos

**A40. Caixas ou tubos de venenos domésticos (inseticidas, raticidas);**

- **Nível inicial**
  - Segurar a caixa ou tubo de um veneno doméstico por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Segurar a caixa ou tubo de um veneno doméstico por 10/15 minutos

**A41. Em outras pessoas com medo de contrair doenças (mendigos, pessoas com câncer, homossexuais) ou de que passem algo de ruim;**

- **Nível inicial**
  - Ficar perto de um mendigo/homossexual/pessoa com câncer por 5 minutos
  - Tocar no ombro de um mendigo/homossexual/pessoa com câncer
- **Nível avançado**
  - Dar um aperto de mão em um mendigo/homossexual/pessoa com câncer
  - Dar um abraço em um mendigo/homossexual/pessoa com câncer

**A42. Em animais domésticos (cães, gatos).**

- **Nível inicial**
  - Ficar com a mão em um lugar onde um cachorro ou gato dormiu
  - Pegar o pote de comida/água do cachorro ou gato
  - Tocar no pelo do cachorro ou gato
- **Nível avançado**
  - Fazer carinho no cachorro ou gato
  - Deixar que o cachorro lamba sua mão

\*Importante: Este item está relacionado ao nojo ou aversão a tocar em animais domésticos como cães e gatos. Não ao MEDO destes. Se você tem medo deles, o tratamento é outro.

**A43. Sentar em assentos de coletivos ou bancos de praças, ou outros lugares públicos;**

- **Nível inicial**
  - Ficar com a mão em um assento ou banco público por 5 min
- **Nível avançado**
  - Sentar em um assento ou banco público por 15 minutos
  - Ler um livro/revista em um assento ou banco público por 30 minutos

**A44. Entrar em casa com os sapatos usados na rua;**

- **Nível inicial**
  - Deixar os sapatos na frente da porta (mas do lado de dentro)
  - Deixar os sapatos na cozinha, no quarto, etc
- **Nível avançado**
  - Não tirar os sapatos ao entrar em casa
  - Caminhar com o sapato usado na rua por todos os cômodos da casa

**A45. Entrar em casa e não lavar as mãos imediatamente;**

- **Nível inicial**
  - Quando chegar em casa, lavar as mãos apenas após 5 minutos
  - Quando chegar em casa, tomar um copo de água antes de lavar as mãos
- **Nível avançado**
  - Quando chegar em casa, comer alguma coisa antes de lavar as mãos
  - Quando chegar em casa, lavar as mãos somente após 15 minutos (depois 30 minutos, depois 1 hora...)

**A46. Sentar-me em sofás, camas ou cadeiras ao chegar da rua sem antes trocar de**

**roupa;**

- **Nível inicial**
  - Ao chegar em casa, sentar na cadeira da cozinha sem trocar de roupa por 5 minutos
  - Ao chegar em casa, sentar na cadeira para usar o computador por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Ao chegar em casa, deitar no sofá sem trocar de roupa para assistir TV por 15/20 minutos
  - Ao chegar em casa, deitar na cama sem trocar de roupa, para assistir algum programa, ler um livro ou conversar, por 15/20 minutos

**A47. Usar banheiros públicos, mesmo que estejam perfeitamente limpos;**

- **Nível inicial**
  - Entrar e sair de um banheiro público
  - Lavar as mãos em um banheiro público
- **Nível avançado**
  - Utilizar o vaso sanitário de um banheiro público entre uma e três vezes por semana

**A48. Frequentar hospitais e clínicas ou andar em certos lugares com medo de contrair**

**doenças;**

- **Nível inicial**
  - Passar na porta de um hospital ou clínica
  - Entrar no saguão de um hospital ou clínica
- **Nível avançado**
  - Tomar um café ou comer alguma coisa no bar de um hospital ou clínica
  - Sentar para ler um livro nos bancos de um hospital ou clínica
  - Usar o banheiro de um hospital ou clínica

**A49. Ir ao cemitério;**

- **Nível inicial**

- Passar na frente de um cemitério
- Ficar 5 minutos parado na entrada do cemitério
- **Nível avançado**
  - Dar uma volta de 10 minutos no cemitério
  - Tocando em uma lápide de cemitério por 10 minutos

**A50. Entrar em casa sem trocar as roupas imediatamente;**

- **Nível inicial**
  - Ao entrar em casa, não trocar de roupa por 5 minutos
  - Ao entrar em casa, fazer alguma outra coisa breve (por exemplo, fazer uma ligação ou fazer uma lista para o mercado) antes de trocar de roupa
- **Nível avançado**
  - Ao entrar em casa, não trocar de roupa por 15 minutos (depois 30 minutos, depois uma hora...)
  - Ao entrar em casa, fazer alguma outra atividade mais longa (por exemplo, ler o jornal, ou assistir algum programa de TV) antes de trocar de roupa

**A51. Jantar em um restaurante sem antes verificar se a louça ou os talheres estão limpos ou sem antes passar o guardanapo;**

- **Nível inicial**
  - Jantar em um restaurante e passar o guardanapo apenas na louça **ou** apenas nos talheres
  - Jantar em um restaurante e verificar a limpeza apenas da louça **ou** apenas dos talheres
- **Nível avançado**
  - Jantar em um restaurante e não passar o guardanapo na louça nem nos talheres
  - Jantar em um restaurante e não verificar se louça e talheres estão limpos, simplesmente usá-los

**A52. Usar a louça de casa sem antes lavá-la novamente;**

- **Nível inicial**
  - Ao invés de lavar a louça novamente, passar apenas uma água
  - Ao invés de lavar a louça novamente, passar apenas um pano
- **Nível avançado**

Não lavar a louça novamente antes de utilizá-la. Lembre-se: Ela já foi lavada anteriormente, e isso é suficiente.

**A53. Usar certas roupas ou objetos pessoais “contaminados” (bolsas, carteiras, chaves, celular);**

- **Nível inicial**
  - Tocando em um objeto que você considera contaminado (por exemplo, bolsa ou carteira) por 5 minutos
  - Segurar um objeto que você considera contaminado (chaves, celular) por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Segurar um objeto que você considera contaminado por 15/20 minutos (ou outro exemplo: falar no celular por 10 minutos, com ele encostando no seu rosto)
  - Usar o dia inteiro uma roupa que você considera contaminada

**A54. Tenho muito medo de entrar em contato com contaminantes ambientais (lixo radioativo, radiação, conservantes, lixo tóxico) e por esse motivo estou sempre tomando cuidados;**

- **Nível inicial**
  - Segurar uma pilha por 5 minutos, todos os dias

- Desenhe o símbolo de “radioativo” em alguma embalagem e fique segurando ela, imaginando que há conteúdo radioativo dentro dela
- **Nível avançado**
  - Mexa no seu lixo por 10 minutos
  - Não fique tomando cuidados para não entrar em contato com produtos radioativos. Eles não ficam expostos em qualquer lugar.

**A55. Pisar em manchas suspeitas na rua (sangue, fezes).**

- **Nível inicial**
  - Ficar parado do lado de uma mancha suspeita na rua por 5 minutos
  - Pisar em uma mancha suspeita na rua por 5 minutos
- **Nível avançado**
  - Andar na rua procurando manchas suspeitas e pisando nelas
  - Escolher uma mancha muito suspeita e pisar nela por 15 minutos

## **B - OBSESSÕES**

**B1. Fechei ou não portas, janelas, gás, fogão, geladeira, torneiras;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você verifica essas coisas por dia e reduzir esse número pela metade
  - Verificar apenas uma vez essas coisas
- **Nível avançado**
  - Não fazer esse tipo de verificação, mesmo que você fique em dúvida

**B2. Desliguei os eletrodomésticos (antes de sair de casa, antes de deitar);**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você verifica os eletrodomésticos por dia e reduzir esse número pela metade
  - Verificar os eletrodomésticos apenas uma vez antes de sair de casa e uma vez antes de deitar
- **Nível avançado**
  - Não verificar se você desligou os eletrodomésticos antes de sair de casa nem antes de dormir, mesmo que fique em dúvida

**B3. Fechei bem as portas e os vidros do carro depois de estacioná-lo;**

- **Nível inicial**
  - Verificar quantas vezes você faz isso a cada vez que sai do carro, e reduzir esse número pela metade
- **Nível avançado**
  - Depois que você fechou os vidros e as portas do carro, não conferir para ver se realmente estão fechadas

**B4. Compreendi completamente o parágrafo ou a página que li, a aula ou o filme a que assisti;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver dúvidas se entendeu o parágrafo ou a página que leu, reler apenas uma vez
- **Nível avançado**
  - Quando tiver dúvidas se entendeu o parágrafo ou a página que acabou de ler. Observe o resultado. Se você leu com atenção, não é necessário reler. (Exceto quando o assunto for muito complicado)
  - Quando tiver dúvidas se entendeu uma aula ou filme, comente com um colega e observe o resultado

### **B5. Fiz ou não a coisa certa;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, tente pensar somente uma vez se fez ou não a coisa certa. Tire uma conclusão do tipo “sim, fiz a coisa certa” ou “não, não fiz a coisa certa” e fique com ela.
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se fez ou não a coisa certa, faça isso apenas uma vez
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se fez ou não a coisa certa. Simplesmente pense: “o que passou, passou”, e se envolva em outra atividade
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se fez ou não a coisa certa, não faça mais isso

### **B6. Disse ou não ou fiz, alguma coisa errada ou se disse ou não a palavra certa;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, tente pensar somente uma vez se disse ou não a coisa certa. Tire uma conclusão do tipo “sim, disse a coisa certa” ou “não, não disse a coisa certa” e fique com ela
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se disse ou não a coisa certa, faça isso apenas uma vez
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se disse ou não a coisa certa. Simplesmente pense: “o que passou, passou”, e se envolva em outra atividade
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se disse ou não a coisa certa, não faça mais isso

### **B7. Os outros entenderam perfeitamente o que eu disse;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, tente pensar somente uma vez se os outros entenderam ou não o que você disse. Tire uma conclusão do tipo “sim, eles entenderam” ou “não, não entenderam” e fique com ela
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se elas entenderam perfeitamente o que você disse, faça isso apenas uma vez
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se os outros entenderam ou não o que você disse. Simplesmente pense: “o que passou, passou”, e se envolva em outra atividade
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se elas entenderam perfeitamente o que você disse, não faça mais isso

### **B8. Compreendi exatamente o que a pessoa disse;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, tente pensar somente uma vez se compreendeu ou não o que a pessoa disse. Tire uma conclusão do tipo “sim, eu entendi: ela disse tal coisa” ou “não, não entendi” e fique com a conclusão
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se compreendeu ou não o que a pessoa disse, faça isso apenas uma vez
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se entendeu ou não o que outra pessoa disse. Simplesmente pense: “o que passou, passou”, e se envolva em outra atividade
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se você compreendeu o que alguém disse, não faça mais isso

### **B9. Não fiz algo errado (atrolei alguém, disse algo inconveniente);**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, pense apenas uma vez se atropelou ou não alguém (ou se disse algo

- inconveniente)
- Se você costuma voltar várias vezes para ver se realmente atropelou alguém, faça isso apenas uma vez
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se atropelou ou não alguém; se você tivesse atropelado, certamente teria percebido
  - Se você costuma voltar várias vezes para ver se realmente atropelou alguém, não faça mais isso

### **B10. Meu trabalho está sem falhas;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, pense apenas uma vez se o trabalho está sem falhas
  - Se você costuma conferir várias vezes para ter certeza que o trabalho está sem falhas, procure fazer isso apenas duas vezes
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se o trabalho está sem falhas
  - Confira o trabalho somente uma vez, mas com bastante atenção, e não o faça novamente

### **B11. O que pensei não é moralmente condenável;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, pense apenas uma vez se o que pensou é moralmente condenável
  - Imagine-se numa situação moralmente condenável
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se o que você pensou é moralmente condenável. Continue o que você estava fazendo!
  - Escreva num papel uma situação em que você está fazendo algo moralmente condenável e leia 2 ou 3 vezes por dia. Ao final da semana, analise os efeitos disso

### **B12. Minha aparência está perfeita;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, pense apenas uma vez se a sua aparência está perfeita
  - Se você costuma se olhar no espelho repetidas vezes para conferir se sua aparência está perfeita, procure fazer isso apenas duas vezes
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se sua aparência está perfeita
  - Se você costuma se olhar no espelho repetidas vezes para conferir se sua aparência está perfeita, procure se olhar no espelho somente uma vez (e apenas quando estiver saindo para o trabalho ou para algum evento social)

### **B13. As minhas roupas estão perfeitamente ajustadas;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa dúvida, pense apenas uma vez se as suas roupas estão perfeitamente ajustadas
  - Se você costuma conferir repetidas vezes se suas roupas estão bem ajustadas, procure fazer isso apenas duas vezes
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se suas roupas estão bem ajustadas
  - Se você costuma conferir repetidas vezes se suas roupas estão bem ajustadas, procure fazer isso somente uma vez (e apenas quando estiver saindo para o trabalho ou para algum evento social)

### **B14. Portas e janelas, gás, torneiras, fogão e geladeira;**

- **Nível inicial**
  - Conte o número de vezes que você confere essas coisas e reduza esse número gradativamente

- todos os dias, até chegar em apenas uma vez
- Ao invés de conferir com as mãos, apenas olhar, sem tocar
- **Nível avançado**
  - Dê apenas uma breve olhada, de longe, para ver se está tudo fechado
  - Após fechar portas e janelas, gás, torneiras, fogão e geladeira, NÃO conferir nenhuma vez.

### **B15. Interruptores de luz mesmo após tê-los desligado;**

- **Nível inicial**
  - Conte o número de vezes que você confere interruptores de luz e reduza esse número gradativamente todos os dias, até chegar em apenas uma vez
  - Deixe a luz ligada propositalmente por alguns minutos e observe a diferença na lâmpada e no ambiente
- **Nível avançado**
  - Quando se perceber indo conferir se o desligou mesmo o interruptor, olhe para a lâmpada e pense: se não tivesse desligado, a lâmpada estaria ligada
  - Após desligar o interruptor, não conferir mais

### **B16. As coisas que escrevi, para verificar se não cometi nenhum erro;**

- **Nível inicial**
  - Conte o número de vezes que você confere as coisas que escreveu, e reduza esse número gradativamente
  - Cometa um erro propositalmente em algo que escreveu. No dia seguinte releia o trabalho e veja se você encontra o erro
- **Nível avançado**
  - Quando você escrever algo importante (para o trabalho, faculdade), confira apenas uma vez para ver se não cometeu nenhum erro, isso é suficiente
  - Quando você escrever algo sem importância (recados, lembretes, etc) não verifique para ver se cometeu algum erro

### **B17. Documentos, carteira, bolsa, chaves e listas antes de sair de casa;**

- **Nível inicial**
  - Conte o número de vezes que você confere essas coisas e reduza esse número gradativamente todos os dias, até chegar em apenas uma vez
  - Pelo menos uma vez, faça de conta que você está esquecendo de checar alguma dessas coisas. Então pare e observe como se sente.
- **Nível avançado**
  - Uma vez que tenha arrumado suas coisas (documentos, bolsa, carteira, etc), não as cheque novamente.

### **B18. Meus e-mails ou mensagens no meu celular;**

- **Nível inicial**
  - Coloque um aviso sonoro para mensagens e e-mail, assim você saberá toda vez que receber algo novo
- **Nível avançado**
  - Cheque seus e-mails novos no máximo duas vezes por dia (ex: uma vez pela manhã, uma vez pela noite). Se algo chegar nesse meio tempo, você receberá uma notificação. Faça o teste, mande um email para si mesmo e veja como é!
  - Não cheque para ver se chegaram mensagens novas. Quando chegarem, você ouvirá o sinal sonoro de mensagem. Caso aconteça de não escutar, não se preocupe: você provavelmente verá quando for usar o telefone para ligar ou receber uma ligação.

\*Os exercícios acima podem ser desconsiderados em dois casos: 1) seu trabalho depende de ler/responder e-mails ou mensagens. Neste caso, estabeleça uma rotina para que você

verifique apenas quando for necessário (ex: final de semana, não precisa verificar); 2) você está esperando uma notícia importante. Neste caso, também procure não ficar conferindo repetidamente, espere o aviso sonoro. E depois que receber a notícia, não mantenha o mesmo comportamento com outras mensagens/e-mails.

### **B19. Portas e vidros do carro ao estacionar;**

- **Nível inicial**
  - Verificar quantas vezes você faz isso a cada vez que sai do carro, e reduzir esse número pela metade
  - Propositadamente, ao sair do carro, deixe um vidro aberto e fique olhando por algum tempo. Observe como se sente e como é a situação.
- **Nível avançado**
  - Depois que você fechou os vidros e as portas do carro, não conferir para ver se realmente estão fechadas

### **B20. No espelho, se estou bem-arrumado(a), se os cabelos estão bem penteados;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você se olha no espelho por dia, e reduzir o número pela metade
  - Quando estiver se olhando no espelho, desarrumar o cabelo de propósito (e deixá-lo assim)
- **Nível avançado**
  - Desarrumar-se e descabelar-se de propósito e não olhar-se no espelho
  - Olhar-se no espelho apenas uma ou duas vezes por dia (por ex: antes de ir pro trabalho e antes de sair com um amigo)
  - Pelo menos uma vez por semana, sair de casa sem olhar-se no espelho

### **B21. No espelho, se estou mais gordo(a) ou mais magro(a);**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você se olha no espelho por dia, e reduzir este número pela metade
  - Olhar-se no espelho e ficar se imaginando muito mais gordo, ou muito mais magro. Como você se sente? Compare essa imagem com a sua imagem atual.
- **Nível avançado**
  - Faça um teste: por 3 dias seguidos, pese-se na mesma balança, no mesmo horário do dia. Observe quanto do seu peso mudou. Você acha que no espaço de um dia seria possível ver alguma mudança no espelho?
  - Não verificar todos os dias no espelho se você está mais gordo ou mais magro. Se quiser observar se algo mudou, faça isso uma vez por semana ou uma vez por mês. Caso contrário, não verá nenhuma diferença.

### **B22. Pulso, pressão ou temperatura do corpo;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você mede pulso, pressão ou temperatura por dia, e reduzir este número pela metade
  - Faça uma corrida de 5 minutos. Ao final dela, volte a medir seu pulso, pressão ou temperatura. Observe como se sente quando eles mudam
- **Nível avançado**
  - Não verifique seu pulso, pressão ou temperatura corporal constantemente. Faça isso no máximo uma vez por mês, ou quando o médico indicar. Em todas as pessoas essas coisas mudam frequentemente de acordo com a atividade, mas isso é natural, não nocivo.

\*Os exercícios acima não se aplicam caso você tenha uma doença em que precise controlar o pulso, pressão ou temperatura do seu corpo constantemente. Porém, quem define isso é seu médico. Se ele disser que não é necessário ficar controlando estes sintomas, aceite a

recomendação.

### **B23. O celular está desligado de forma repetida;**

- **Nível inicial**
  - Conte quantas vezes você confere se o celular está desligado e reduza este número pela metade
  - Coloque um aviso sonoro para quando o celular ligar e desligar. Quando ele estiver desligando, observe o som. Depois ligue-o de propósito para ver como é o som de ligar.
- **Nível avançado**
  - Depois que desligar o celular, não verifique mais se ele está desligado

### **B24. Extratos bancários, balancetes ou outras somas;**

- **Nível inicial**
  - Conte quantas vezes você confere extratos ou somas e reduza este número pela metade
  - Peça para alguém verificar o extrato para você. Mas não fique perguntando cada detalhe, apenas pergunte para a pessoa se está tudo certo, e aceite a conclusão dela
- **Nível avançado**
  - A não ser que seu trabalho exija que você verifique constantemente seus extratos, não faça isso mais do que uma ou duas vezes por mês, ou somente quando for necessário (para saber se você pode comprar ou pagar algo novo por exemplo)

### **B25. Repasso diálogos para ver se não disse nada de errado;**

- **Nível inicial:**
  - Fale alguma coisa errada propositadamente e observe se há alguma consequência
  - Pergunte para seus amigos quantas vezes você já disse algo errado e pense na resposta.
  - Quando estiver repassando diálogos, na primeira vez que repassar, tire uma conclusão (“sim, eu disse algo errado” ou “não, eu não disse nada errado”) e fique com ela
- **Nível avançado:**
  - Uma vez por semana, diga algo errado em alguma conversa casual
  - Não repasse os diálogos. Quando pensar nisso, envolva-se em outra atividade que exija sua atenção

### **B26. Retorno aos lugares para ter certeza de que não machuquei ou atropeliei alguma pessoa;**

- **Nível inicial**
  - Conte quantas vezes você precisa retornar para ter certeza que não machucou ou atropelou alguém, e reduza esse número de vezes pela metade
  - Volte apenas uma vez para ter certeza que não machucou ou atropelou alguém
- **Nível avançado**
  - Quando lhe vier essa dúvida, não fique pensando ou conferindo se machucou/atropelou alguém; se você tivesse atropelado, certamente teria percebido

### **B27. Tenho a necessidade de perguntar a mesma coisa várias vezes para ter certeza.**

- **Nível inicial**
  - Antes de fazer uma pergunta para ter certeza, anote a pergunta no papel e do lado coloque o que você acha. Depois que obtiver a resposta ou confirmação, marque um X se você estava errado e marque um sinal de “certo” se você estava certo. Faça isso por 1 semana. No final da semana, olhe sua lista e veja quantas vezes você estava errado e quantas vezes você estava certo.
  - Conte quantas vezes você tem que perguntar algo para ter certeza. Reduza esse número pela metade nas próximas vezes
- **Nível avançado**
  - Pergunte apenas uma vez (e somente se a dúvida for realmente muito importante para seu

- trabalho ou a faculdade)
- Se a sua dúvida for irrelevante, não pergunte nada

## **C – OBSESSÕES**

**C1. Pensamentos, impulsos ou imagens horríveis ou violentas e indesejáveis de ferir os outros (esfaquear, dar um soco, empurrar alguém na escadaria, jogar pela janela, desejar que morra, etc.) passam pela minha cabeça e não consigo afastá-las;**

- **Nível inicial:**
  - Sempre que um destes pensamentos invadirem sua mente, escreva uma história em que feriu outra pessoa, com o máximo de detalhes possível.

**C2. Pensamentos “ruins” (de que posso provocar alguma desgraça se não fizer algum ritual ou porque pensei) invadem minha cabeça, causando muita aflição;**

- **Nível inicial:**
- **Nível avançado:**

**C3. Perturbo-me ao ver facas, tesouras ou outros objetos pontudos, com receio de perder o controle sobre eles e usá-los contra alguma pessoa, ou necessito afastá-los ou guardá-los;**

- **Nível inicial:**
  - Permanecer na presença de uma faca, tesoura ou outros objetos pontiagudos por 10 minutos sem guardá-los ou afastá-los.
- **Nível avançado:**
  - Segurar em uma das mãos uma faca, tesoura ou outros objetos pontiagudos por no mínimo 10 minutos.
  - Segurar em uma das mãos uma faca, tesoura ou outros objetos pontiagudos enquanto realiza Respiração Diafragmática até sentir-se mais tranquilo.

**C4. Tenho medo de ferir a mim mesmo (a);**

- **Nível inicial:**
  - Certificar-se com outra pessoa se a situação apresentada apresenta algum tipo de risco à sua integridade física, caso não, expor-se à situação e logo em seguida verificar se não se feriu.
- **Nível avançado:**
  - Certificar-se com outra pessoa se a situação apresentada apresenta algum tipo de risco à sua integridade física, caso não, expor-se à situação e não verificar se feriu-se.

**C5. Pensamentos de falar obscenidades, dizer palavrões ou insultar outras pessoas passam pela minha cabeça sem motivo, e tenho receio de não me controlar;**

- **Nível inicial:**
  - Quando estiver sozinho (a) em frente ao espelho expresse em voz alta aquilo que seus pensamentos estão dizendo, após, pense na mesma sequência de obscenidades/palavrões/insultos sem falá-los em voz alta. Repetir até sentir-se mais tranquilo (a).
  - Sempre que um pensamento de falar obscenidades/palavrões/insultos vier à sua mente escreva-

os em um papel repetidas vezes, até sentir-se aliviado.

- Nível avançado:

**C6. Tenho medo de fazer coisas que causem embaraço ou que prejudiquem outras pessoas;**

- Nível inicial:
  - Realizar no mínimo uma coisa que entenda que cause embaraço a uma outra pessoa. Caso fique muito ansioso (a) utilize a Respiração Diafragmática para tolerar o nervosismo e permitir que a outra pessoa lide com o embaraço.
  - Toda vez que um pensamento de causar embaraço ou prejudicar outras pessoas vier à sua mente, escreva uma história em que isso acontece e atribua um final.
- Nível avançado:

**C7. Pensamentos de causar dano ou machucar outras pessoas ou de não ter sido suficientemente cuidadoso(a) passam pela minha cabeça e me afligem;**

- Nível inicial:
  - Imaginar uma situação onde você está dando um tapa em outra pessoa
  - Imaginar uma situação onde você está dando um soco forte em um familiar
- Nível avançado:
  - Imaginar uma situação onde você está esfaqueando um familiar
  - Escrever uma história de meia página aproximadamente, onde você conta detalhadamente como assassinou sua família ou seus amigos. Ler essa história 3 vezes por dia

**C8. Com muita frequência tenho medo de que aconteça algum acidente (incêndio, arrombamento, assalto) por não ter sido suficientemente cuidadoso (a), por exemplo, verificando bem as portas e janelas, torneiras, eletrodomésticos;**

- Nível inicial:
  - Reduzir a uma vez a verificação das portas, janelas, torneiras e eletrodomésticos por um dia.
  - Verificar somente um item (portas, janelas, torneiras ou um eletrodoméstico) durante um dia.
- Nível avançado:
  - Reduzir a uma vez a verificação das portas, janelas, torneiras e eletrodomésticos por no mínimo 4 dias (em caso de dificuldade, utilizar Cartão de Enfrentamento).

### **C – COMPULSÕES**

**C9. Tenho que verificar nos arredores se não feri ou atropeliei alguém;**

- Nível inicial:
  - Não verificar se feriu ou atropelou alguém por um dia. Caso se sinta muito ansioso (a) utilize a Respiração Diafragmática.
- Nível avançado:

**C10. Tenho a necessidade de confessar que fiz coisas que possam ter prejudicado ou feito mal a outras pessoas.**

- Nível inicial:
  - Criar um diário que somente você terá acesso e todas as vezes que a necessidade de confessar algo o (a) acometer escreva no diário e guarde-o.
- Nível avançado:

### **C – EVITAÇÕES**

**C11. Tenho necessidade de adotar medidas para evitar me ferir, ferir aos outros ou evitar**

**consequências desastrosas ou ruins que imagino possam acontecer (esconder facas, colocar telas nas janelas);**

- **Nível inicial:**
  - Não adotar nenhuma nova medida para evitar ferir-se, ferir aos outros ou evitar consequências desastrosas ou ruins, além daquelas que já faz, mesmo que seu pensamento esteja lhe dizendo isso.
  - Deixar de fazer uma das medidas de segurança por no mínimo um dia, por exemplo, não esconder facas.
- **Nível avançado:**
  - Deixar de fazer pelo menos duas das medidas de segurança por no mínimo uma semana.

**C12. Tenho dificuldades para usar objetos pontiagudos como facas, tesouras**

**principalmente se estou na frente de outras pessoas;**

- **Nível inicial:**
  - Utilizar uma faca ou tesoura para fazer algum trabalho manual, cortar papel, por exemplo, em frente ao espelho, repetidas vezes até sentir-se mais tranquilo.
  - Fazer um protótipo de tesoura ou de faca em papel, de forma a deixá-lo pontiagudo, então mantê-lo junto à si enquanto estiver na presença de outras pessoas, por pelo menos dois dias.
- **Nível avançado:**
  - Realizar um trabalho manual com uma tesoura ou uma faca na presença de outra pessoa por pelo menos 30 minutos. Caso fique muito ansioso(a) utilize a Respiração Diafragmática.

**C13. Evito assistir a filmes que contenham imagens ou cenas violentas**

- **Nível inicial:**
  - Assistir por 10 minutos o trecho de um vídeo ou filme com cenas violentas, sem desviar o olhar.
  - Assistir acompanhado(a) por outra pessoa um filme completo que tenha cenas ou imagens violentas.
- **Nível avançado:**
  - Assistir sozinho (a) um filme completo que tenha cenas ou imagens violentas, sem desviar o olhar. Caso necessário utilize a Respiração Diafragmática.

## **D – OBSESSÕES**

**D1. Frequentemente me passam pela cabeça cenas ou pensamentos impróprios de conteúdo sexual em relação a amigos ou a pessoas de minha família e que me perturbam;**

- **Nível inicial:**
  - Evocar mentalmente a cena que lhe causa perturbação por 5 minutos. Lembre-se que pensamentos são apenas isso: pensamentos. Pensar em algo não significa que você queira fazê-lo. Repetir o processo 3 vezes ao dia.
- **Nível avançado:**
  - Evocar mentalmente a cena que lhe causa perturbação por 10 minutos. Lembre-se que pensamentos são apenas isso: pensamentos. Pensar em algo não significa que você queira fazê-lo. Repetir o processo 3 vezes ao dia.
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

**D2. De molestar sexualmente meus filhos, irmãos ou crianças;**

- **Nível inicial:**
  - Evocar mentalmente uma cena em que você está molestando sexualmente seu filho, irmão ou crianças, por 5 minutos. Lembre-se que pensamentos são apenas isso: pensamentos. Pensar em algo não significa que você queira fazê-lo. Repetir o processo 3 vezes ao dia.
- **Nível avançado:**
  - Evocar mentalmente uma cena em que você está molestando sexualmente seu filho, irmão ou crianças, por 10 minutos. Lembre-se que pensamentos são apenas isso: pensamentos. Pensar em algo não significa que você queira fazê-lo. Repetir o processo 3 vezes ao dia.
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

### **D3. Praticar sexo violento com outras pessoas;**

- **Nível inicial:**
  - Assistir 10 minutos de um filme onde há cenas de sexo violento
  - Evocar mentalmente uma cena em que você está praticando sexo violento com outra pessoa, por 5 minutos. Lembre-se que pensamentos são apenas isso: pensamentos. Pensar em algo não significa que você queira fazê-lo. Repetir o processo 3 vezes ao dia.
- **Nível avançado:**
  - Assistir um filme inteiro onde há cenas de sexo violento
  - Evocar mentalmente uma cena em que você está praticando sexo violento com outra pessoa, por 10 minutos. Lembre-se que pensamentos são apenas isso: pensamentos. Pensar em algo não significa que você queira fazê-lo. Repetir o processo 3 vezes ao dia.
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

### **D4. Olhar fixamente os genitais, os seios, as nádegas de outras pessoas;**

- **Nível inicial:**
  - Imagine-se olhando fixamente para os genitais, seios ou nádegas de um amigo ou familiar
  - Imagine-se olhando fixamente para os genitais, seios ou nádegas de seu professor da faculdade, seu chefe no trabalho, ou outra pessoa importante
- **Nível avançado:**
  - Se possível, fale com um amigo ou familiar de sua confiança, e tente olhar fixamente para os genitais, seios ou nádegas dele(a) para ver o que acontece
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los ou desviar o olhar. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

### **D5. Tirar a roupa (abaixar as calças, levantar as saias, rasgar a blusa) de outras pessoas;**

- **Nível inicial:**
  - Imagine-se abaixando as calças, levantando a saia, ou rasgando a blusa de um desconhecido, de um amigo/familiar, de um colega, de um professor ou um superior
  - Escreve uma pequena história onde você está fazendo isso com alguém, e leia essa história três vezes por dia
- **Nível avançado:**
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

### **D6. Imagino as outras pessoas nuas e isso me aflige;**

- **Nível inicial:**
  - Imaginar propositalmente algumas pessoas só com roupas íntimas, por 5 minutos, 3 vezes por dia
  - Quando estiver assistindo um programa de televisão ou uma aula, ficar imaginando o apresentador/professor nu ao longo do programa/aula

- **Nível avançado:**
  - Quando estiver conversando com alguém, ficar imaginando essa pessoa nua. Fazer isso três vezes por dia
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

#### **D7. De introduzir objetos no ânus ou na vagina;**

- **Nível inicial:**
  - Imaginar-se por 5 minutos introduzindo um objeto no ânus ou na vagina
- **Nível avançado:**
  - Imaginar-se por 10 minutos introduzindo um objeto no ânus ou na vagina
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

#### **D8. Frequentemente sou atormentado por dúvidas se sou ou um dia posso me tornar ou não um homossexual;**

- **Nível inicial:**
  - Imagine-se de mãos dadas com alguém do mesmo sexo
  - Imagine-se beijando alguém do mesmo sexo
- **Nível avançado:**
  - Imagine-se tendo relações sexuais com alguém do mesmo sexo
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

\*Se ao realizar os exercícios acima, você não sentir prazer, provavelmente você não é homossexual.

#### **D9. Evito certos lugares como bancas de revistas, filmes, fotos, para não ter obsessões de conteúdo sexual;**

- **Nível inicial:**
  - Ver imagens de conteúdo sexual na Internet
  - Passar em uma banca de revistas e parar por 5 minutos para ver revistas com conteúdo sexual
  - Assistir 5 minutos de um filme com conteúdo sexual
- **Nível avançado:**
  - Assistir um filme inteiro com conteúdo sexual
  - Imaginar-se tendo relações sexuais com alguém
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora.

#### **D10. Outros pensamentos impróprios (de conteúdo sexual):**

- Seguir a mesma lógica dos exercícios anteriores. Em geral, você deve entrar em contato com estes pensamentos de forma que fique “acostumado” com eles. E principalmente: não lutar contra eles, pois isso só fará com que aumentem de frequência e intensidade. Deixe que venham e eles irão embora da mesma forma.

## **E – OBSESSÕES**

#### **E1. Sou atormentado por pensamentos ou imagens de conteúdo sexual ou impróprias com a Virgem Maria, Jesus Cristo ou os santos;**

- **Nível inicial:**
  - Imaginar a Virgem Maria, Jesus, ou os santos, sem roupas

- Imaginar outra pessoa beijando a Virgem Maria, Jesus ou os santos
- Imaginar-se beijando a Virgem Maria, Jesus ou os santos
- **Nível avançado:**
  - Imaginar outra pessoa tendo relações sexuais com a Virgem Maria, Jesus ou os santos
  - Imaginar a si mesmo tendo relações sexuais com a Virgem Maria, Jesus ou os santos
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora. Lembre-se que pensamentos são apenas isso: pensamentos. Pensar em algo não significa que você queira fazê-lo.

## **E2. Sou atormentado por pensamentos, palavras, ou imagens do demônio ou de outras entidades malignas;**

- **Nível inicial:**
  - Repetir mentalmente as palavras ou imagens que lhe atormentam
  - Escrever em um papel as palavras ou imagens que lhe atormentam e ler 3 vezes por dia
- **Nível avançado:**
  - Repetir para si mesmo, em voz alta, as palavras que lhe atormentam
  - Visualizar as imagens que lhe atormentam por 10 minutos, 3 vezes por dia
  - Quando estes pensamentos vierem na sua cabeça, não tente combatê-los nem fugir deles. Deixe que venham. Assim como vieram, eles irão embora. Lembre-se que pensamentos são apenas isso: pensamentos. Pensar em algo não significa que você queira fazê-lo.

\*Se você realmente enxerga alguma entidade, ou escuta vozes que lhe dizem para fazer alguma coisa, é fundamental que você procure ajuda de um psicólogo ou psiquiatra.

## **E3. Preocupo-me de forma demasiada com a possibilidade de ter pensamentos de conteúdo blasfemo ou de cometer sacrilégios;**

- **Nível inicial:**
  - Pensar propositadamente em um conteúdo blasfemo, 1 vez por dia.
  - Imaginar-se cometendo algum sacrilégio, por 5 minutos
- **Nível avançado:**
  - Pensar em um conteúdo blasfemo, 3 vezes por dia
  - Imaginar-se cometendo algum sacrilégio, todos os dias, por 10 minutos
  - Escrever uma história detalhada onde você está cometendo algum sacrilégio e ler a história 2 vezes por dia

## **E4. Tenho medo excessivo em ser punido por pensamentos blasfemos;**

- **Nível inicial:**
  - Tenha um pensamento blasfemo propositadamente e veja se algo acontece
  - Pergunte para amigos ou familiares se eles tem pensamentos blasfemos eventualmente, e se já foram punidos por isso
- **Nível avançado:**
  - Tenha um pensamento blasfemo 3 vezes por dia
  - Procure ter um pensamento ainda mais blasfemo do que os que você pensou, 3 vezes por dia

## **E5. Me preocupo de forma demasiada se algo que fiz ou passou pela minha cabeça foi certo ou errado, moral ou imoral;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver essa preocupação, tente pensar somente uma vez se fez ou não a coisa certa. Tire uma conclusão do tipo “isso foi certo” ou “isso foi imoral” e fique com ela.
  - Por apenas um instante, faça de conta que aquilo que você pensou é errado ou imoral. Veja o que acontece com a sua emoção. Faça isso algumas vezes durante o dia.

- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se aquilo que pensou foi certo ou errado. Simplesmente pense: “É só um pensamento”, e se envolva em outra atividade
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se o que passou na sua cabeça foi certo/errado/moral/imoral, não faça mais isso
  - Várias vezes ao dia, brinque consigo mesmo: diga em voz alta para si mesmo “O que fiz foi imoral” e procure lidar com isso com bom humor

#### **E6. Se algo que fiz ou pensei foi ou não pecado e se Deus irá me perdoar ou não;**

- **Nível inicial:**
  - Quando tiver essa preocupação, tente pensar somente uma vez se fez ou não a coisa certa. Tire uma conclusão do tipo “isso foi pecado” ou “isso não foi pecado” e fique com ela.
  - Por apenas um instante, faça de conta que aquilo que você pensou é pecado. Lembre-se: é um faz-de-conta. Veja o que acontece com a sua emoção. Faça isso algumas vezes durante o dia.
- **Nível avançado**
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se aquilo que pensou foi ou não um pecado. Simplesmente pense: “É só um pensamento”, e se envolva em outra atividade
  - Se você costuma ficar perguntando muitas vezes para as pessoas se o que passou na sua cabeça foi pecado, não faça mais isso
  - Várias vezes ao dia, brinque consigo mesmo: diga em voz alta para si mesmo “O que fiz foi pecado!” e procure lidar com isso com bom humor

#### **E7. Tenho medo de dizer palavrões, obscenidades ou de dizer ou blasfêmias;**

- **Nível inicial:**
  - 1 vez por dia, sussurre um palavrão
  - 1 vez por dia, sussurre uma blasfêmia
  - 1 vez por dia, sussurre alguma obscenidade
- **Nível avançado:**
  - Pelo menos 3 vezes por dia, diga um palavrão em voz alta (pode ser sozinho)
  - Pelo menos 3 vezes por dia, diga uma blasfêmia em voz alta (pode ser sozinho)
  - Pelo menos 3 vezes por dia, diga alguma obscenidade em voz alta (pode ser sozinho)
  - Diga palavrões, obscenidades ou blasfêmias cantando ao estilo ópera

#### **E8. Tenho medo de não dizer a verdade de forma absolutamente certa e ou de não ser perfeitamente honesto;**

- **Nível inicial:**
  - Quando tiver essa preocupação, tente pensar somente uma vez se falou absolutamente correta ou se foi perfeitamente honesto. Tire uma conclusão do tipo “fui honesto” ou “isso que falei estava incorreto” e fique com ela.
  - Ao falar com um amigo, procure dizer algo de forma não totalmente certa. Depois, tente dizer de forma correta.
- **Nível avançado:**
  - Ao falar com um amigo, procure não ser perfeitamente honesto em algum assunto. Depois, seja completamente honesto.
  - Quando tiver essa dúvida, não fique pensando se aquilo que pensou foi ou não um pecado. Simplesmente pense: “É só um pensamento”, e se envolva em outra atividade

#### **E9. Tenho medo exagerado de ter dito uma mentira, ter trapaceado e prejudicado alguém;**

- **Nível inicial:**
  - Quando tiver essa preocupação, tente pensar somente uma vez se falou uma mentira, se trapaceou ou prejudicou alguém. Tire uma conclusão do tipo “falei uma mentira” ou “não

- trapaceei” e fique com ela.
- Ao falar com um amigo, procure dizer uma mentira simples. Depois, diga a verdade.
- **Nível avançado:**
  - Quando estiver jogando com amigos, tente trapacear. Perceba como é.
  - Tente pensar o que aconteceria se você realmente prejudicasse alguém de forma séria. Você teria alguma dúvida?

**E10. Tenho que confessar todos os meus pensamentos e comportamentos para os outros;**

- **Nível inicial:**
  - Pense em alguma coisa que você fez ou pensou (que normalmente você confessaria para alguém) mas guarde para si mesmo
  - Tenha algum comportamento que você geralmente teria que confessar, mas dessa vez não confesse
  - Passe a confessar apenas alguns pensamentos ou comportamentos para os outros, não todos. Apenas os que você considera mais “graves”
- **Nível avançado:**
  - Pense em muitos pensamentos que você geralmente teria que confessar. Mas não confesse nenhum deles.
  - Pare de confessar comportamentos e pensamentos aos outros

**E11. Penalizo-me muito se não sou absolutamente correto;**

- **Nível inicial:**
  - Cometa algum erro pequeno de propósito. Algo no trabalho, na escola, na faculdade, que não vá prejudicar ninguém. Porém, não se penalize.
  - Pergunte para amigos e colegas se você merece ser penalizado por algum erro que cometeu recentemente.
- **Nível avançado:**
  - Converse com amigos e colegas sobre erros e penalizações. As pessoas cometem pequenos erros todos os dias, mas nem por isso se penalizam. Como seria se todo mundo se penalizasse ao cometer um erro?
  - Ao perceber que você não foi absolutamente correto em alguma coisa, procure não se penalizar. Se puder ser consertado, conserte. Se não puder ser consertado, penalizar-se não irá mudar nada!

**E12. Preciso dizer, confessar ou perguntar de forma repetida sobre coisas que fiz, para certificar-me de que não fiz nada de errado.**

- **Nível inicial:**
  - Faça alguma coisa errada de propósito e não pergunte para ninguém
  - Pergunte para seus amigos quantas vezes você já fez algo errado e pense na resposta
  - Pelo menos uma vez, fique sem dizer/confessar/perguntar para ninguém se você fez algo errado.
- **Nível avançado:**
  - Não ficar dizendo, confessando ou perguntando para certificar-se se fez algo errado

## **F – OBSESSÕES E RITUAIS**

**F1. Tenho medos supersticiosos e penso que pode me acontecer algo se passar embaixo de escadas, pisar nas juntas de lajotas, olhar certas pessoas ou locais, olhar um espelho quebrado, virar os chinelos;**

- **Nível inicial**
  - Virar os chinelos em casa e ver se realmente o medo supersticioso irá ocorrer
  - Pisar nas juntas de lajotas em casa e ver se realmente o medo supersticioso irá ocorrer
- **Nível avançado**
  - Sair de casa e olhar certas pessoas e locais ou passar em baixo de escadas etc.
  - Sair de casa, deixar os chinelos virados e passar em baixo de escadas ou pisar nas juntas de lajotas, etc.

**F2. Acredito que existem certos objetos ou pessoas que podem provocar azar;**

- **Nível inicial**
  - Pensar na imagem do objeto ou da pessoa
  - Olhar a imagem do objeto na internet ou uma foto da pessoa
- **Nível avançado**
  - Conversar com a pessoa por telefone ou ver o objeto em uma loja
  - Encontrar pessoalmente com a pessoa e ficar na loja que possui esse objeto por 15 minutos

**F3. Tenho medo de olhar ou entrar em funerárias ou cemitérios, ler necrológios, ou ver certas pessoas;**

- **Nível inicial**
  - Ver o desenho de um cemitério ou funerária
  - Ver uma foto de cemitério ou funerária
- **Nível avançado**
  - Passar na frente de um cemitério ou funerária rapidamente de carro ou ônibus
  - Passar na frente de um cemitério ou funerária, ficar na porta 5 minutos, entrar e permanecer por 10 minutos.

**F4. Tenho que rezar ou fazer o sinal da cruz de forma repetida;**

- **Nível inicial**
  - Reduzir a quantidade de rezas ou sinal da cruz em 10% em um dia
  - Após uma semana, reduzir a quantidade de rezas ou sinal da cruz em 20% em um dia
- **Nível avançado**
  - Após 2 semanas do início, reduzir a quantidade de rezas ou sinal da cruz em 35% em um dia e 5% a cada dia até a próxima semana
  - Após 3 semanas do início reduzir 100% a quantidade de rezas ou sinal da cruz durante a semana

**F5. Preocupo-me de forma excessiva com certas cores de roupa que evito usar;**

- **Nível inicial**
  - Carregar um objeto da mesma cor que evita ao longo do dia
  - Comprar uma roupa com a cor que evita usar
- **Nível avançado**
  - Usar a roupa que comprou em casa
  - Usar a roupa em um evento social

**F6. Preciso fazer certas coisas ou atividades um determinado número de vezes, para dar sorte ou para que não aconteçam desgraças;**

- **Nível inicial**
  - Reduzir a quantidade de vezes em 10% no primeiro dia e ver se aconteceu algo diferente
  - Reduzir a quantidade de vezes em 30% na segunda semana
- **Nível avançado**
  - Reduzir a quantidade de vezes em 50% na última semana
  - Reduzir totalmente a quantidade de vezes

**F7. Acredito que certos nomes, palavras podem provocar azares;**

- **Nível inicial**
  - Imaginar certos nomes ou palavras
  - Escrever certos nomes ou palavras
- **Nível avançado**
  - Usar certos nomes ou palavras no cotidiano
  - Ficar perto de pessoas com esses nomes e utilizar as palavras

**F8. Necessito repetir certas palavras ou fazer certas ações ao contrário para que não ocorram desgraças;**

- **Nível inicial**
  - Repetir as palavras ou realizar certas ações mentalmente
  - Repetir as palavras ou realizar certas ações
- **Nível avançado**
  - Repetir as palavras ou ações na ordem correta
  - Não repetir as palavras ou ações

**F9. Acredito que pensar ou ouvir más notícias pode fazer com que elas aconteçam;**

- **Nível inicial:**
  - Ler alguma história de ficção ou reportagem de um país distante sobre más notícias
  - Assistir a algum programa de televisão com conteúdo de violência (Cidade Alerta, por exemplo)
- **Nível avançado:**
  - Imaginar uma história com desfecho ruim a seu próprio respeito, com começo, meio e fim.
  - Escrever uma história com desfecho ruim a seu próprio respeito, com começo, meio e fim.

**F10. Tenho medo de me transformar em outra pessoa (tocando, olhando);**

- **Nível inicial:**
  - Imaginar-se em uma situação de olhar outra pessoa e se transformar nela
  - Imaginar-se em uma situação de tocar outra pessoa e se transformar nela
- **Nível avançado:**
  - Olhar fixamente para alguém que você considera ameaçador a ponto de se transformar.
  - Cumprimentar com um toque ou abraço alguém que você considera ameaçador a ponto de se transformar

**F11. Tenho que tocar em algum objeto (madeira, pedra, lajota, parede) de certa maneira, para que não aconteça algo de ruim para alguma pessoa;**

- **Nível inicial:**
  - Esperar meia hora até tocar o objeto que você geralmente toca para que não aconteça algo ruim para alguma pessoa.
  - Não tocar por cinco oportunidades em um dia o objeto que você geralmente toca para que não aconteça algo ruim para alguma pessoa.
- **Nível avançado:**
  - Não tocar por dois dias nenhum objeto com o objetivo de que não aconteça algo ruim para alguma pessoa.
  - Pensar voluntariamente em algo ruim para alguém e não tocar em nenhum objeto que você costuma tocar para afastar esse pensamento

**F12. Sinto que há números bons e maus, que dão sorte ou azar;**

- **Nível inicial:**
  - Pensar em algum número que você considere bom e pensar em algo negativo ao mesmo tempo

- Pensar em algum número que você considere ruim e pensar em algo positivo ao mesmo tempo
- **Nível avançado:**
  - Escrever os números que você considera ruim em uma lista, avaliando motivos racionais para considera-los ruins
  - Escrever uma contagem, com todos os números que você considera bons e ruins, em uma só lista, 1 vez por dia durante uma semana.

**F13. Algo de muito ruim pode acontecer se eu não me benzer ou se não fizer outro ritual quando passo na frente de uma igreja;**

- **Nível inicial:**
  - Imaginar-se passando em frente a uma igreja sem realizar o ritual.
  - Passar acompanhado em frente a uma igreja sem realizar o ritual
- **Nível avançado:**
  - Passar em frente a uma igreja três vezes por semana sem fazer o ritual
  - Passar em frente a uma igreja todos os dias da semana sem fazer o ritual

**F14. Algo de muito ruim pode acontecer se eu não rezar ou se eu não fizer um determinado ritual antes de deitar ou em certas ocasiões;**

- **Nível inicial:**
  - Imaginar-se não realizando o ritual ou rezando antes de deitar ou na ocasião ameaçadora.
  - Realizar a oração diária em algum outro momento que não ao deitar ou na ocasião ameaçadora
- **Nível avançado:**
  - Ficar três dias sem realizar a oração ou ritual
  - Ficar uma semana sem realizar oração ou ritual

**F15. Acredito que arranjar os objetos de certa maneira evita que coisas ruins aconteçam;**

- **Nível inicial:**
  - Imaginar-se deixando os objetos desarranjados propositalmente.
  - Arranjar somente uma pequena parte dos objetos, deixando os outros arranjados ao acaso.
- **Nível avançado:**
  - Pensar nas coisas ruins que podem acontecer e não arranjar os objetos por um dia
  - Pensar nas coisas ruins que podem acontecer e não arranjar os objetos por uma semana

**F16. Acredito que algo de muito ruim pode acontecer se eu passar em certos lugares.**

**Especifique:** \_\_\_\_\_

- **Nível inicial**
  - Passar perto desses lugares
  - Parar na entrada de um desses lugares
- **Nível avançado**
  - Entrar em um destes lugares e permanecer lá por 10 minutos
  - Dar uma volta de 20 minutos em um destes lugares

**F17. Outras**

- Seguir a mesma lógica dos exercícios anteriores. De forma geral, você deve imaginar-se fazendo aquilo que tem medo e depois passar a realmente fazer, gradualmente. Além disso, deve impedir-se de fazer qualquer comportamento ou ritual que alivie sua ansiedade.

**F - EVITAÇÕES**

**F18. Dizer ou escrever determinada palavra ou cantar certa música para não dar azar**

### **ou provocar desastres;**

- **Nível inicial**
  - Imaginar-se escrevendo a palavra ou cantando a música que você evita
  - Pedir para alguém escrever a palavra ou cantar a música que você evita
  - Escrever metade da palavra que você evita; Cantar apenas um trecho da música que você evita
- **Nível avançado**
  - Escrever a palavra que você evita em uma folha de papel (e não rasgar)
  - Encher uma folha inteira escrevendo a palavra que você evita
  - Gravar você cantando a música que você evita e escutar a gravação duas vezes durante o dia

### **F19. Tocar ou passar perto de outras pessoas que podem me fazer mal;**

- **Nível inicial**
  - Passar perto de uma pessoa que você acredita que pode lhe fazer mal
  - Parar por 5 minutos perto de uma pessoa que você acredita que pode lhe fazer mal
- **Nível avançado**
  - Cumprimentar uma pessoa que você acredita que pode lhe fazer mal
  - Dar um abraço (ou cumprimentar mais longamente) em uma pessoa que você acredita que pode lhe fazer mal
  - F20. Fazer qualquer atividade em determinados dias ou horários;
- **Nível inicial**
  - Programar-se para fazer atividades simples nos dias e horários que você evita fazer coisas
  - Fazer algumas atividades simples nos dias e horários que você evita fazer coisas
- **Nível avançado**
  - Programar-se para fazer atividades importantes nos dias e horários que você evita fazer coisas
  - Fazer algumas atividades importantes nos dias e horários que você evita fazer coisas

### **F21. Usar roupas de certas cores (preto, vermelho, marrom);**

- **Nível inicial**
  - Usar algum acessório pequeno (ex: pulseira, fita, anel, etc) da cor que você evita
  - Usar algum acessório maior (ex: boné, tênis, roupas íntimas, meias) da cor que você evita
- **Nível avançado**
  - Usar uma blusa ou camisa da cor que você evita
  - Marcar um dia para se vestir completamente (calça, camiseta, acessórios, tênis, etc) com a cor que você evita e ir dar uma volta

### **F22. Andar em determinados lugares (cemitérios, funerárias, casas de santo) com medo de que deem azar;**

- **Nível inicial**
  - Passar na frente de um lugar que você acha que pode dar azar
  - Ficar por 5 minutos parado na porta de um lugar que você acha que pode dar azar
- **Nível avançado**
  - Entrar e sair de um lugar que você acha que pode dar azar
  - Entrar e ficar por algum tempo em um lugar que você acha que pode dar azar (ex: conversar com alguém, pedir algumas informações, dar uma volta, etc)

### **F23. De usar determinados objetos que podem dar azar;**

- **Nível inicial**
  - Deixar esse objeto perto de onde você trabalha ou estuda
  - Tocar neste objeto todo dia antes de sair de casa
- **Nível avançado**
  - Usar o objeto por pelo menos 15 minutos todos os dias

- Usar o objeto permanentemente todos os dias (ou sempre que a situação permitir)

**F24. Encontrar-me com certas pessoas, vê-las na TV ou olhar sua fotografia, com medo de azar;**

- **Nível inicial**
  - Imaginar-se encontrando com a pessoa que você tem medo que cause azar
  - Olhar por 5 minutos a foto da pessoa que você tem medo que cause azar
- **Nível avançado**
  - Conversar por 5 minutos com a pessoa que você tem medo que cause azar
  - Dar um abraço e conversar por pelo menos meia hora com a pessoa que você tem medo que cause azar

**F25. Outros medos supersticiosos:**

- **Nível inicial**
  - Pedir que alguém faça aquilo que você tem medo
  - Fazer um pouco disso todos os dias
- **Nível avançado**
  - Fazer bastante daquilo que você tem medo todos os dias

**G - COMPULSÕES**

**G1. Necessito manter a minha casa e meus objetos perfeitamente em ordem;**

- **Nível inicial**
  - Deixar um cômodo da casa desarrumado por 1 dia
  - Deixar a mesa de trabalho desarrumada por 1 turno
- **Nível avançado**
  - Deixar um cômodo da casa desarrumado por 1 semana
  - Deixar a mesa de trabalho desarrumada por 2 dias

**G2. Evito usar salas, banheiros, escritórios uma vez que tenham sido arrumados;**

- **Nível inicial**
  - Usar banheiro arrumado por 1 dia
  - Usar a sala do escritório arrumada por 1 dia
- **Nível avançado**
  - Usar banheiro arrumado por 1 semana
  - Usar a sala do escritório arrumada por 1 semana

**G3. Faço as coisas de certa maneira, em determinada ordem ou da forma correta;**

- **Nível inicial**
  - Realizar um trajeto diferente para ir ao trabalho
  - Tomar banho com uma ordem diferente que a usual
- **Nível avançado**
  - Realizar a rotina da manhã em uma ordem diferente que a usual
  - Realizar a rotina de retorno para casa em ordem diferente que a usual

**G4. Acho que as coisas têm que estar no seu devido lugar;**

- **Nível inicial**
  - Deixar roupas espalhadas pelo quarto
  - Deixar calçados espalhados pelo chão
- **Nível avançado**
  - Deixar objetos da cozinha no quarto

- Deixar ferramentas na sala de estar

**G5. Os objetos sobre a minha escrivaninha ou no meu quarto necessitam estar arrumados de certa maneira;**

- Nível inicial
  - Deixar livros da estante na mesa de trabalho
  - Arrumar a cama de forma diferente
- Nível avançado
  - Desarrumar a mesa de trabalho, manter as gavetas abertas e objetos espalhados
  - Deixar as gavetas e portas do guarda-roupas abertas

**G6. Alinho papéis, objetos, livros, roupas em certa ordem para que estejam no lugar “certo”;**

- Nível inicial
  - Mudar a ordem de organização dos livros por 3 dias
  - Mudar a ordem de objetos de decoração do quarto ou da sala por 3 dias
- Nível avançado
  - Manter os papéis da mesa de trabalho desalinhados por 3 dias
  - Deixar as roupas do armário desdobradas e amassadas por 3 dias

**G7. Mesmo quando faço algo com muito cuidado, tenho medo de que não possa estar totalmente certo ou não tenha falhas;**

- Nível inicial
  - Enviar email para um conhecido sem revisar
  - Escolher atividade rotineira (escolar, acadêmica ou laboral) e realizá-la sem revisar
- Nível avançado
  - Entregar trabalho (acadêmico, escolar ou laboral) sem revisar
  - Enviar email para uma pessoa importante (ex.: figura de autoridade) sem revisar

**G8. Perturbo-me se os objetos não estão no lugar certo, não estão arrumados apropriadamente ou não estão alinhados;**

- Nível inicial
  - Manter quadro da sala desalinhado por 1 dia
  - Deixar a cama desarrumada por 1 dia
- Nível avançado
  - Manter quadro da sala desalinhado por 1 semana
  - Deixar a cama desarrumada por 1 semana

**G9. Perturbo-me se certas coisas não estão simétricas: quadros na parede, laços do pacote de presentes, laços do cadarço dos sapatos, os lados da colcha da cama, as cadeiras ao redor da mesa, as roupas no corpo;**

- Nível inicial
  - Deixar a cortina da sala de trabalho ou da sala de casa desalinhada
  - Deixar a colcha da cama desalinhada
- Nível avançado
  - Usar roupa desalinhada/amassada para ir trabalhar
  - Entregar trabalho importante de forma não formatada no Word (com alinhamentos diferentes ao longo do texto – esquerda, direita, centralizado – com fontes e cores distintas)

**G10. Alinho de forma exagerada os pratos e os talheres na mesa ou a comida no prato;**

- **Nível inicial**
  - Por uma refeição apenas olhar a comida em posição desalinhada
  - Por uma semana comer as refeições, com algum dos elementos (como ou comida) fora do alinhamento
- **Nível avançado**
  - Comer com talheres de cores e pratos de modelos diferentes
  - Servir um jantar com os talheres e a comida sem cuidar o alinhamento

**G11. Tenho de repetir as coisas várias vezes até sentir (ter certeza) que está tudo certo ou como deve ser;**

- **Nível inicial**
  - Esperar cinco minutos antes de checar algo
  - Esperar dez minutos antes e checar algo
- **Nível avançado**
  - Checar algo apenas uma vez e não mais
  - Fazer algo sem checar

**G12. Preocupo-me em dizer as coisas de forma perfeita;**

- **Nível inicial:**
  - Fale alguma coisa errada propositadamente e observe se há alguma consequência
  - Pergunte para seus amigos quantas vezes você já disse algo errado e pense na resposta.
- **Nível avançado:**
  - Uma vez por semana, diga algo errado em alguma conversa casual
  - Não se preocupe em dizer as coisas de forma perfeita

**G13. Tenho que ler e reler um documento para evitar que escape algo;**

- **Nível inicial**
  - Ler um documento uma vez e esperar cinco minutos para rele-lo
  - Ler um documento uma vez e esperar de minutos para rele-lo
- **Nível avançado**
  - Ler um texto complexo e tentar lembrá-lo sem repetir a leitura, tolerando o desconforto do esquecimento.
  - Ler um texto, pulando alguns parágrafos, tolerando a ausência de informação.

**G14. Faço as tarefas muito devagar ou de forma repetida, para que não ocorram erros;**

- **Nível inicial**
  - Escrever um e-mail e enviá-lo sem revisar
  - Cometer um erro proposital em alguma tarefa relevante
- **Nível avançado**
  - Realizar uma tarefa sem revisar ou ater-se a erros
  - Preparar uma refeição com vários pratos em 10 minutos

**G15. Não consigo deixar uma tarefa incompleta;**

- **Nível inicial**
  - Ver um filme pela metade
  - Lavar uma parte da louça em um dia e outra parte em outro dia
- **Nível avançado**
  - Ir ao supermercado, escolher os itens e ir embora deixando no carrinho sem levá-los
  - Faltar ao trabalho um dia na semana

**G16. Evito olhar certas peças da casa para não perceber que as coisas estão fora de lugar;**

- **Nível inicial**
  - Olhar uma foto de um quarto bastante desarrumado por 10 minutos
  - Olhar deixar por um dia um vaso ou peça de decoração no chão da casa e olhá-lo sempre que passar por ele
- **Nível avançado**
  - Deixar por uma semana uma pilha de roupas em cima do sofá de casa
  - Colocar uma escova de dentes na cozinha e um gafo no banheiro, e deixá-los assim por uma semana

**G17. Sinto-me obrigado(a) a seguir determinada sequencia ao vestir-me, despir-me, escovar os dentes, ao chegar em casa, tomar banho ou deitar, etc., que tem de ser sempre a mesma;**

- **Nível inicial**
  - Em um dia dar um espaço de 10 min tempo entre um dos itens da sequência (por exemplo entre o banho e escovar os dentes,
  - Mudar um dos itens da sequência, por exemplo, se escova os dentes antes de tomar banho, deixa-lo para depois por um dia
- **Nível avançado**
  - Mudar todos itens da sequência (fazendo uma sequência diferente), por uma semana.
  - Por uma semana mudar completamente a ordem a cada dia, da sequência.

**G18. Essas obsessões são acompanhadas por pensamentos supersticiosos (preocupação com a possibilidade de que aconteça algum acidente para alguém da família a menos que as coisas estejam no local exato ou alinhadas);**

- **Nível inicial**
  - Esperar 5 minutos antes de checar se um familiar está bem
  - Esperar 10 minutos antes de checar se um familiar está bem
- **Nível avançado**
  - Ficar uma vez sem checar se um familiar está bem
  - Deixar algo desalinhado sem se preocupar com o familiar

### **G19. Outras**

Seguir a mesma lógica dos exercícios anteriores. De forma geral, você deve desafiar a si mesmo a não organizar demais as coisas, não ser perfeccionista. Deve, gradativamente, se colocar em situações onde as coisas estejam desarrumadas ou desorganizadas e suportar a ansiedade.

## **H. Obsessões e Compulsões (COLECIONISMO)**

(\*Mudanças DSM-5, diferenças de tratamento)

**H1. Guardo coisas inúteis como embalagens vazias, cartões de telefone usados, revistas ou jornais velhos, sucatas, notas fiscais antigas, anúncios, cartões postais ou correspondências sem valor afetivo;**

- **Nível inicial**
  - Jogar fora alguma dessas coisas inúteis que você mantém guardado (ex: os cartões, anúncios, embalagens vazias)
  - Escolher dois dias da semana para fazer uma limpeza nas suas coisas e jogar fora algumas

coisas inúteis

- **Nível avançado**
  - Pedir ajuda para algum familiar ou amigo, e jogar fora todos os documentos, papéis, etc, inúteis que você tenha guardado
  - Não guardar mais nada que já tenha sido usado e que não tenha utilidade

**H2. Eletrodomésticos que não têm conserto, roupas e sapatos que não serão mais usados, etc;**

- **Nível inicial**
  - Jogar fora os sapatos que não serão mais usados ou (se estiver em bom estado) doar para pessoas ou instituições carentes
  - Jogar fora os eletrodomésticos que não tem conserto
  - Jogar fora roupas que não serão mais usadas ou (se estiver em bom estado) doar para pessoas ou instituições carentes
- **Nível avançado**
  - Escolher um dia da semana e se livrar de todas as coisas que não tem conserto ou que não serão mais usadas
  - Não guardar nada que não será mais usado

**H3. Tenho muita dificuldade de me desfazer de coisas sem utilidade, colocar no lixo, doar;**

- **Nível inicial**
  - Doar alguma coisa que não tenha mais utilidade
  - Colocar no lixo alguma coisa que não tenha mais utilidade
- **Nível avançado**
  - Sempre que algo ficar sem utilidade, jogar fora imediatamente
  - Escolher um dia da semana para fazer uma limpa na casa e jogar fora tudo que não tem mais utilidade

**H4. Muitos espaços na minha casa, como peças, armários, despensa, corredores, estão atravancados por objetos, papéis ou coisas inúteis, das quais não consigo me desfazer;**

- **Nível inicial**
  - Escolher um armário e jogar fora as coisas inúteis que há nele
  - Jogar fora pelo menos metade das coisas inúteis que você tem guardado nas despensas ou armários
- **Nível avançado**
  - Sempre que algo ficar sem utilidade, jogar fora imediatamente, não guardar
  - Escolher um dia da semana para fazer uma limpa na casa e jogar fora tudo que não tem mais utilidade

**H5. Armazeno demais alimentos, ou outros itens mais do que tenho condições de consumir ou usar;**

- **Nível inicial**
  - Quando for comprar coisas, procure comprar metade do que você geralmente compra
  - Quando for comprar coisas, faça uma lista e compre apenas o que está na lista
  - Doe alguns dos alimentos ou itens que você tem em excesso
- **Nível avançado**
  - Quando for comprar coisas, leve um familiar junto, e peça para que ele não deixe você comprar mais do que o necessário
  - Quando for comprar coisas, faça um levantamento do que você vai precisar para a semana e compre apenas o que está na lista

- Se você ainda tiver muitas coisas armazenadas, doe os alimentos ou itens que você tem em excesso

#### **H6. Evito usar coisas novas, e deixo-as guardadas sem usá-las;**

- **Nível inicial**
  - Pegar uma das coisas novas que estão guardadas e usá-la
  - Compre alguma coisa nova, utilize-a imediatamente, mesmo que não esteja precisando
- **Nível avançado**
  - Pegar todas as coisas que você tem guardadas e usá-las, mesmo que não esteja precisando
  - Compre alguma coisa nova e utilize-a uma vez por semana, mesmo que não esteja precisando
  - Sempre que comprar alguma coisa nova, faça os anteriores

#### **H7. Junto coisas sem utilidade na rua, em ferros-velhos, ou no lixo, etc.;**

- **Nível inicial**
  - Livrar-se de pelo menos metade das coisas sem utilidade que você pegou da rua e guardou
  - Dar uma volta em algum lixo ou ferro-velho e impedir-se de pegar qualquer coisa
- **Nível avançado**
  - Jogar fora todas as coisas sem utilidade que você pegou da rua e guardou
  - Sempre que estiver passando por alguma coisa na rua, no ferro-velho ou no lixo, não pegue, mesmo que pareça muito que você pode aproveitá-la

#### **H8. Tenho muita dificuldade de por fora objetos com medo de acidentalmente estar pondo fora coisas importantes;**

- **Nível inicial**
  - Juntar alguns dos objetos que você precisa por fora e deixá-los separados em uma caixa ou sacola por alguns dias
  - Após dois dias, jogar fora esses objetos que você deixou separado na caixa ou sacola
- **Nível avançado**
  - Juntar todos os objetos que você precisa por fora e colocá-los fora imediatamente
  - Uma vez por semana, fazer uma “limpa” em todos os objetos que você precisa colocar fora

#### **H9. Tenho um grande apego a objetos que não tem nenhuma utilidade;**

- **Nível inicial**
  - Colocar alguns objetos que não tem nenhuma utilidade em uma caixa e deixá-la separada
  - Após dois dias, jogar essa caixa fora
- **Nível avançado**
  - Juntar todos os objetos que você tem apego mas que não tem utilidade e colocá-los fora imediatamente
  - Uma vez por semana, fazer uma “limpa” em objetos sem utilidade e colocá-los fora

#### **H10. Tenho preocupação excessiva em poupar e sofro quando tenho que gastar, mesmo sendo necessário e eu tendo dinheiro disponível;**

- **Nível inicial**
  - Ir comer em algum lugar e pedir algo a mais do que você geralmente consome (por exemplo, uma bebida um pouco mais cara)
  - Nesta semana, comprar alguma coisa que você não tinha previsto
- **Nível avançado**
  - Converse com amigos, colegas, e familiares sobre gastos e economia. Procure não se preocupar tanto com poupar. Não fique fazendo contas o tempo todo, nem evitando comprar coisas que você gosta para poupar. Quando tiver que gastar, não fique pensando no dinheiro que gastou, busque pensar em alguma outra coisa.
  - Uma vez por mês, gastar com alguma coisa que não estava prevista

\*Atenção: você deve fazer essas coisas com o consentimento de algum amigo ou familiar que mora com você.

**H11. Controlo excessivamente e sem necessidade meus gastos e os de minha família e fico muito irritado(a) quando alguém compra alguma coisa;**

- **Nível inicial**
  - Dar 10 reais para alguém da sua família comprar alguma coisa que queira (se sua situação financeira permitir, dar 20 reais, ou 30 reais)
  - Comprar alguma coisa que não estava prevista
- **Nível avançado**
  - Uma vez por mês, fazer uma compra que não estava prevista
  - Pedir para alguém da sua família comprar alguma coisa que quiser, sem tentar controlar o que ou quanto a pessoa vai gastar
  - Não ficar controlando todos os gastos seus e da sua família

**H12. Estou constantemente fazendo contas, revisando saldos bancários e talões de cheques para certificar-me de que minha poupança aumentou;**

- **Nível inicial**
  - Reduzir o número de verificações pela metade
  - Ao realizar uma conta, parar na metade e não terminá-la
  - Ao invés de você verificar, peça para algum familiar fazer isso por você
- **Nível avançado**
  - Verificar a poupança apenas uma vez por mês, ou quando for necessário saber quanto há nela (ex: ao realizar uma compra ou transferência que necessite do dinheiro da poupança)

**H13. Leio cuidadosamente correspondência inútil ou tenho que ler todo o jornal mesmo se os assuntos não me interessam;**

- **Nível inicial**
  - Ao pegar alguma correspondência inútil, faça uma leitura rápida, não cuidadosa
  - Ao ler as matérias no jornal que não te interessam, leia apenas o título e alguns parágrafos, não leia a matéria inteira
- **Nível avançado**
  - Toda vez que chegar alguma correspondência inútil, não abra, jogue imediatamente fora. Se não for possível saber do que se trata, abra, mas assim que verificar que é inútil, jogue fora.
  - Leia no jornal apenas os assuntos que realmente lhe interessam. No máximo os títulos das matérias que não lhe interessam.

**H14. Dificilmente deleteo meus e-mails, minha caixa postal está sempre cheia ou as ligações e mensagens do meu celular.**

- **Nível inicial**
  - Deletar e-mails de propagandas e coisas inúteis
  - Deletar e-mails que foram recebidos há mais de um ano
  - Deletar algumas mensagens do celular que não sejam importantes
- **Nível avançado**
  - Toda vez que receber um e-mail que não seja importante, deletá-lo na mesma hora
  - Uma vez por semana, deletar todas as mensagens e ligações do seu celular

## I. OBSESSÕES

## **I1. De vir a ter uma doença grave;**

- **Nível inicial**
  - Imagine que seus pais ou seu melhor amigo tem uma doença grave. Como você acha que eles estariam se sentindo?
  - Imagine-se tendo uma doença grave. Como você acha que estaria se sentindo?
- **Nível avançado**
  - Escreva uma história trágica de uma página onde você adquiriu uma doença grave. Leia a história todos os dias.
  - Escreva em uma folha de papel: “Eu tenho uma doença grave e vou morrer” e leia todos os dias

\*Se você realmente apresenta os sintomas de alguma doença, procure um médico. Ele poderá diagnosticá-lo. Contudo, consultar um médico apenas uma vez é suficiente, procure não marcar consultas o tempo todo para verificar se você realmente não está doente.

## **I2. Acredito que posso ter uma doença grave que não foi diagnosticada;**

- **Nível inicial**
  - Imagine-se tendo uma doença grave. Como você acha que estaria se sentindo?
- **Nível avançado**
  - Escreva uma história trágica de uma página onde você adquiriu uma doença grave. Leia a história todos os dias.
  - Escreva em uma folha de papel: “Eu tenho uma doença grave e vou morrer” e leia todos os dias

\*Se você realmente apresenta os sintomas de alguma doença, procure um médico. Ele poderá diagnosticá-lo. Contudo, consultar um médico apenas uma vez é suficiente, procure não marcar consultas o tempo todo para verificar se você realmente não está doente.

## **I3. Acredito que certas partes do meu corpo ou com algum aspecto da minha aparência são feios (transtorno dismórfico corporal);**

- **Nível inicial**
- **Nível avançado**

## **I4. Acredito que certas partes do meu corpo são muito pequenas ou muito grandes, ou são desfiguradas, ou assimétricas;**

- **Nível inicial**
  - Imagine que um amigo/familiar seu tem um membro (braço, perna) exageradamente grande ou exageradamente pequeno ou exageradamente assimétrico
  - Imagine-se com um membro (braço, perna) exageradamente grande ou exageradamente pequeno ou exageradamente assimétrico
- **Nível avançado**
  - Faça um desenho engraçado de você mesmo onde você tem um membro (braço, perna) exageradamente grande ou exageradamente pequeno ou exageradamente assimétrico. Coloque o desenho em um lugar onde você pode ver todos os dias.

## **I. COMPULSÕES**

### **I5. Verifico demasiadamente minha aparência no espelho;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você se olha no espelho por dia, e reduzir o número pela metade
  - Quando estiver se olhando no espelho, desarrumar o cabelo de propósito (e deixá-lo assim)

- **Nível avançado**
    - Desalinhar-se e descabelar-se de propósito e não olhar-se no espelho
    - Olhar-se no espelho apenas uma ou duas vezes por dia (por ex: antes de ir pro trabalho e antes de sair com um amigo)
- Pelo menos uma vez por semana, sair de casa sem olhar-se no espelho

## **I6. Demoro muito tempo para escolher a roupa adequada;**

- **Nível inicial**
  - Pedir para alguém marcar o tempo que você passa escolhendo as roupas por dia, e reduzir este tempo pela metade
  - Quando sair para ir no mercado (ou na venda, ou para fazer algo rápido na rua), colocar uma peça de roupa que provavelmente não está adequada
- **Nível avançado**
  - Sempre que for fazer algo rápido na rua (mercado, passear com cachorro, etc), pegar a primeira roupa que aparecer e usá-la para sair
  - Uma vez por semana, ao sair com familiares ou amigos, pegar a primeira roupa que aparecer e usá-la para sair
  - Deixar pré-definido algumas peças de roupa para ir ao trabalho ou sair. Quando tiver que decidir qual delas usar, não gaste mais do que 5 minutos

## **I7. Questiono muito os outros sobre minha aparência;**

- **Nível inicial**
  - Desarrumar-se de propósito e perguntar para alguém sobre sua aparência
  - Questionar apenas uma pessoa sobre sua aparência
- **Nível avançado**
  - Pedir para amigos e familiares não lhe responderem mais nada quando você questionar sobre sua aparência
  - Não questionar os outros sobre sua aparência

## **I8. Repito muito exames, consultas médicas para possíveis sintomas de doenças;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes por mês você faz exames e consultas para verificar possíveis sintomas de doenças, e reduzir esse número pela metade
  - Imaginar que você tem alguma doença
- **Nível avançado**
  - Pergunte para seu médico quando ele acha que você deve voltar (e siga a instrução dele)
  - Fazer apenas consultas de rotina ou quando requisitado por um profissional de saúde

## **I9. Reviso muito minha pele (espinhas, sinais) para ver se ela está perfeita.**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes por dia você revisa sua pele e reduzir o número pela metade
  - Pegar uma foto sua e pintar sinais e espinhas na sua pele. Colocar essa foto em um lugar que você pode ver todos os dias
  - Ao invés de você, peça para alguém revisar sua pele, e confie na opinião da pessoa
- **Nível avançado**
  - Ir na frente do espelho e imaginar-se cheio de pintas e espinhas
  - Não ficar revisando sua pele, faça isso apenas eventualmente. Se aparecer um sinal ou espinha, você irá perceber naturalmente.

## **J. COMPULSÕES**

**J1. Atraso-me com o trabalho, pois repito certas tarefas várias vezes;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você repete cada tarefa e reduzir este número pela metade
  - Repetir apenas uma vez cada tarefa
- **Nível avançado**
  - Realizar cada tarefa apenas uma vez

**J2. Preciso reler ou reescrever repetidamente parágrafos ou páginas;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você reescreve ou relê parágrafos ou páginas, e reduzir este número pela metade
  - Reescrever ou reler apenas uma vez cada parágrafo ou página
- **Nível avançado**
  - Não reler nem reescrever parágrafos ou páginas que não tem importância. Se for algo importante (para o trabalho, ou faculdade, por exemplo), reler apenas uma vez (e arrumar somente coisas pontuais).

**J3. Preciso repetir atividades rotineiras: entrar e sair de um lugar, sentar e levantar da cadeira, passar o pente nos cabelos, amarrar e desamarrar o cadarço dos sapatos, tirar e colocar uma peça de roupa;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você repete atividades rotineiras e reduzir esse número pela metade
  - Repetir apenas uma vez cada uma dessas atividades
- **Nível avançado**
  - Impedir-se de entrar e sair de um lugar, sentar e levantar da cadeira, passar o pente nos cabelos, amarrar e desamarrar o cadarço dos sapatos, tirar e colocar peças de roupa

**J4. Tenho que tocar em objetos, móveis, paredes um determinado número de vezes;**

- **Nível inicial**
  - Contar quantas vezes você tem que tocar em objetos, móveis e paredes, e reduzir esse número pela metade
  - Tocar apenas uma vez em objetos, móveis e paredes
- **Nível avançado**
  - Impedir-se de tocar em objetos, móveis e paredes

**J5. Fazer ao contrário um movimento que recém fiz;**

- **Nível inicial**
  - Fazer o movimento contrário rapidamente
  - Fazer o movimento contrário pela metade
- **Nível avançado**
  - Fazer o movimento contrário apenas em imaginação
  - Não fazer mais o movimento contrário

**J6. Tenho de contar enquanto estou fazendo algo;**

- **Nível inicial**
  - Contar em voz baixa
  - Contar sussurrando
- **Nível avançado**
  - Contar em pensamentos
  - Pensar em outra coisa enquanto está fazendo algo

**J7. Tenho de repetir certas palavras ou frases um determinado número de vezes;**

- **Nível inicial**
  - Repetir as palavras ou frases menos vezes a cada dia
  - Repetir apenas uma vez as palavras ou frases
- **Nível avançado**
  - Repetir as palavras ou frases uma vez (mas apenas em pensamento)
  - Impedir-se de repetir as palavras ou frases

**J8. Tenho de fazer uma tarefa um número determinado de vezes.**

**Qual:** \_\_\_\_\_

- **Nível inicial**
  - A cada dia, reduzir o número de vezes que você realiza essa tarefa
  - Repetir essa tarefa apenas uma vez
- **Nível avançado**
  - Impedir-se de repetir a tarefa (ou realizar somente o número de vezes que for adequado, segundo a maioria das pessoas)

**J9. Necessito rezar em certo horário ou um determinado número de vezes;**

- **Nível inicial**
  - Rezar uma hora antes do que você normalmente reza
  - Rezar um pouco menos do que você normalmente reza
- **Nível avançado**
  - Mudar completamente o horário em que você reza (ex: se você reza pela noite, nos próximos dias deve rezar pela manhã)
  - Rezar metade do que você normalmente reza
  - Sempre variar o número de vezes que você reza (num dia reza mais, no outro dia reza menos, de forma que não repita sempre o mesmo padrão)

**J10. Preciso rezar para anular maus pensamentos ou sentimentos;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver que rezar para anular maus pensamentos ou maus sentimentos, espere 5 minutos antes de rezar (nos próximos dias, aumente este intervalo para 10 minutos, 20, e assim por diante)...
  - Quando tiver maus pensamentos ou maus sentimentos, procure fazer outra coisa ao invés de rezar
- **Nível avançado**
  - Escrever os maus pensamentos e sentimentos que você costuma ter em um papel e reler todos os dias
  - Quando estiver sozinho, falar em voz alta os maus pensamentos e sentimentos que você tiver
  - Quando vierem os maus pensamentos ou sentimentos, não tente rezar nem fazer nada para afastá-los, apenas deixe eles virem, assim eles irão embora eventualmente

**J11. Tenho de repetir uma palavra “boa” para anular um pensamento ou palavra “ruim”;**

- **Nível inicial**
  - Tentar usar alguma palavra neutra qualquer no lugar da palavra “boa” (ex: casa, ou “carro”) e observar o efeito
  - Tente usar um comportamento aleatório para anular o pensamento/palavra ruim, tal como: envolver-se em outra atividade (lavar louça, estudar, jogar, etc)
- **Nível avançado**
  - Quando tiver que usar uma palavra boa para anular um pensamento/palavra ruim, espere 5 minutos antes de usar a palavra boa (nos próximos dias, aumente este intervalo para 10 minutos, 20, e assim por diante)...

- Quando vier a palavra/pensamento ruim na sua cabeça, não tente usar palavra boa para afastá-lo, apenas deixe ele vir, assim ele irá embora eventualmente

**J12. Tenho que memorizar fatos e informações, filmes, nomes de artistas;**

- **Nível inicial**
  - Tente memorizar apenas parte dos fatos, filmes, ou nomes que você costuma memorizar
  - Quando acontecer alguma coisa que você queira memorizar, ou quando você assistir um filme, tente fazer alguma outra atividade logo depois que o faça pensar em outra coisa. Após isso, tente relatar o fato ou filme para algum familiar e veja o que acontece. Faça o mesmo no dia seguinte.
- **Nível avançado**
  - Quando se perceber tentando memorizar algo, pense em alguma outra coisa
  - Não fique tentando memorizar fatos e informações, filmes, nomes de artistas. Você lembrará das coisas relevantes quando for necessário contar. E se você não lembrar algo que não é relevante, qual o problema? Faça o teste!

**J13. Preciso repassar repetidamente situações passadas para lembrá-las perfeitamente;**

- **Nível inicial**
  - Tente repassar apenas parte das situações passadas
  - Quando acontecer algo, procure não repassar isso durante o dia. No dia seguinte, conte a um amigo a situação, e observe o resultado
- **Nível avançado**
  - Quando se perceber tentando repassar uma situação, pense em alguma outra coisa
  - Não fique tentando repassar situações passadas. Você lembrará das coisas relevantes quando for necessário contar. E se você não lembrar algo que não é relevante, qual o problema? Faça o teste!

**J14. Preciso repetir certa sequencia de palavras ou números;**

- **Nível inicial**
  - Tente trocar a ordem da sequência que você costuma repetir
  - Tente repetir a sequência faltando a última parte
  - Tente repetir a sequência pela metade
- **Nível avançado**
  - Fique um dia sem repetir a sequência
  - Fique dois dias sem repetir a sequência
  - Fique uma semana sem repetir a sequência
  - Não repita mais a sequência

**J15. Preciso repetir certas palavras ou frases ao contrário.**

**Quais?:** \_\_\_\_\_

- **Nível inicial**
  - Repetir apenas metade da palavra ou frase
  - Repetir a palavra ou frase sem ser ao contrário
- **Nível avançado**
  - Fique um dia sem repetir a palavra ou frase
  - Fique dois dias sem repetir a palavra ou frase
  - Fique uma semana sem repetir a palavra ou frase
  - Não repita mais a palavra ou frase

**J16. Faça algumas dessas repetições ou contagens acreditando que com isso evito que algo de muito ruim possa acontecer.**

**Quais:** \_\_\_\_\_

- **Nível inicial**
  - Reduza apenas um pouco o número das repetições ou contagens
  - Reduza pela metade o número das repetições ou contagens
- **Nível avançado**
  - Por uma hora, não faça a repetição ou contagem
  - Pela manhã, não faça a repetição ou contagem
  - Pela manhã e pela tarde, não faça a repetição ou contagem
  - Durante um dia inteiro, não faça a repetição ou contagem (e depois por dois dias, três dias, uma semana)
  - Não faça mais a repetição ou contagem

## **K. OBSESSÕES**

### **K1. Tenho a necessidade de saber ou de ficar lembrando nomes de pessoas, artistas, cantores, ou conteúdo de anúncios luminosos, letreiros, placas de carro, etc.;**

- **Nível inicial**
  - Tente memorizar apenas parte dos nomes ou conteúdos que você costuma memorizar
  - Quando acontecer de você querer memorizar algo, tente fazer alguma outra atividade logo depois, que o faça pensar em outra coisa. Após isso, tente falar o nome ou conteúdo para algum familiar e veja o que acontece. Faça o mesmo no dia seguinte.
- **Nível avançado**
  - Quando se perceber tentando memorizar algo, pense em alguma outra coisa
  - Não fique tentando memorizar nomes e conteúdos. Você lembrará das coisas relevantes quando for necessário contar. E se você não lembrar algo que não é relevante, qual o problema? Faça o teste!

### **K2. Tenho medo excessivo de dizer certas coisas ou palavras de forma errada ou esquecendo detalhes;**

- **Nível inicial**
  - Propositadamente, fale algumas coisas ou palavras erradas para algum amigo ou familiar
  - Propositadamente, narre algum acontecimento “esquecendo” detalhes
- **Nível avançado**
  - Quando tiver que narrar algum acontecimento, preocupe-se apenas com o essencial. Você não esquecerá daquilo que for mais importante. E se você não lembrar algo que não é relevante, qual o problema? Faça o teste!
  - Quando estiver falando com alguém, preocupe-se em dizer o essencial. Se você errar alguma palavra, é provável que a pessoa entenda de qualquer forma

### **K3. Tenho medo excessivo de perder coisas;**

- **Nível inicial**
  - Peça para algum familiar “perder” alguma coisa sua que seja irrelevante (ex: deixar uma caneta embaixo da mesa ou algo parecido). Depois de uma hora, peça para ele lhe dizer em que região está e procure.
  - Peça para algum familiar “perder” alguma coisa sua que seja relevante (ex: um livro que você vai precisar para estudar para a próxima semana). Mas só procure depois de um dia, e sem dicas do familiar.
- **Nível avançado**
  - Uma vez por dia, use algum objeto e deixe-o em um lugar que você não enxergue em uma primeira olhada. Depois, procure fazer outras coisas e só volte a usar o objeto no dia seguinte.
  - Não fique com medo excessivo de perde as coisas, lembre-se: “Quem procura, acha”. Você eventualmente irá encontrar aquilo de que precisa.

#### **K4. Tenho medo excessivo de cometer erros;**

- **Nível inicial**
  - Cometa um erro leve propositadamente em algum jogo com amigos ou colegas.
  - Pergunte para familiares, amigos e colegas se eles costumam cometer erros, e o que fazem quando isso acontece
- **Nível avançado**
  - Cometa um erro propositadamente quando estiver fazendo um trabalho, uma prova, ou algo no seu trabalho. Logo após cometer este erro, corrija-o.
  - Quando estiver fazendo um trabalho no qual não pode cometer erros, lembre-se de que o medo não ajuda a evitar erros. Uma (e não mais que isso) revisão bem realizada é a melhor forma.

#### **K5. Minha mente é invadida por certas imagens (não-violentas).**

**Quais?** \_\_\_\_\_

- **Nível inicial**
  - Pense nessas imagens durante 5 minutos
  - Faça um desenho dessas imagens em um papel e olhe todos os dias
- **Nível avançado**
  - Pense nestas imagens por 15 minutos
  - Quando estas imagens vierem na sua cabeça, não se preocupe. Continue o que estava fazendo. Da mesma forma que vieram, elas irão embora, eventualmente.

#### **K6. Minha mente é invadida por sons, palavras ou músicas sem sentido.**

**Quais?** \_\_\_\_\_

- **Nível inicial**
  - Pense nesses sons, palavras ou músicas durante 5 minutos
  - Quando estiver sozinho, sussurre estes sons ou palavras, ou cante essa música, todos os dias
- **Nível avançado**
  - Quando estiver sozinho, repita em voz alta estes sons ou palavras, ou cante essa música, todos os dias
  - Quando estas coisas vierem na sua cabeça, não se preocupe. Continue o que estava fazendo. Ou se preferir, “brinque” com elas, diga as palavras rindo, cante a música. Da mesma forma que vieram, elas irão embora, eventualmente.

#### **K7. Faça contagens sem uma razão especial;**

- **Nível inicial**
  - Observar quantas vezes por dia você faz essas contagens e reduzir o número de vezes gradativamente
  - Observar quantas vezes por dia você faz essas contagens e reduzir o número de vezes pela metade
  - Quando tiver vontade de realizar a contagem, comece mas interrompa no meio
  - Quando tiver vontade de realizar a contagem, diga apenas o primeiro número
- **Nível avançado**
  - Quando tiver vontade de realizar a contagem, procure se envolver em outra atividade
  - Quando tiver vontade de realizar a contagem, lembre a si mesmo que você pode fazer isso se quiser, mas também pode não fazer isso se não quiser

#### **K8. Me preocupo demasiadamente com certas funções corporais: respiração, deglutição, piscar de olhos, irregularidades nos dentes;**

- **Nível inicial**
  - Tente ficar 15 segundos sem respirar (depois 30 segundos, depois 1 minuto)
  - Tente ficar 15 segundos sem piscar os olhos (depois 30 segundos, depois 1 minuto)

- Quando estiver comendo, tente impedir a deglutição no meio do caminho
- Tente empurrar os seus dentes para ver se você consegue causar alguma irregularidade
- **Nível avançado**
  - Quando essas preocupações vierem na sua cabeça, simplesmente continue o que estava fazendo e procure se envolver em alguma atividade
  - Quando essas preocupações vierem na sua cabeça, lembre-se que seu corpo funciona bem sozinho

**K9. Certos sons ou barulhos (relógio, buzinas, sons de carros) me incomodam muito, e não consigo deixar de prestar atenção neles.**

- **Nível inicial**
  - Fique 5 minutos prestando atenção no som de um relógio
  - Fique 5 minutos prestando atenção no som dos carros e buzinas da rua
- **Nível avançado**
  - Uma vez por dia, fique 15 minutos prestando atenção no som de um relógio (depois 30 minutos)
  - Uma vez por dia, fique 15 minutos prestando atenção no som dos carros e buzinas da rua (depois 30 minutos)

## **L. COMPULSÕES DIVERSAS**

**L1. Fazer listas mesmo de atividades rotineiras que se repetem todos os dias da semana;**

- **Nível inicial**
  - Faça uma lista de todas as suas atividades, categorizando-as em Muito inusitadas, inusitadas, normais, rotineiras, muito rotineiras
  - Não incluir na sua lista de atividades nenhuma atividade da categoria `muito rotineiras`
  - Não fazer uma lista de atividades rotineiras para amanhã. Ao final do dia, observe se deixou de fazer alguma coisa por não ter feito uma lista
- **Nível avançado**
  - Não faça mais listas de atividades rotineiras. Marque apenas atividades e compromissos que sejam diferentes do usual (inusitadas ou muito inusitadas), ou que mudem o horário de uma semana para outra

**L2. Tocar, bater de leve ou roçar em objetos, móveis, paredes;**

- **Nível inicial**
  - Quando tiver necessidade de tocar em objetos, móveis ou paredes, fazer isso por menos tempo do que você geralmente costuma fazer
  - Chegar muito perto mas não tocar nem roçar nos objetos, móveis ou paredes
- **Nível avançado**
  - Impedir-se de tocar ou roçar em objetos, móveis e paredes por uma hora
  - Impedir-se de tocar ou roçar em objetos, móveis e paredes por um dia (depois dois dias, três dias, uma semana)
  - Não tocar ou roçar mais em objetos, móveis ou paredes

**L3. Olhar fixamente ou para os lados, estalar os dedos ou as articulações (juntas) dos ossos do corpo.**

- **Nível inicial**
  - Diminuir o tempo que você olha fixamente ou para os lados pela metade
  - Quando perceber que está olhando fixamente para alguma coisa, ficar trocando de `alvo`. Quando perceber que está olhando demais para os lados, escolher alguns alvos a sua frente e focar-se neles

- Observar quantas vezes você estala as juntas por dia, e reduzir o numero de vezes
- Observar quantas vezes você estala as juntas por dia, e reduzir o numero de vezes pela metade
- Estalar apenas metade dos dedos ou das articulacoes
- **Nível avançado**
  - Quando perceber que esta olhando fixamente para alguma coisa, ficar trocando de `alvo`.
  - Quando perceber que esta olhando demais para os lados, escolher alguns alvos a sua frente e focar-se neles
  - Quando sentir vontade de estalar os dedos ou as articulacoes, faça um relaxamento muscular, ou envolva-se em alguma outra atividade que exija sua atencao

## **M. COMPORTAMENTOS RELACIONADOS AO TOC**

### **M1. Tenho tiques motores (piscar os olhos, movimentar a cabeça, os ombros) ou vocais (emitir um som, pigarrear);**

- **Nível inicial**
  - Fique sem piscar os olhos nenhuma vez por 10 segundos, depois 30 segundos, depois 1 minuto
  - Quando sentir vontade de piscar os olhos, deixe-os bem abertos. Volte a piscar normalmente após 10 segundos
  - Fique sem emitir tiques motoresvocais por 5 minutos (depois 10 minutos, depois 1 hora, depois 1 dia)
  - Quando sentir vontade de emitir tiques vocais, faça algum barulho diferente do que esta acostumado (mude o som, pigarreie de outra forma, faça algo que você perceba claramente como sendo diferente)
- **Nível avançado**
  - Quando sentir vontade de piscar os olhos, não pisque. Envolve-se em alguma atividade
  - Quando sentir vontade de emitir um tique vocal, permaneça em absoluto silencio. Envolve-se em alguma atividade

\*Se você não conseguir se impedir de realizar os tiques, possivelmente seu diagnóstico é outro. Neste caso, procure atendimento presencial com um profissional psicólogo ou psiquiatra

### **M2. Arranco cabelos, pelos pubianos, fios das sobrancelhas, pelos das axilas;**

- **Nível inicial**
  - Observe o numero de fios e pelos que você arranca, e reduza esse numero
  - Observe o numero de fios e pelos que você arranca, e reduza esse numero pela metade
  - Fique um dia sem arrancar fios e pelos
- **Nível avançado**
  - Fique uma semana sem arrancar fios e pelos
  - Quando sentir vontade de arrancar fios e pelos, não arranque, e envolva-se em outra atividade
  - \*Se você não conseguir se impedir de arrancar pelos e fios, possivelmente seu diagnóstico é outro. Neste caso, procure atendimento presencial com um profissional psicólogo ou psiquiatra

### **M3. Tenho o hábito de roer unhas, morder as cutículas;**

- **Nível inicial**
  - Observe o tempo que você passa roendo unhas ou mordendo cuticulas e diminua esse tempo
  - Observe o tempo que você passa roendo unhas ou mordendo cuticulas e diminua esse tempo pela metade
  - Fique um dia sem roer unhas ou morder cuticulas
- **Nível avançado**
  - Fique uma semana sem roer unhas ou morder cuticulas

- Quando sentir vontade de roer unhas ou morder cutículas, não faça isso, e envolva-se em outra atividade
- \*Se você não conseguir se impedir de roer unhas e morder cutículas, possivelmente seu diagnóstico é outro. Neste caso, procure atendimento presencial com um profissional psicólogo ou psiquiatra

#### **M4. Automutilações: tenho o hábito de me beliscar, mexer nos olhos com força;**

- **Nível inicial**
  - Observe o tempo que você passa se beliscando e mexendo nos olhos e diminua esse tempo
  - Observe o tempo que você passa se beliscando e mexendo nos olhos e diminua esse tempo pela metade
  - Quando for beliscar-se ou mexer nos olhos faça isso de forma bem leve, que não machuque
  - Fique um dia sem se beliscar ou mexer nos olhos
- **Nível avançado**
  - Fique uma semana sem se beliscar ou mexer nos olhos
  - Quando sentir vontade de se beliscar ou mexer nos olhos, não faça isso, e envolva-se em outra atividade

\*Se você não conseguir se impedir de se beliscar e mexer nos olhos com força, possivelmente seu diagnóstico é outro. Neste caso, procure atendimento presencial com um profissional psicólogo ou psiquiatra

#### **M5. Tenho o hábito de coçar a cabeça, cutucar os dentes com a língua, espremer espinhas de forma excessiva;**

- **Nível inicial**
  - Observe o tempo que você passa praticando estes hábitos e diminua esse tempo
  - Observe o tempo que você passa praticando estes hábitos e diminua esse tempo pela metade
  - Fique um dia sem se beliscar ou mexer nos olhos
- **Nível avançado**
  - Fique uma semana sem se beliscar ou mexer nos olhos
  - Quando sentir vontade de se beliscar ou mexer nos olhos, não faça isso, e envolva-se em outra atividade

\*Se você não conseguir se impedir de emitir estes comportamentos, possivelmente seu diagnóstico é outro. Neste caso, procure atendimento presencial com um profissional psicólogo ou psiquiatra

#### **M6. Tenho o hábito de comprar compulsivamente (por impulso, sem planejamento prévio e geralmente sem necessidade).**

- **Nível inicial**
  - Faça uma tabela com os gastos mensais provenientes de compras que você realizou por impulso
  - Reduza os gastos de compras impulsivas
  - Fique uma semana sem comprar nada impulsivamente
- **Nível avançado**
  - Sempre que for comprar algo, vá com uma lista prévia das coisas que precisa, e não compre nada que esteja fora da lista
  - Evite passear por lojas ou shoppings sem que tenha um objetivo claro. Se já planejava comprar, vá direto para a loja que precisa
  - Fique um mês comprando apenas coisas que estavam nas suas listas

\*Se você não conseguir se impedir de comprar compulsivamente, possivelmente seu

diagnostico é outro. Neste caso, procure atendimento presencial com um profissional psicólogo ou psiquiatra

### **N. SINTOMAS NÃO APRESENTADOS NA LISTA**

**N1. Transcreva nas linhas abaixo obsessões, compulsões ou evitações que porventura não constaram na lista:**

---

---

---

- Procure aplicar o mesmo princípio dos exercícios anteriores a qualquer sintoma que não esteja na lista.

## ANEXO C: TCLE (Profissionais)

TIZRMO DI::COI"SI:NTM 8-.TO LIVI#: ESCLARI:ODO

### ESPEOALISTAS

Este estudo está sendo desenvolvido como projeto de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (LFGS). Temos como objetivo principal investigar os sintomas de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Através de sua participação, você poderá contribuir para o avanço da ciência e da compreensão dos mecanismos envolvidos na etiologia da doença.

Você será parte do grupo de especialistas que participará da realização de um programa de treinamento para pesquisadores. Você será responsável por conduzir o trabalho de campo com os participantes. O objetivo do estudo é avaliar o impacto de um programa de intervenção em pacientes com TOC. O tempo estimado para a realização do trabalho é de aproximadamente 12 meses. O objetivo do estudo é avaliar o impacto de um programa de intervenção em pacientes com TOC.

Não há riscos em participar deste estudo. O benefício direto em participar é o de que você pode adquirir conhecimentos e experiência em pesquisa científica. O benefício indireto é o de que você pode contribuir para o avanço da ciência e da compreensão dos mecanismos envolvidos na etiologia da doença.

Seu nome e endereço serão mantidos em sigilo e não serão divulgados para terceiros. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e não serão divulgados para terceiros. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e não serão divulgados para terceiros.

O pesquisador responsável por este projeto é o Prof. Dr. Gustavo G. do Amaral, Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro Barcelos, 2600 – sala 12J, Porto Alegre – RS. Telefone: 51-308-5101. O e-mail é gdoamaral@ufrgs.br. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS. R: Ramiro Barcelos, 2600. O telefone para contato é 51-308-5101 (c/ Ramiro Barcelos, Secção de) ou 51-308-5101 (Secção de) do Instituto de Psicologia e o e-mail é gdoamaral@ufrgs.br.

Neste presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado(a) dos pontos principais da pesquisa.

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO D: Questionário sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Nome (Iniciais): \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado civil: Solteiro  Casado  Divorciado  União Civil  Outro (qual?)

Escolaridade:  Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto

Ensino Médio Completo

Ensino Superior Incompleto

Curso: \_\_\_\_\_

Ensino Superior Completo

Curso: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação Incompleta

Área: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação Completa

Área: \_\_\_\_\_

Cidade onde reside: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Renda mensal aproximada: R\$ \_\_\_\_\_

Filho: Não tem  1  2  3  4 ou mais

Ajuda

Você toma alguma medicação? Qual (is)?

Você faz algum acompanhamento por problema/apêndice?

Você sofre de algum problema médico?

Alguma vez já foi diagnosticado por algum psiquiatra ou psicólogo? O que, quando?

## ANEXO E: Questionário de habilidade com tecnologia

### Questionário de Habilidade com Tecnologia

Você sabe utilizar um computador?

Sim  Não

Com que frequência você utiliza o computador?

- Aproximadamente 1 a 2 vezes por mês
- Aproximadamente 1 a 2 vezes por semana
- Quase todos os dias
- Todos os dias

Quantas horas por dia você utiliza o computador?

- Menos de 1 hora por dia
- Entre 1 e 3 horas por dia
- Entre 3 e 6 horas por dia
- Entre 6 e 10 horas por dia
- Mais de 10 horas por dia

Como você avalia seu nível de habilidade com o computador:

- Baixa (sempre nas básicas)
- Média (seus principais recursos de computador e Internet)
- Alta (sempre resolve os problemas de seu filho)

Quanto você gosta de utilizar o computador? Circule o número que mais se aproxima da sua opinião (0= Não gosto nem um pouco; 4=gosto muito).

0                      2                      3                      4

## ANEXO F: Y-BOCS

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

As questões 1 a 5 são sobre PENSAMENTOS OBSESSIVOS.

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

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo

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

As questões seguintes são sobre COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS.

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

<p><b>6 TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</b></p> <p>P.: Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos?</p> <p>0 0 - Nenhum</p> <p>0 1 - Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamento compulsivo</p> <p>0 2 - Moderado: 1 a 3 horas/dia e realização das compulsões (ou execução de comportamentos compulsivos)</p> <p>0 3 - Grave: mais de 3 horas/dia e até 8 horas/dia ou execução muito frequente de comportamentos compulsivos</p> <p>0 4 - Muito grave: mais de 8 horas/dia e realização de compulsões (ou execução) de comportamentos compulsivos muito frequente</p>	<p><b>9 ... COMPULSÕES</b></p> <p>P.: Até que ponto você se sente obrigado a controlar suas compulsões?</p> <p>0 0 - Faz sempre o melhor para resistir a elas</p> <p>0 1 - Tenta resistir na maior parte das vezes</p> <p>0 2 - Faz algum esforço para resistir</p> <p>0 3 - Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância</p> <p>0 4 - Cede completamente a todas as compulsões de modo automático</p>
<p><b>7 ... A PREVALÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</b></p> <p>Até que ponto as compulsões interferem em sua vida social ou profissional? Em alguma atividade diária? Você deve fazer algo por causa das compulsões? (Atualmente não tiver trabalhado, não trabalha ou ponto mensal de trabalho)</p> <p>0 0 - Nenhuma</p> <p>0 1 - Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado</p> <p>0 2 - Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas ainda consegue desempenhar</p> <p>0 3 - Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional</p> <p>0 4 - Muito grave: interfere completamente</p>	<p><b>10 GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO</b></p> <p>P.: Com que frequência você se sente obrigado a controlar suas compulsões?</p> <p>0 0 - Controle total</p> <p>0 1 - Bom controle: sente-se pressionado a controlar suas compulsões</p> <p>0 2 - Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade</p> <p>0 3 - Controle leve: sente-se muito obrigado a realizar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões</p> <p>0 4 - Nenhum controle: a compulsão é experimentada como completamente involuntária; mesmo que se tente momentaneamente controlá-la, ela é executada automaticamente</p>
<p><b>8 NÍVEL DE ANSIEDADE RELACIONADO AOS COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS</b></p> <p>P.: Como você se sente se fosse obrigado a realizar (s) compulsão(s)? Quanto a ansiedade?</p> <p>0 0 - Nenhum</p> <p>0 1 - Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a execução</p> <p>0 2 - Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a execução</p> <p>0 3 - Grave: a ansiedade sobe a um nível muito elevado se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível muito elevado durante a execução</p> <p>0 4 - Muito grave: a ansiedade sobe a um nível muito elevado se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível muito elevado durante a execução</p>	

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

(OBSESSÕES + COMPULSÕES)

## ANEXO G: TCLE (Usuários)

TIZRMO DI::COI"SI:NTIM 8--TO LIVI. ESCLARI::ODO

### S ÁRIOS

Este estudo está sendo desenvolvido como projeto de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (LIRGS). Temos como objetivo descrever a um tratamento com utilização de técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A metodologia de pesquisa é qualitativa, com o uso de entrevistas e observação participante. Assim, o futuro dos participantes poderá ser beneficiado pelo estudo.

Se você participar deste estudo, você deverá responder a algumas perguntas e preencher questionários em dois momentos diferentes, o que poderá levar cerca de duas horas. O programa será realizado em um ambiente computadorizado que deverá ser realizado entre 7 dias (tempo mínimo) e 12 semanas (tempo máximo). Será dividido em 12 módulos. Consiste em leituras, perguntas, questionários, atividades e exercícios práticos. Ao longo do processo, você será contatado(a) por e-mail e por telefone caso precise esclarecer dúvidas sobre o programa e para ser informado(a) de utilidades. O telefone do pesquisador será **disponível** para situações de emergência. Além das informações fornecidas nos questionários, o registro será feito automaticamente no sistema de programação, tais como tempo de uso e esportes realizados.

O risco de participar deste estudo é o de que você pode sentir algum desconforto durante o momento ou pode não gostar de utilizar o programa. O benefício direto em participar deste estudo é que você pode se sentir melhor com uma redução dos sintomas de ansiedade. O benefício é amplo, pois a participação é o de que os resultados deste estudo podem ser utilizados em outros estudos computacionais, fornecendo ajuda para outras pessoas com TOC.

Você pode se retirar do estudo a qualquer momento se assim o desejar. Se necessário, ou se você desejar receber outro tipo de atendimento em vez do oferecido na pesquisa, você será informado de custos gratuitos com atendimento psicológico especializado. Se em qualquer momento do estudo, ocorrer algum problema de saúde ou acontecerem problemas de qualquer natureza, você poderá procurar o Médico Gerenciador do projeto, pelos telefones anexos. É importante lembrar que os benefícios são ótimos sempre, apesar do risco de violação de privacidade. Portanto, utilizamos todos os meios possíveis para que isso não aconteça.

Sem o registro do caráter confidencial das informações obtidas nesta pesquisa. Quando da publicação dos resultados de seus estudos, você não será identificado. Os dados coletados serão utilizados apenas para fins de pesquisa e serão mantidos por pelo menos cinco anos na Sala 123 do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramão Barcellos, 2600.

O pesquisador responsável por este projeto é o Profa. Dra. GISELE CAVALIERE do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramão Barcellos, 2600 – Sala 123. Ponto de Contato – RS. Telefone: 3308-5303. Contatos para informações e inscrições acerca da pesquisa podem ser feitos com Gerson Sigurdsson (Mestrando), pelo telefone (51) 82-176627 ou pelo e-mail: sigurdsson@ufrgs.br. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, Rua Ramão Barcellos, 2600. O telefone para contato é (51) 82-5698 (C/ Ricasardo

Rombo. Secretário ou JJS-5066 (Secretaria de: do ItirulD de: irologia) c: o c: nt: lil é c: p-  
psiro@uf br.

f: lo p: c: smt: T: rmo de: Com: nrim: nD Linc: c: Esdnrec: ido de: c: lnm que fui infcm do(n) dos  
p: c: c: dimtos c: objahos de: SUJ uisa be: m como d3 liba- d: ldc: de: retiror mc: ucom: nrim: nD a  
qwqua- momento. sem pal: lIZÇ00 ou p: c: jufzo algum.

Nome: completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Assinatura do Mestrando:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO H: Parecer CEP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA-  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Desenvolvimento de um tratamento cognitivo-comportamental computadorizado para Síntomas Obsessivo-Compulsivos

Pesquisador: Gustavo Gauer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15972113.3.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 516.213

Data da Relatoria: 13/10/2014

#### Apresentação do Projeto:

O projeto visa desenvolver um tratamento cognitivo-comportamental computadorizado para Transtorno Obsessivo-Compulsivo, utilizando a combinação de métodos qualitativos e quantitativos. Trata-se de um programa de autorregulação guiado e autoadministrado, com acompanhamento mínimo do pesquisador. O programa será baseado nos princípios dos modelos de tratamento em Terapia Cognitivo-Comportamental para TOC.

Serão realizados dois estudos: um experimental em TOC e outro com pessoas que apresentem Síntomas de TOC.

O estudo 1 consistirá na participação de 110 especialistas pesquisadores e clínicos com experiência no tratamento do TOC que serão convidados a avaliar um protótipo da terapia computadorizada através da participação em grupos focais. Este protótipo será apresentado aos profissionais pelo pesquisador, acompanhado de uma simulação em tempo real realizada por um bolsista de iniciação científica. Após a apresentação, os profissionais participarão de um grupo local com o objetivo de discutir a proposta de intervenção. Devido à extensão do programa, serão realizados dois grupos focais diferentes: o primeiro avaliará as etapas iniciais do programa (apresentação, avaliação e psicoeducação) enquanto o segundo avaliará as etapas posteriores (exposição e prevenção de respostas, modificação de crenças e prevenção de recaída). Cada grupo

Endereço: Rua Ramoalho 2600

Cidade: SMIL

CEP: 90.035-003

UF: RS

Localidade: PORTO ALEGRE

Tel: (51) 3333-5898

Fax: (51) 3333-5898

E-mail: ojs@psicologia.ufrgs.br

Continuação do Parecer: 516.213

terá duração aproximada de uma hora e meio. O objetivo desta avaliação é obter feedback de especialistas a respeito do tratamento computadorizado proposto. O grupo será coordenado pelo pesquisador, com assistência de um bolsista. Após a análise dos dados dos grupos focais, o protocolo será reformulado duas vezes antes de ser apresentado aos usuários.

O estudo 2 será realizado com usuários que possuam sintomas de TOC. AD fazer contato por telefone com o pesquisador, os interessados na pesquisa responderão duas perguntas de triagem para verificar se possuem sintomas de TOC. Em caso positivo, serão chamados para a avaliação presencial de onde 15 pacientes com sintomas de TOC serão selecionados para utilizar o programa de terapia computadorizada. O YBOCS aplicado no próprio programa avaliará o grau dos sintomas antes, durante e depois para observar os efeitos da intervenção computadorizada. AD final, os usuários passarão por uma entrevista semi-estruurada presencial, onde serão questionados sobre a experiência com o sistema e aspectos da usabilidade do mesmo. Uma versão final do programa será desenvolvida com base na análise da experiência dos usuários. O modelo final deverá estar pronto para utilização em estudos futuros.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver um tratamento computadorizado para Transtorno Obsessivo Compulsivo com base nos protocolos padronizados de Terapia Cognitivo-Comportamental.

Objetivo Secundário:

Construir um programa que esteja em consonância com os principais aspectos do tratamento cognitivo-comportamental do TOC; avaliar resultados preliminares de efetividade do programa em termos da redução dos sintomas de TOC; alcançar um programa que tenha um bom nível de usabilidade para os seus usuários; investigar em profundidade a experiência dos usuários do programa; avaliar e reformular constantemente o sistema.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos previstos para a participação na pesquisa. O usuário pode não se sentir confortável utilizando um programa de computador. O parecer inicial do Comitê de Ética sobre os eventuais riscos relacionados à exacerbação dos sintomas do TOC pelo uso do computador. Os pesquisadores argumentaram que não há registro na literatura sobre tratamentos online para TOC de algum tipo, o de eventual exacerbação de sintomas por uso contínuo de computador. Os pesquisadores se propuseram a incluir o rastreamento de sintomas de uso compulsivo de computador como um critério de exclusão de participação antes, a ser verificado

Endereço: Rua Ramalho Bastos 2600

Bairro: São Cecília

CEP: 90.035-011

Fone: (51) 3313-3088

Telefone: (51) 3313-3088

Telefone: (51) 3313-3088

Telefone: (51) 3313-3088

Fone: (51) 3313-3088

E-mail: oip@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 516.213

durante o processo de recrutamento, na forma de perguntas acrescidas aos questionários sócio-demográfico e de saúde.

**Benefícios:**

Redução nos sintomas Obsessivos e Inibitórios; conhecimento sobre o transtorno; contribuição para outros estudos desenvolvidos acerca dessa temática.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado que tem por objetivo desenvolver um programa computacional que auxilie no tratamento dos sintomas de TOC. O projeto apresenta uma consistente fundamentação teórica e possui um delineamento metodológico bem definido e caracterizado por diferentes etapas. Será desenvolvido um protótipo baseado em tratamentos presenciais bem estabelecidos e tratamentos computadorizados já propostos. A plataforma utilizada para o desenvolvimento do protótipo será o Microsoft Excel 2010. A linguagem de programação é o Visual Basic for Applications (VBA), uma linguagem presente em aplicativos do Microsoft Office, que possibilita a programação dirigida por eventos (event-driven).

A apresentação do conteúdo será predominantemente textual, podendo também dispor de algumas imagens e vídeos. A escolha foi realizada considerando o nível de complexidade e exigência do programa, e será aprimorada ao longo do seu desenvolvimento. O protótipo será submetido à avaliação de especialistas e usuários.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os TCLEs para os especialistas (estudo 1) e usuários (estudo 2) estão redigidos de forma clara, contendo todas as informações necessárias sobre o desenvolvimento da pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Indicações:**

Atendidas as pendências do parecer anterior.

**Situação do Parecer:**

APROVADO

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do**

**CEP:**

Endereço: Rua Ramalho Bastos 2600

Bairro: São Cecília

CEP: 91513-001

Cidade: Porto Alegre

Tel: (51) 308-5698

Fax: (51) 3130-5698

E-mail: oij15ico@u.u.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -  
UFRGS



Continuação do Parecer: 516.213

PORTO ALEGRE, 28 de Janeiro de 2014

---

Assinado por:  
Carluza Marilene Trentini  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramalho Bastos 2600  
Bairro: São Cecília CEP: 91335-001  
UF: RS **Endereço:** PORTO ALEGRE  
Telefone: 51 308-5698 Fone Fax: 51 308-5698 E-mail: psic@ufrgs.br

Página 04 de 04

## ANEXO I: Conteúdo das páginas

### Módulo 1

**Nome1:** Inserção do nome/apelido do usuário.

**PreAval1:** Apresentação do Dr X (terapeuta virtual) e dos botões “Prosseguir” e “Sair”.

**Aval1:** Questões sobre o motivo de estar utilizando o programa, presença de obsessões, compulsões e situações ativadoras de ansiedade.

**PreMod1:** Apresentação da estrutura e sequência dos módulos.

**RevHum1:** Avaliação subjetiva de sintomas do TOC, Humor, Ansiedade.

**SumM1:** Sumário do conteúdo do Módulo 1.

**Pg1M1:** O que é o TOC, qual sua prevalência e principais características.

**Pg2M1:** O que são obsessões e quais os tipos mais comuns?

**Pg3M1:** Diferença entre pensamentos normais e obsessões.

**Pg4M1:** Resumo do que foi visto até então.

**Pg5M1:** O que são compulsões e quais os tipos mais comuns?

**Pg6M1:** O que são compulsões mentais? Exemplos. **Pg7M1:**

O que são evitações e quais os tipos mais comuns? **Pg8M1:**

Diferença entre TOC e manias consideradas normais.

**Pg9M1:** Definindo os critérios para saber se uma mania é patológica ou não: grau de ansiedade, presença de compulsões neutralizadoras, grau de prejuízo na vida da pessoa.

**Pg10M1:** Introdução ao Quiz.

**ResultQ1:** Resultado do Quiz 1.

**ResumoM1:** Resumo dos tópicos que foram trabalhados no módulo.

**TarefaM1:** Designação da tarefa. Assistir vídeo da entrevista do cantor Roberto Carlos. Link para o vídeo.

**Fim M1:** Encerramento do primeiro módulo. Explicação de que o usuário só poderá começar o próximo módulo após 24 horas. Sugestão de não deixar passar mais do que dois dias para voltar a usar o programa. Lembrança de realizar a tarefa.

**AvalM1:** Preenchimento do primeiro Y-BOCS.

**QuestM1:** Preenchimento do questionário de usabilidade do módulo 1.

## Módulo 2

**Pg1M2:** Saudação ao usuário e lembrança breve de como funciona o programa.

**RevHum2:** Avaliação subjetiva de sintomas do TOC, Humor, Ansiedade.

**Pg2M2:** Breve revisão do conteúdo do módulo anterior.

**Pg3M2:** Questionamento ao usuário se realizou a tarefa (e respectivo feedback). Link para o vídeo.

**Pg4M2:** Sumário do conteúdo do Módulo 2.

**Pg5M2:** Explicação dos fatores neurobiológicos e base genética do TOC.

**Pg6M2:** Síntese e importância de entender que o TOC tem uma base neurobiológica.

**Pg7M2:** Como funcionam o aprendizado e o comportamento. Reforço e punição.

**Pg8M2:** Fluxograma do modelo comportamento do TOC.

**Pg8.2M2:** Aplicação dos princípios comportamentais no TOC. Exemplos. Explicação sobre o funcionamento das compulsões na ansiedade e no comportamento.

**Pg9M2:** Fluxograma do modelo cognitivo-comportamental do TOC.

**Pg9.2M2:** Como surgem e como se mantêm as obsessões. Importância da avaliação cognitiva.

**Pg10M2:** O que são crenças e qual sua importância?

**Pg11M2:** Resumo das crenças e distorções.

**Pg12M2:** Principais crenças e distorções associadas ao TOC.

**Pg13M2:** Ponte para o Quiz. Aviso de que no próximo módulo se falará a respeito do que fazer com as crenças e comportamentos.

**ResultQ2:** Resultado do Quiz 2.

**ResumoM2:** Resumo dos tópicos que foram trabalhados no módulo.

**TarefaM2:** Designação da tarefa. Assistir vídeo que mostra a rotina de uma pessoa com TOC (duas partes).

**Fim M2:** Encerramento do segundo módulo. Explicação de que o usuário só poderá começar o próximo módulo após 24 horas. Sugestão de não deixar passar mais do que dois dias para voltar a usar o programa. Lembrança de realizar a tarefa.

**QuestM2:** Preenchimento do questionário de usabilidade do módulo 1.

### Módulo 3

**Pg1M3:** Saudação ao usuário e lembrança breve de como funciona o programa.

**RevHum3:** Avaliação subjetiva de sintomas do TOC, Humor, Ansiedade.

**Pg2M3:** Breve revisão do conteúdo do módulo anterior.

**Pg3M3:** Questionamento ao usuário se realizou a tarefa (e respectivo feedback). Link para o vídeo (duas partes).

**Pg4M3:** Sumário do conteúdo do Módulo 3.

**Pg5M3:** O que é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), seus fundamentos básicos e comentários sobre sua eficácia e efetividade.

**Pg6M3:** Fluxograma do modelo da TCC.

**Pg7M3:** Exemplo do modelo da TCC aplicado a alguém com pensamentos negativos e alguém com fobia a elevador.

**Pg7.2M3:** Exemplo do modelo da TCC aplicado ao TOC. Por que as obsessões voltam?

**Pg8M3:** Definição das principais características da TCC.

**Pg9M3:** Continuação da definição das principais características da TCC..

**Pg10M3:** Como funciona um tratamento em TCC? Explicação sobre a Exposição e prevenção de resposta. Gráfico do nível de ansiedade e sua redução ao longo do tempo de exposição.

**ResultQ3:** Resultado do Quiz 3.

**ResumoM3:** Resumo dos tópicos que foram trabalhados no módulo.

**Aval2:** Preenchimento do segundo Y-BOCS.

**EncamM3:** Feedback sobre a gravidade dos sintomas de acordo com o Y-BOCS. Em níveis mais altos, sugeriu-se que a pessoa procurasse um especialista (psicólogo ou psiquiatra) para realizar uma avaliação presencial.

**Fim M3:** Encerramento do terceiro módulo. Agradecimento ao usuário e disponibilização do pesquisador para eventuais dúvidas.

**QuestM3:** Preenchimento do questionário de usabilidade do módulo 1.

**FimProg:** Última tela, solicitando que o usuário entre em contato com o pesquisador para avisá-lo de que encerrou o programa.