

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ARTUR JOSÉ GOMES FARIAS
THAMARA THALITA MARTINS AMORIM

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: CARACTERIZAÇÃO E O PAPEL DA
FAMÍLIA NO TRATAMENTO

São Luís
2015

**ARTUR JOSÉ GOMES FARIAS
THAMARA THALITA MARTINS AMORIM**

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: CARACTERIZAÇÃO E O PAPEL DA
FAMÍLIA NO TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof^a Me. Janete Valois Ferreira Serra

São Luís
2015

**ARTUR JOSÉ GOMES FARIAS
THAMARA THALITA MARTINS AMORIM**

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: CARACTERIZAÇÃO E O PAPEL DA
FAMÍLIA NO TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Janete Valois Ferreira Serra
Psicóloga Mestre em Psicologia Social

1º EXAMINADOR

2º EXAMINADOR

RESUMO

Revisão bibliográfica sobre o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo e o papel da família junto aos pacientes. O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença crônica de alta prevalência no cenário mundial. Caracteriza-se por pensamentos obsessivos que geram estresse no paciente, que só consegue alívio ao realizar atos compulsivos que podem tornar-se rituais e afetar o cotidiano do doente, levando-o ao isolamento social. É uma doença normalmente incapacitante, afetando todo o núcleo familiar do paciente, que acabam por exercer função primordial no prognóstico da doença. As atuais políticas públicas brasileiras transferiram grande parte da responsabilidade pelo cuidado do doente mental para a família. Estudos mostram que a família pode tanto colaborar na melhoria dos sintomas quanto agravá-los, tornando-os crônicos. Revelam também a dificuldade que a família apresenta para lidar com esse tipo de paciente, devido ao despreparo quase sempre evidente. Nesse trabalho são descritos fenômenos importantes ao se falar do transtorno obsessivo-compulsivo, como a sobrecarga e a acomodação familiar, que acabam por trazer prejuízos ao tratamento do doente. Assim, faz-se necessário que os profissionais da saúde estejam sempre atualizados e preparados a oferecer o suporte adequado ao paciente e também aos familiares, de modo que o tratamento possa ter os melhores resultados possíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno obsessivo-compulsivo. Tratamento. Família.

ABSTRACT

Literature review on the treatment of obsessive-compulsive disorder and the role of the Family. Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic disease of high prevalence all around the world. It is characterized by obsessive thoughts which generate stress in the patient that can only be relieved when performing compulsive acts that can become rituals and affect his daily life, leading him to social isolation. It is usually a disabling disease that affects the whole household of the patient, and they end up exercising a fundamental role in the prognosis of the disease. Brazil's current public policies have transferred much of the responsibility for the care of the mentally ill for the Family. Studies show that the family can collaborate improving the symptoms or aggravate them, making them chronic. It also reveals the difficulty that the family has to deal with this type of patient, due to unpreparedness almost always evident. In this work are described important phenomena in obsessive-compulsive disorder, as overload and family accommodation, which ultimately harm the patient's treatment. Thus, it is necessary that health professionals are up to date and prepared to offer adequate support to the patient and also to Family, so that the treatment can have the best possible results.

KEY-WORDS: Obsessive-compulsive disorder. Treatment. Family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1. CARACTERIZANDO O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC). 8	8
1.1 O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).....	8
1.2 Epidemiologia.....	9
1.3 Diagnóstico e quadro clínico.....	10
1.4 Diagnóstico diferencial.....	12
1.5 Comorbidades	15
1.6 Etiologia.....	16
1.7 Tratamento.....	18
1.8 Qualidade de vida de pacientes com TOC.....	20
2. O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TOC.....	22
2.1 O conceito de família.....	22
2.2 A reforma psiquiátrica no Brasil.....	23
2.3 Alguns reflexos da reforma psiquiátrica.....	25
2.4 A importância da família no tratamento do TOC.....	26
2.5 A sobrecarga familiar.....	27
2.6 O fenômeno da acomodação familiar.....	28
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo caracteriza-se pela presença (simultânea ou não) de pensamentos obsessivos e atos compulsivos. De maneira didática, o que ocorre nesse transtorno é que o paciente, ao manifestar uma obsessão (obsessões, segundo são pensamentos, impulsos ou imagens mentais recorrentes, intrusivos e desagradáveis, reconhecidos como próprios e que causam ansiedade ou mal-estar relevantes ao indivíduo, tomam tempo e interferem negativamente em suas atividades e/ou relacionamentos), é acometido de estresse e normalmente levado a um ritual compulsivo como forma de alívio desse estresse (TORRES; SMAIRA, 2001).

As obsessões mais comuns são: preocupação com sujeira ou secreções corporais, medo de que algo terrível possa acontecer a si mesmo ou a alguém querido, preocupação com simetria e escrupulosidade. As principais compulsões são: lavagem de mãos, verificação de portas, ordenação e arrumação, contagem e colecionismo (PAES *et al.*, 2011).

As obsessões e compulsões não são características exclusivas deste transtorno, podendo ser verificadas também em depressões e esquizofrenia. Entretanto, nos portadores de TOC, elas formam um círculo vicioso difícil de ser interrompido, uma vez que as compulsões são uma forma de alívio da ansiedade e da aflição causadas pelas obsessões (SOARES NETO *et al.*, 2011).

Esses rituais compulsivos acabam por trazer vergonha ao sujeito que acaba buscando o isolamento social, o que se torna um agravante da doença, pois gera comorbidades, tais como a depressão, e pode levar até ao suicídio. Ou seja, claramente esse transtorno tem um impacto muito grande na vida do doente, às vezes levando até mesmo à incapacidade. O doente deixa de trabalhar, estudar, ou fazer qualquer outra atividade, e se isola no lar, tornando-se às vezes avesso até à própria família.

Existem tratamentos para o TOC, com opções farmacêuticas e psicossociais. Muitos fármacos têm efeito comprovado na diminuição dos sintomas do TOC. Também, faz-se uso de terapias cognitivo-comportamentais, como tentativa de fazer o paciente ter controle sobre seus impulsos. A forma de tratamento indicada vai depender da gravidade do transtorno e da presença ou não de comorbidades, mas em geral indica-se o uso das duas estratégias simultaneamente.

Porém, para que o tratamento seja eficaz, faz-se necessária a participação da família, uma vez que a mesma é também afetada pelas consequências da doença, e também afeta a maneira que o paciente responde às suas limitações. Ou seja, muitos são os desafios enfrentados pelos pacientes e por sua família na busca de uma melhor qualidade de vida quando afetados por esse transtorno.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi fazer uma revisão da literatura disponível sobre o transtorno obsessivo-compulsivo, buscando caracterizá-lo (**CAPÍTULO I**) e discutir a respeito do papel que a família exerce no tratamento dos pacientes que apresentam esse transtorno (**CAPÍTULO II**)

CAPÍTULO I

CARACTERIZANDO O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

1.1 O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Para entender o que seria o transtorno obsessivo-compulsivo, primeiro devemos buscar definições para obsessões e compulsões, de acordo com a psicologia. Define-se obsessões como ideias, pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e persistentes vivenciados como intrusivos e que provocam ansiedade; E compulsões como sendo comportamentos repetitivos ou atos mentais que visam reduzir essa ansiedade (APA, 2003). A presença dessas duas características, frequentemente associadas, é que transmite a ideia de que o paciente possua esse transtorno mental. Apenas transmite a ideia porque esses comportamentos não são exclusivos do transtorno obsessivo-compulsivo, podendo ser evidenciados em outras doenças, tais como esquizofrenia e depressão. A diferença é que, nos portadores de TOC, um círculo vicioso difícil de ser interrompido é formado, uma vez que as compulsões são uma forma de alívio da ansiedade e da aflição causada pelas obsessões (SOARES NETO *et al.*, 2011). Assim, enquanto as obsessões causam desconforto emocional, os rituais compulsivos (sempre excessivos, rituais ou mágicos) tendem a aliviá-lo, mas não são prazerosos (TORRES; SMAIRA, 2001).

Revisando a literatura disponível acerca do tema, pode-se elencar como obsessões comuns: preocupação com sujeira ou secreções corporais, medo de que algo terrível possa acontecer a si mesmo ou a alguém querido, preocupação com simetria e escrupulosidade. Em relação às compulsões, as principais seriam: lavagem exagerada de mãos, verificação de portas, ordenação e arrumação, contagem e colecionismo (PAES *et al.*, 2011). Pensando sobre a obsessão em relação à sujeira e secreção corporais, facilmente percebe-se a presença comum de medo exagerado nesses pacientes, que os leva a evitar tocar em objetos, como móveis, dinheiro e corrimões de escadas e, até mesmo, faz com que eles deixem de frequentar lugares considerados sujos ou contaminados (MATHIS *et al.*, 2011).

A grande preocupação nesse transtorno é o impacto causado pelas obsessões e compulsões na vida dos pacientes. Pessoas com TOC passam a ter dificuldades na convivência familiar, profissional, e social de um modo geral. A vergonha causada pela realização de seus rituais os leva geralmente ao isolamento. Desta forma, é comum encontrar pacientes com TOC que são divorciados, desempregados, etc., pois apresentam dificuldades de integração social.

1.2 Epidemiologia

O transtorno obsessivo-compulsivo encontra algumas dificuldades em relação a estudos epidemiológicos. Isso ocorre pelo fato de muitos pacientes não buscarem atendimento por uma série de motivos, como vergonha, dificuldades financeiras, tentativa de resolver o problema sozinho, preconceito em relação a tratamentos psiquiátricos e aos efeitos colaterais das medicações, entre outros. Também, às vezes ocorre que o paciente não sabe qual médico procurar, sendo comum que o diagnóstico ocorra em consultas de outras especialidades, onde o paciente busca ajuda para consequências do transtorno, porém não cita os sintomas obsessivo-compulsivos – por exemplo, busca tratamento de lesões secundárias a compulsões de lavagem (SIMONDS; ELLIOT, 2001). A consequência principal disso é o atraso no tratamento, o que agrava a cronicidade da doença.

Dessa forma, por muito tempo o transtorno obsessivo-compulsivo não recebeu a atenção necessária, por ser considerada uma doença rara (estudos da década de 50 mostravam uma prevalência de 0,05%). A ideia a respeito desse transtorno foi modificada a partir da década de 80, com um amplo estudo epidemiológico americano, que encontrou uma prevalência de 2,5% para o tempo de vida – *lifetime prevalence* (ROBINS; HELZER; WEISMANN, 1984), o que tornou o TOC o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, sendo precedido apenas, em ordem de frequência, por fobias, abuso e dependência de drogas, e depressão maior (DEL-PORTO, 2001). Estudos mais recentes mostram prevalências semelhantes às encontradas por esse estudo americano.

Sousa (2005), citando o trabalho de Rasmussen (1992), diz:

O TOC parece atingir igualmente homens e mulheres, ao contrário do que ocorre com a maioria dos transtornos de ansiedade, como o transtorno do pânico e o de ansiedade generalizada, que são mais comuns em mulheres. A doença, geralmente, manifesta-se no final da adolescência e início da idade adulta, sendo a média de idade para o início dos sintomas de 20,9 anos. Os homens apresentam, em média, início mais precoce – 19,5 anos – em relação às mulheres – 22 anos.

Dados epidemiológicos de extrema relevância também foram encontrados em um estudo brasileiro e um americano. Del-Porto (1994 apud DEL-PORTO, 2001), em estudo com 105 pacientes brasileiros, mostrou que 30% dos mesmos estavam inativos, sem estudar ou trabalhar, por conta da doença. Dupont *et al* (1995 apud DEL-PORTO, 2001) mostrou em seu trabalho que aproximadamente 2% dos suicídios nos Estados Unidos podem ser atribuídos ao TOC, com ou sem comorbidades.

1.3 Diagnóstico e quadro clínico

Um dos critérios fundamentais para que haja a identificação de um comportamento patológico é investigar se tal comportamento afeta o bem-estar do indivíduo ou do grupo social (ATKINSON *et al*, 2002 apud SCHETTERT, 2009). Assim, conforme já comentado, na clínica do TOC observa-se a presença de obsessões e/ou compulsões. Entretanto, para que o diagnóstico seja confirmado, há a necessidade de que esses sintomas causem interferência ou limitação nas atividades do paciente, que consumam tempo (ao menos uma hora por dia) e que causem sofrimento ou incômodo ao paciente ou a seus familiares (APA, 2003). Também, deve-se considerar que outros transtornos mentais possuem essa mesma sintomatologia, o que torna necessário que um diagnóstico diferencial criterioso seja realizado. Não existe nenhum exame laboratorial ou radiológico que seja patognomônico dessa doença, ou seja, o diagnóstico é exclusivamente clínico (ROSARIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000).

Hounie *et al* (2001) destaca em seu trabalho a existência de possíveis subtipos para o transtorno obsessivo-compulsivo, sendo a classificação proposta feita pela observação das diversas formas de manifestação da síndrome, dos diferentes índices de resposta à terapêutica e das diferentes evoluções para cada caso. Esse tipo de classificação se justifica pelo caráter heterogêneo do transtorno, evidenciado em vários trabalhos publicados. Esse caráter heterogêneo do TOC já fica evidenciado na sua classificação: Torres & Smaira (2001) informam que “enquanto a CID-10 categoriza o TOC junto aos transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, mas separadamente dos transtornos ansiosos e fóbicos; o DSM-IV classifica-o entre os transtornos de ansiedade”.

Ainda sobre a heterogeneidade desse transtorno, Sousa (2005) nos diz:

Numa tentativa de estabelecer subgrupos dentro da heterogeneidade do TOC, Leckman *et al* (1997), utilizando análise fatorial, agruparam os sintomas do TOC em quatro dimensões distintas: 1) obsessões de conteúdo agressivo, sexual, somático, religioso e checagens; 2) obsessão por simetria e compulsões por arranjos ou alinhamentos; 3) obsessão de contaminação e compulsão por limpeza e 4) obsessão e compulsão por armazenar e colecionar. Estudos posteriores investigaram a utilidade da classificação por dimensões e sugeriram uma possível associação entre a apresentação clínica e os resultados do tratamento tanto farmacológico quanto comportamental.

Outro aspecto relevante da sintomatologia do TOC é que as obsessões e compulsões se assemelham mesmo em culturas diferentes. Sobre isso, Soares Neto (2010), analisando o trabalho de Del-Porto (2001), nos diz que “estudando aspectos transculturais do TOC, observou que independentemente de diferenças culturais, históricas, étnicas e econômicas, as obsessões com conteúdo de contaminação e agressão e as compulsões de limpeza e verificação apresentam-se como sintomas universais; e que em certos países onde a expressão da sexualidade é mais coibida, e em algumas sociedades religiosas, observa-se a influência da cultura sobre certos sintomas, destacadamente nas obsessões de agressão e de cunho sexual”.

Por fim, vale ressaltar que os sintomas do TOC podem ser agudo ou insidioso e tendem a modificar-se bastante durante o curso da doença. Segundo

Torres (2001), faz-se necessário também verificar se tais sintomas são apenas manifestações normais em determinadas fases da vida, como os rituais na hora de dormir que podem ocorrer na infância; e os pensamentos intrusivos sobre a saúde do feto ou rituais de verificação do bem-estar do recém-nascido comuns na gravidez e no puerpério.

1.4 Diagnóstico diferencial

Schettert (2009), em trabalho de revisão bibliográfica, fez um resumo das principais doenças consideradas no diagnóstico diferencial do TOC. Para tal, utilizou-se do trabalho de Torres (2001). A seguir, é apresentada uma adaptação desse resumo.

a) Depressão

Apresenta alguns fatores em comum com o TOC, tais como medo, culpa, preocupação excessiva, indecisão e auto-reprovação. Em pacientes com TOC, pode haver o aparecimento da lentidão obsessiva, muito semelhante ao estupor depressivo. Além disso, é importante destacar que a depressão é uma complicação frequente em pessoas com TOC.

b) Fobias

Comportamentos de esquiva aparecem tanto nas fobias como no TOC, gerando em ambos uma limitação sócio-ocupacional variável. Outra característica de ambos são os medos irracionais de certas situações ou objetos específicos, com a presença de ansiedade extrema. Na fobia, a resposta ansiosa é automática e ocorre diante de situações ou de objetos temidos, já no TOC não há necessidade de exposição real, basta o pensamento de alguma situação catastrófica.

c) Hipocondria

A hipocondria apresenta a suspeita ou crença de se estar com uma doença grave a partir da interpretação equivocada de sintomas físicos; já no TOC há o medo de adoecer ou dúvida em relação a estar ou não doente (obsessão).

d) Transtorno dismórfico corporal

Nesse transtorno, os pacientes procuram médicos dermatologistas e cirurgiões plásticos para tentar corrigir supostos defeitos físicos, apresentando comportamentos de verificação e evitação social. Já no TOC, as obsessões, geralmente, aparecem pelo medo de vir a contaminar pessoas ou contaminar-se, podendo também aparecer questões obsessivas em relação à aparência física.

e) Transtornos de tiques

Os tiques são movimentos repetitivos de certos grupos musculares que podem ser confundidos com as compulsões. Contudo, as compulsões geralmente são manifestadas devido à ansiedade ou por medo, realizadas de forma voluntária com o intuito de prevenir alguma situação temida, enquanto os tiques buscam aliviar alguma sensação ou incômodo de origem física.

f) Síndrome de Tourette

São tiques vocais acompanhados de tiques motores que podem também assemelhar-se às compulsões. Há também uma comorbidade entre TOC e o transtorno de Tourette, principalmente em indivíduos com TOC que apresentam início precoce.

g) Transtornos alimentares

Na bulimia, os atos compulsivos ocorrem visando a busca do prazer, enquanto no TOC as compulsões envolvem algum sacrifício, não sendo prazerosas em si. Já a anorexia nervosa apresenta sacrifícios extremos e comportamentos ritualísticos para evitar alguma situação temida (ganhar peso). Devido a esse fato, aproxima-se mais do TOC em relação às ideias obsessivas. No TOC também podem aparecer comportamentos alimentares em relação a certos rituais, podendo confundir o diagnóstico.

h) Transtorno de ansiedade generalizada

Nesse transtorno, as preocupações referem-se aos aspectos reais do cotidiano, sem caráter mágico ou ritualístico.

i) Síndrome do pânico

Os sintomas físicos predominam, de acordo com a interpretação catastrófica de sintomas e comportamentos de esquiva que parece com sintomas do TOC. Indivíduos com TOC podem apresentar também crises de pânico, derivadas de alguma obsessão ou exposição a alguma situação temida.

j) Transtorno de estresse pós-traumático

Com frequência ocorrem imagens mentais ou pensamentos intrusivos relacionados ao trauma vivenciado, assemelhando-se a ideias obsessivas habitualmente aparecidas no TOC.

k) Transtornos delirantes e esquizofrênicos

O pensamento obsessivo e comportamentos bizarros no TOC podem acarretar dúvidas diagnósticas em relação aos transtornos delirantes. Alguns indivíduos com TOC relatam também que as obsessões são uma espécie de pseudoalucinações auditivas. Há casos raros onde indivíduos apresentam reações psicóticas ou paranoides nas quais os pacientes deixam de reconhecer os sintomas como absurdos.

1.5 Comorbidades

O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas (PETRIBÚ, 2001).

Comorbidade pode assim ser descrita como qualquer entidade clínica distinta adicional, que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença índice esteja sob estudo (FEINSTEIN, 1970 apud PETRIBÚ, 2001). Para haver comorbidade, é importante a relação e a continuidade temporal entre os dois transtornos, que podem surgir simultaneamente ou um preceder o outro (PETRIBÚ, 2001).

A depressão, a fobia social, o uso de álcool, fobias específicas, síndrome do pânico e transtornos alimentares são as comorbidades de mais destaque em pacientes com TOC (APA, 2003). Dentre essas, a depressão se apresenta com maior frequência, sendo a causa mais comum de internação de pacientes com TOC (PETRIBÚ, 2001).

Torres (2004 apud ÁVILA, 2008) considera a presença de outros transtornos comórbidos com o TOC regra e não exceção, com prevalência de depressão maior de 60% a 85% dos casos, seguido da fobia simples (22-27%), hipocondria (23%), transtorno dismórfico (20%), tricotilomania (18%), fobia social (11-18%), abuso ou

dependência de álcool (14-17%), transtorno do pânico (12-15%), transtornos alimentares (5-20%), transtorno afetivo bipolar (13%) e síndrome de Tourette (7%).

E, ainda, sobre a relevância das comorbidades relacionadas ao TOC, podemos nos utilizar das palavras de Bordin & Miranda (2001):

De fato, a presença de outros transtornos de ansiedade e do humor, assim como de transtornos associados ao espectro obsessivo – tiques, está associada a uma maior gravidade e confere validade diagnóstica ao próprio TOC. Além disso, a comorbidade também parece interferir na procura por atendimento médico, que pode relacionar-se a manifestações de ansiedade, depressão, piora dos sintomas obsessivos ou incapacitação profissional.

1.6 Etiologia

O transtorno obsessivo-compulsivo não possui etiologia única. Segundo Rosario-Campos & Mercadante (2000), fatores de natureza biológica, genética, lesões cerebrais, fatores como a aprendizagem, e até mesmo aspectos culturais podem contribuir para o surgimento desse transtorno. O fato é que, conforme Oliveira *et al* (2011), o componente hereditário e os conflitos psicológicos são os dois fatores quase sempre presentes na etiologia dessa doença.

Martins & Guimarães (2012) afirmam, baseados no trabalho de Rosario-Campos & Mercadante (2000), que em estudos sistemáticos sobre a origem genética do TOC, encontrou-se que gêmeos monozigóticos (MZ) apresentavam uma taxa de incidência para o TOC de 53% a 87%; em gêmeos dizigóticos (DZ) a taxa de incidência para o TOC varia de 22% a 47%. Constatou-se também que em pessoas com TOC, com início anterior aos 14 anos, houve correlação de TOC e de sintomas obsessivos-compulsivos em parentes do primeiro grau.

Ainda sobre o aspecto genético do TOC, Martins & Guimarães (2012) afirmam:

Outro fator de relevância no aspecto genético do TOC é um possível gene propagador desse transtorno, pois estudos feitos com 24 famílias de pessoas com TOC constataram que em 80% delas havia indícios dos mesmos SOC. Além disso, foram descobertos alguns genes do sistema dopaminérgico e serotoninérgico, além de outras enzimas que poderiam ser responsáveis pela etiologia do TOC. A partir dos dados apresentados (com pesquisas envolvendo familiares de pessoas com TOC) surge uma nova hipótese: de que esses transtornos de ansiedade podem ser adquiridos pela convivência com tais pessoas. No entanto, foi feito um estudo para delimitar até que ponto o ambiente pode afetar uma pessoa para que ela desenvolva um transtorno de ansiedade. Foi constatado que a hereditariedade é responsável por 30% dos sintomas do transtorno em uma pessoa, e o restante dos sintomas é devido ao ambiente.

Também utilizando o trabalho de Rosario-Campos & Mercadante (2000), Schettert (2009) afirma “que fatores de natureza psicológica influenciam significativamente no surgimento, na manutenção e no agravamento dos sintomas do TOC. Geralmente, os sintomas surgem após algum estresse psicológico e conflitos psíquicos”. Afirma ainda que “supõe-se que fatores ligados ao tipo de educação (mais ou menos severa ou exigente, inculcando culpa ou não), ao tipo de cultura social e familiar, possam contribuir sob a forma de crenças e regras que fazem parte da vida da pessoa”.

Schettert (2009) relata também em seu trabalho que “as pesquisas apontam que o TOC envolve problemas de comunicação entre a parte frontal do cérebro (o córtex orbital) e as estruturas mais profundas (os gânglios basais)”. “Ainda, salientam que níveis insuficientes de serotonina estejam relacionados com o aparecimento de tal transtorno”.

Há ainda estudos que mostram que a etiologia esteja relacionada às questões imunológicas. Tal proposta surgiu a partir da descrição de prevalências aumentadas de sintomas obsessivo-compulsivos e TOC em crianças com coreia de Sydenham, ou seja, entendeu-se a partir de então que pelo menos um subgrupo de pacientes com TOC estaria relacionado a alterações na resposta imune (ROSARIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000).

Diante da pesquisa na literatura disponível, percebe-se facilmente que a etiologia dessa doença necessita de mais estudos, pois esse tipo de entendimento levaria a uma melhora nas alternativas terapêuticas, o que refletiria em melhor evolução dos casos tratados e da qualidade de vida dos pacientes.

1.7 Tratamento

Soares Neto (2010), descrevendo em seu trabalho as opções terapêuticas para o TOC, afirma que:

O tratamento preconizado como de “primeira linha” para o TOC segue dois eixos não excludentes: a farmacoterapia, com uso de medicamentos inibidores seletivos da recaptção de serotonina – ISRS, e a psicoterapia. Mudanças de fármacos – dentro da mesma classe, ou para outra –, associações medicamentosas – promovendo potencializações serotoninérgicas e/ou atuando em outros neurotransmissores –, medicações endovenosas, uso de psicoterapia intensiva, abordagem familiar, estimulação magnética transcraniana, estimulação cerebral profunda, neurocirurgia, fazem parte da abordagem a pacientes resistentes ou refratários aos tratamentos de “primeira linha”. A eletroconvulsoterapia, não é indicada para sintomas obsessivo-compulsivos a não ser quando existe comorbidade com depressão, principalmente com risco de suicídio.

Cordioli (2004) afirma que a abordagem farmacológica é a primeira escolha em casos com sintomas intensos e/ou incapacitantes, em pacientes onde é observada também a presença de comorbidades associadas, como depressão e crises de ansiedade. Esse tipo de tratamento seria eficaz para 20 a 60% dos pacientes em tais condições.

Entretanto, o mesmo autor revela que o tratamento medicamentoso do TOC não elimina totalmente os sintomas, possuindo baixa taxa de remissão total (cerca de 20%), além da grande quantidade de efeitos colaterais indesejáveis que podem surgir, prejudicando assim a adesão ao tratamento por parte do paciente. Sobre os

efeitos colaterais dos medicamentos usados no tratamento de TOC, Cordioli (2001) publicou artigo listando os mais comuns, resumidos a seguir.

- Efeitos cardiocirculatórios: hipotensão postural, e alterações no ritmo cardíaco.
- Efeitos anticolinérgicos: boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, e visão borrada.
- Disfunções sexuais: diminuição da libido, retardo na ejaculação, retardo no orgasmo ou anorgasmia.
- Efeitos gastrointestinais: náuseas, vômito, dispepsia e ganho de peso.
- Efeitos no sistema nervoso central: ansiedade, inquietude, insônia, sonolência, mioclonias, tremores e síndrome de descontinuação.

Concomitantemente ao tratamento farmacológico, ou em situações onde o mesmo é inadequado ou ineficaz, é feito o uso da terapia cognitivo-comportamental, principalmente com técnicas de exposição e prevenção de resposta (EPR). A introdução desse tipo de terapia tem demonstrado melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos e diminuição do risco de recaída após a retirada da medicação (MARCH; LEONARD, 1996 apud SCHETTER, 2009). Três teorias fundamentais definem as características da terapia cognitivo-comportamental: 1- A atividade cognitiva afeta o comportamento; 2- Essa atividade pode ser alterada e monitorada; 3- A mudança comportamental pode ser afetada pela mudança cognitiva (KNAPP, 2004 apud SCHETTER, 2009).

Sousa (2005), discutindo a terapia cognitiva-comportamental, nos diz:

Entretanto, a TC também apresenta problemas, pois aproximadamente 25% dos pacientes não apresentam adesão e 20% abandonam o tratamento. Outra questão se refere ao baixo número de terapeutas habilitados, o que torna rara sua oferta à população.

Assim, como em toda doença, o profissional da saúde deve saber promover a adesão ao tratamento, esclarecendo o paciente em suas dúvidas e fazendo o acompanhamento necessário para evitar a desistência do paciente em relação ao tratamento indicado. No caso do tratamento farmacológico, medidas eficazes são o aumento gradual da dose administrada (para evitar que o paciente sofra com os

efeitos colaterais) e a troca da medicação, quando a utilizada não estiver tendo o efeito adequado. Na terapia cognitivo-comportamental o mais importante é o esclarecimento do paciente acerca do método, de tal forma que o mesmo possa acreditar que desse tratamento virá sua melhora.

1.8 Qualidade de vida de pacientes com TOC

Qualidade de vida é um conceito relativamente novo, o qual ganhou maior importância na área dos transtornos mentais na última década. A maioria dos estudos tem enfatizado, principalmente, o grau de incapacidade, a disfunção e os prejuízos que as doenças mentais crônicas acarretam na vida dos indivíduos e de seus familiares (CRAMER; TORGERSEN; KRINGLEN, 2005 apud NIEDERAUER *et al.*, 2007). Considerada subjetiva e multidimensional, a qualidade de vida (QV) seria o bem-estar físico e psíquico dos sujeitos em diferentes aspectos da vida. Ela envolve domínios como: bem-estar psicológico, realização com a vida, funcionamento social/desempenho, condições de vida e apoio social (CRAMER; TORGERSEN; KRINGLEN, 2005; KATSCHNIG, 2006 apud RODRIGUES, 2014).

Rodrigues (2014) afirma que, “tendo em vista que o TOC é caracterizado por início precoce, curso crônico e comorbidades significativas, é uma patologia debilitante, que interfere diretamente na QV de seus portadores, trazendo prejuízos nas relações sociais, familiares e no desempenho ocupacional (NIEDERAUER *et al.*, 2007)”. Também relata que “a demora na procura por tratamento contribui para a piora do quadro clínico, permitindo que o transtorno se desenvolva de forma crônica (SUBRAMANIAM *et al.*, 2012 apud RODRIGUES, 2014)”. Assim, considera que “isso se justifica por tratar-se de um transtorno subdiagnosticado, na maioria das vezes secreto, em que a crítica e a vergonha que seus portadores apresentam não lhes permite expor seus sintomas (TORRESAN *et al.*, 2008)”.

Sobre as implicações do TOC na qualidade de vida dos pacientes, Niederauer *et al.* (2007) afirma:

Ainda são poucos os estudos que abordam a qualidade de vida em portadores de TOC, mas estes indicam que mais de 20% dos portadores apresentam sintomas graves; as obsessões e compulsões ocupam a maior parte do dia desses indivíduos, causando um impacto negativo no seu dia-a-dia, nas atividades sociais e ocupacionais, bem como nas suas relações familiares. Os pacientes tendem a ser divorciados, desempregados, de baixo nível socioeconômico e ainda costumam utilizar mais os serviços de saúde do que a população geral. O tempo gasto na realização dos rituais, o isolamento social e as desavenças familiares também parecem contribuir para o aumento do sofrimento e dos prejuízos na qualidade de vida.

Para demonstrar a gravidade do TOC na vida dos pacientes, Torresan (2010) descreve, em sua tese de doutorado, um estudo multicêntrico brasileiro, publicado por Torres *et al.* (2010), com 582 portadores de TOC provenientes de centros especializados, onde 57% dos indivíduos relataram já terem pensado que não valia a pena viver, 43% já haviam desejado estar mortos, 36% já tinham apresentado ideação suicida, 20% chegaram a planejar suicídio, e 11% já haviam tentado suicídio.

Torresan (2010) afirma ainda que o TOC, apesar de se mostrar tão ou mais incapacitante que muitas doenças graves (físicas ou mentais) é pouco estudado e o impacto negativo na QV do portador desse transtorno vem sendo subestimado, talvez por esse geralmente não ser considerado um transtorno mental “grave”, como os transtornos esquizofrênicos, bipolares ou demenciais, mas sim um transtorno “neurótico”, cujas manifestações representam um *continuum* com a normalidade.

2. O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TOC

2.1 O conceito de família

A definição do que é família depende muito da cultura e da época considerada. Eis algumas definições possíveis, listadas por Soares Neto (2010):

- O grupo definido pela condição de moradia no mesmo domicílio, independentemente da existência de vínculos entre os membros;
- Lugar onde se reproduzem relações de poder;
- Local de negociações de diferenças, interesses e cuidados mútuos que são constantemente construídas e reconstruídas;
- Local de diversidades, desde sua formação quando se origina da junção de sujeitos vindos de realidades diferentes e com experiências diversas, que intensificam e mantém esta diversidade à medida que evolui e amplia-se;
- Lugar de elaboração das experiências vividas e que dá sentido às relações entre os sujeitos.

O fato é que a organização familiar se transforma no decorrer da história do homem, pois vários novos padrões de relações humanas vão surgindo conforme as próprias culturas. Porém, é a família a fonte transmissora de valores culturais de nossa sociedade, pois tem a função social de transmitir esses valores e educar as novas gerações. É responsável pela sobrevivência física e psíquica das crianças. É nela que ocorrem os primeiros aprendizados sobre hábitos e costumes conforme a cultura (BOCK *et al.*, 2003 apud LUCIETTO, 2012).

Desta forma, percebe-se facilmente que é através da família que a criança é apresentada à cultura. Entretanto, a relação entre criança, família e sociedade é um tanto mais complexa, e não apenas uma reprodução de valores. Na família, cada sujeito tem seu papel, o que estabelece uma dinâmica familiar, que interfere no meio social e também sofre interferência desse meio. Entretanto, a própria dinâmica

familiar sofre sempre alterações, não só pela interferência do meio, mas também por consequência das próprias interações entre seus participantes.

Em suma, temos que, em nossa sociedade, a família é quem tem o papel de cuidar (no sentido de educar, fornecer abrigo, proteger, etc.), e essa ideia revolucionou a maneira de se pensar os cuidados em saúde mental nas últimas décadas.

2.2 A reforma psiquiátrica no Brasil

Um resumo sobre a transição na maneira de se fazer o cuidado em saúde mental no Brasil é apresentado a seguir, tendo por base o trabalho de Soares Neto (2010).

Por muito tempo, o Estado brasileiro utilizou o modelo hospitalocêntrico francês no cuidado psiquiátrico, estabelecendo uma relação de custódia e tutela dos pacientes. Esse modelo de hospital psiquiátrico impunha a segregação em determinadas instituições, denominadas como instituições totais, por fechar o sujeito na racionalidade institucional, fora do espaço-tempo imposto pela modernidade. Isto é, a pessoa com transtorno mental passava a ter suas necessidades atendidas exclusivamente em um único espaço, o serviço de saúde mental. À família, cabia apenas o papel de fonte de informação, recurso em caso de necessidade e visitante ocasional. No imaginário social se difundia a ideia de que “lugar de doido é no hospício”, e assim muitos pacientes acabavam totalmente excluídos do convívio familiar (SOARES NETO, 2010).

Entretanto, a partir de denúncias de abandono e maus-tratos sofridos nos manicômios e com os avanços psicofarmacológicos dos anos de 1950, iniciam-se processos reformistas, que culminaram na condenação do manicômio – figura usada como sinônimo para hospital psiquiátrico por: isolar e incapacitar socialmente o doente, ameaçar os direitos humanos e civis dos enfermos, consumir a maior parte dos recursos destinados aos serviços de saúde mental, e fornecer ensino insuficientemente associado às necessidades de saúde mental (BRASIL, 2004 apud SOARES NETO, 2010).

A condenação destas instituições manicomiais estrutura-se a partir de quatro eixos: ético-jurídico – pela violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais; clínico – em função da ineficácia terapêutica e da condição de agente patogênico e cronificador, historicamente assumido por tais instituições; institucional – devido tais instituições se constituírem como espaço de violência, institucionais totais, que mortificam, sujeitam; sanitário – em função da organização do modelo assistencial figurar como “cidade dos loucos”, produzindo a loucura administrativa, executiva e organizacional (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990).

No Brasil os processos reformistas em saúde mental têm início no final da década de 1970, sendo que na década de 1990 o Governo Brasileiro, através do Ministério da Saúde, inicia um processo de reestruturação da assistência psiquiátrica, criando fontes de financiamento para manutenção de serviços comunitários, de “portas abertas”, pois até então apenas os hospitais psiquiátricos recebiam tais recursos federais. Somados a isso, inicia-se um processo de avaliação sistemática dos hospitais psiquiátricos impondo indicadores mínimos para a qualidade assistencial, desestimulando a abertura de novos hospitais psiquiátricos e estimulando que os serviços em saúde mental sejam prioritariamente de natureza público-estatal (SOARES NETO, 2010).

Nesse contexto, alguns familiares são instados a mudar da posição de informantes e visitantes para cuidadores informais de pessoas com transtornos mentais. O *locus* do cuidado se desloca dos hospitais psiquiátricos para o contexto comunitário e familiar. Tal mudança gera vários dilemas e questões para serem equacionadas pelos grupos familiares provedores de cuidado (SOARES NETO, 2010).

2.3 Alguns reflexos da reforma psiquiátrica

Conforme citado na seção anterior, o *lócus* do cuidado mental foi deslocado dos hospitais psiquiátricos para o contexto comunitário e familiar, a partir da reforma psiquiátrica. Essa mudança de paradigma foi necessária, sendo que muitos estudos corroboram a ideia da imensa importância que a família apresenta no tratamento do paciente com transtorno mental. Entretanto, várias questões surgem dessa transformação social.

Por muito tempo, vigorou a ideia de que o doente psiquiátrico tinha que ser institucionalizado, pois apenas nesses locais ele poderia receber a atenção necessária. Ou seja, a ideia sempre foi que apenas profissionais da saúde estão habilitados a servirem de cuidadores desse tipo de paciente. Porém, com a mudança advinda da reforma psiquiátrica, esse paciente agora é reinserido no seio familiar, e o cuidado passa a depender principalmente de pessoas não formalmente habilitadas.

Nas palavras de Melman (2001), nenhum grupo está preparado para cuidar de uma pessoa adulta com transtorno mental. Tal experiência impacta o grupo familiar, que tem que lidar com um cuidado complexo, “desreferenciado” sócio-culturalmente e num contexto de intensas transformações internas da própria família brasileira que se pluralizou, diversificando-se, o que exige que o conceito seja utilizado no plural, família(s), bem como que a avaliação do seu aprimoramento seja balizada pelas novas configurações que assume, impondo mudanças nos papéis historicamente construídos para cada um de seus integrantes (SOARES NETO, 2010). Para Buscaglia (2006), quaisquer mudanças que ocorram nos inter-relacionamentos familiares irão exercer sua influência – produtiva, significativa e positiva; ou traumática e até destrutiva – em cada membro individualmente e no grupo como um todo.

O paciente com transtorno mental sempre foi estigmatizado, alienado em relação à sociedade. A própria família sempre tratou de escondê-lo, principalmente devido à vergonha. Agora, com esse novo pensar em saúde mental, esse paciente volta à família, que continua despreparada para atendê-lo, e deve ser reinserido na sociedade, o que gera grande inquietação na família e no próprio paciente.

A não efetivação, pelo sujeito adoecido, do processo de satisfação das próprias demandas e das com quem interage, determina ações e reações dos constituintes do ambiente – família – no qual se encontra inserido, resultando em reações de frustração e decepção, muitas vezes estigmatizantes, que se cristalizam em nódoas e sentimentos de incapacidade no sujeito, que por sua vez poderá migrar para o isolamento, marginalização e distanciamento daqueles sujeitos significativos; iniciando-se um círculo de sentimentos de raiva, culpa e distanciamento mútuo em todos os envolvidos (SARACENO, 2001 apud SOARES NETO, 2010).

O que se discute aqui não é a volta ao padrão institucional do cuidado mental, mas o preparo (ou despreparo) da família em receber e tratar o paciente, pois os impactos sobre a dinâmica familiar são muitos, desde financeiros até, principalmente, emocionais.

2.4 A importância da família no tratamento do TOC

Conforme já descrito nesse trabalho, o tratamento do TOC passa por uma opção farmacológica, que encontra como barreira um grande número de efeitos colaterais possíveis. Outra dificuldade encontrada é que as medicações disponíveis necessitam de um tempo para que possam ter os efeitos desejáveis e, às vezes, precisa haver troca de medicação em busca de melhores resultados. Assim, o primeiro desafio encontrado nesse tipo de tratamento é a adesão do paciente e, nesse aspecto, a família assume importante função. Um acompanhamento, por parte dos familiares, da rotina de medicação do paciente pode ajudá-lo na adesão, pois se percebe na prática médica que muitos pacientes têm dificuldades em controlar horários e medicações necessárias. Assim, a família pode servir de ajuda, controlando horários, doses, e observando os possíveis efeitos colaterais. Para isso, é importante que algum familiar esteja sempre que possível presente nas consultas médicas, para também receber os esclarecimentos necessários ao tratamento.

A outra faceta do tratamento do TOC é a terapia cognitivo-comportamental, e aqui a importância da família é mais visível. Nesse tipo de terapia, para o TOC, são utilizadas técnicas de exposição e prevenção de resposta (EPR). Assim, o paciente necessita fazer uma série de exercícios, em casa, ou em qualquer outro lugar de seu

convívio social, requerendo, muitas vezes, a participação da família em tais exercícios.

Nas palavras de Sales *et al.* (2010), [...] as atitudes da família em relação aos sintomas (hostilidade, criticismo, rejeição ou apoio e tolerância) interferem nos resultados do tratamento. Os familiares tanto podem encorajar na busca de ajuda como desestimulá-la em razão de desacreditarem em possíveis mudanças. Após uma discussão mais agressiva em casa, há uma maior probabilidade no abandono do tratamento. Gradualmente a família adapta-se aos mesmos comportamentos compulsivos, não percebendo o comprometimento que é gerado em sua qualidade de vida.

2.5 A sobrecarga familiar

Os sintomas dos pacientes com TOC podem criar desarmonia, raiva ou angústia nos familiares em função do envolvimento involuntário nos rituais, dependência, restrição ao acesso a objetos e até mesmo a cômodos da casa, dificuldade de ter momentos de férias e interferência com obrigações de condições médicas associadas com sintomas obsessivo-compulsivos (HOUNIE *et al.*, 2000 apud PINTO, 2009).

A família vai percebendo que, apesar de todo seu desgaste, esforço e envolvimento, o familiar está cada vez mais desorientado, incapacitado, dependente da família e persistente nos comportamentos obsessivo-compulsivos. Para todos, a situação só se agrava. [...] A única saída para esta vida de sofrimento e aprisionamento de todos depende de mudanças profundas nas relações familiares. Isto quer dizer uma reversão total na forma de as pessoas interagirem. Será preciso um acompanhamento profissional criterioso e especializado (GUEDES e BANACO, 2002, p. 112 apud PINTO, 2009).

O envolvimento familiar na prestação de cuidados e apoio ao seu enfermo pode resultar em consequências negativas para ambos. Pela sobrecarga relacionada à assistência prestada, pela falta de suporte ao seu papel e por estresse, associados aos sintomas da patologia, esses familiares podem ser afetados negativamente (ROSE *et al.*, 2006 apud SOARES NETO *et al.*, 2011).

Para Soares Neto *et al.* (2011), no provimento de cuidados a indivíduos com transtorno mental, existe uma tendência de sobrecarga do cuidado a um único sujeito, que tende a não querer dividir a função com outros indivíduos, apesar de queixar-se da sobrecarga a que se sente submetido. E quando o faz, tende a dividir apenas os aspectos secundários no cuidado e a realização de outras funções antes desempenhadas por ele, de modo que fique liberado para dedicar-se ao familiar adoecido; tal ajuda, aceita ou solicitada pelo cuidador, é por este definida e coordenada.

O mesmo autor considera ainda que aspectos relacionados aos cuidadores, como as preocupações com o futuro do familiar adoecido, sentimento de estar aprisionado à situação, sentimentos de responsabilidade como a culpa por não prestarem o cuidado que consideravam que deveriam ser capazes de fornecer e o impacto nas rotinas da família destacam-se como alguns aspectos da sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno mental.

Para os serviços de saúde mental, a sobrecarga percebida pelos familiares reveste-se de importância pela possibilidade do desenvolvimento de intervenções mais específicas na família, com a possibilidade de auxílio na reinserção social dos indivíduos acometidos por transtorno mental e de prevenção do surgimento, resultante da sobrecarga, de transtornos psicológicos nos familiares (BANDEIRA; BARROSO, 2005 apud SOARES NETO *et al.*, 2011).

Dessa maneira, o que se propõe atualmente é que a família participe da terapia. Ou seja, considera-se que, se a família tem papel crucial no tratamento do paciente, e necessita de ajuda por conta de toda a sobrecarga sofrida, é na terapia familiar que a mesma encontraria o suporte necessário para lidar com a situação.

A terapia familiar baseia-se no pressuposto de que a família é um sistema, uma unidade interdependente, e não um conjunto de indivíduos separados. A família é vista como uma estrutura dinâmica, na qual cada um dos membros tem um papel

exclusivo (PISZEZMAN, 2007 apud PINTO, 2009). Com a terapia familiar, os membros da família podem auxiliar o paciente em sua capacitação para identificar as ideias obsessivas, separando-as do pensamento “normal”, como também na compreensão da natureza irracional desses pensamentos e sua relação com os rituais (PINTO, 2009).

Segundo Hounie *et al.* (2000), a família pode assegurar que o paciente com TOC compareça às sessões; pois são nelas que ele recebe uma série de informações e realiza exercícios que pode praticar em casa ou no próprio trabalho. A aprendizagem assume uma dimensão central na terapia familiar. Pois na maioria dos casos, os membros da família devem aprender novas formas de se relacionar, novos comportamentos, assim como novas formas de intercomunicarem-se. Outro fator que influencia é a questão dos valores, visto que em alguns casos, esses valores estão diretamente ligados à questão da cura (ACKERMAN, 1995 apud PINTO, 2009).

2.6 O fenômeno da acomodação familiar

A acomodação familiar é a participação direta da família nos comportamentos associados aos rituais do paciente com TOC e às modificações na rotina diária, contribuindo para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas. Esse envolvimento pode variar desde ajudar em tarefas simples, falar infinitas vezes sobre o mesmo assunto, submeter-se a rituais de descontaminação ou organização ou mesmo se conformar com a impossibilidade de utilizar cômodos da própria casa (GUEDES, 2001 apud AMAZONAS *et al.*, 2010).

Amazonas *et al.* (2010) afirma que estudos mostram um percentual de 60% de familiares que se envolveram em rituais do parente com TOC ou que tentaram evitar sua exposição a possíveis situações geradoras de ansiedade (RIQUIER, 2004 apud AMAZONAS, 2010). Diz ainda que esse tipo de interferência dos familiares funciona como um reforço para os sintomas obsessivo-compulsivos, pois, ao ajudar o parente adoecido a evitar a exposição a estímulos temidos e realizar rituais neutralizadores das obsessões, é como se a família estivesse confirmando que esses comportamentos são mesmo necessários. É claro que os parentes

normalmente utilizam essas estratégias na intenção de tentar reduzir o sofrimento do portador de TOC, porém o resultado disso é que a extinção natural dos medos torna-se impossível por meio da habituação, e o transtorno se perpetua (CORDIOLI, 2004).

Compreendendo o fenômeno da acomodação familiar, pode-se entender o grau de desgaste e estresse presentes na família. Além do desgaste costumeiramente chamado de físico, possivelmente envolvido em qualquer situação aversiva, contingências de fuga/esquiva geram, como um de seus subprodutos, sentimentos e sensações que são aversivos e desgastantes para os participantes dessas interações. [...] Mesmo a recusa em participar ou se envolver nos comportamentos obsessivos e compulsivos acarreta estresse. As negativas de participação e as providências tomadas na direção de se opor aos comportamentos obsessivo-compulsivos do paciente geram conflitos e tensão. Na verdade, só poder-se-ia esperar ausência de desgaste se fosse possível supor uma família que conseguisse ignorar, não reagir ao paciente, o que, na imensa maioria das vezes, é impossível (GUEDES, 2001)

Torresan *et al.* (2008) afirmam que o impacto negativo do TOC nos familiares é muito mais do que econômico, envolvendo acomodação aos rituais e às solicitações bizarras do paciente, mudanças de rotina, impossibilidade de receber visitas, de ter atividades de lazer, pela dependência do paciente em relação a seus cuidadores primários. É comum, em casos mais graves, o paciente ficar incapacitado até para realizar as atividades mais simples do dia-a-dia, como tarefas domésticas ou higiene pessoal. Diferentemente de famílias que convivem com pacientes psicóticos ou usuários de drogas, por exemplo, no TOC há uma previsibilidade dos comportamentos e solicitações do portador, de tal forma que gradualmente a família vai se adaptando aos mesmos comportamentos de esquiva passiva ou ativa (rituais compulsivos), por vezes sem se dar conta do comprometimento que isso gera na sua própria QV. Compaixão, vergonha, raiva e muita ambivalência são sentimentos comuns entre os familiares, cuja sobrecarga emocional pode ter efeitos deletérios na sua própria saúde mental (STENGLER-WENZKE *et al.*, 2004).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de uma doença muitas vezes incapacitante, o paciente com transtorno obsessivo-compulsivo acaba necessitando de muita atenção, não só por parte de profissionais da saúde, como também de seus familiares. A verdade é que ter um paciente com transtorno mental em casa altera toda a dinâmica familiar, pois cria uma situação de estresse onde todos influenciam e são influenciados pela doença.

A revisão de literatura realizada nesse trabalho mostrou que a família tem papel preponderante no tratamento do paciente com TOC, pois suas ações refletem de forma direta no paciente, podendo levar o mesmo a não aderir ao tratamento ou à cronificação dos sintomas. Se a família buscar uma atuação positiva no tratamento, o prognóstico é melhor, pois a mesma pode intervir tanto no tratamento farmacológico quanto no psicossocial, especialmente se a família participar da terapia junto com o doente.

Porém, os estudos revelam a imensa dificuldade que familiares encontram em ajudar os pacientes com TOC. Na maioria das vezes, a família não tem preparo para absorver o impacto causado pela presença do paciente no lar. Muitos sentimentos negativos podem vir à tona, por parte de todos os envolvidos na dinâmica familiar, o que gera uma situação de estresse imenso, que pode agravar a doença, e mesmo causar transtornos psicológicos aos demais familiares.

Outro fator pesquisado foi a acomodação familiar, que ocorre quando a família acaba por participar dos rituais do doente. Normalmente pensando em aliviar o sofrimento do paciente, essa atitude acaba por prejudicar o tratamento, pois serve de reforço às atitudes compulsivas.

Assim, percebe-se claramente que o modelo de cuidado em saúde mental vigente no país precisa evoluir, de maneira que os profissionais estejam capacitados a dar o suporte necessário às famílias dos pacientes. Isso diminuiria a sobrecarga familiar e diminuiria as chances de a família agir de forma negativa no cuidado ao paciente. Para tanto, novos estudos devem ser sempre propostos, assim como medidas práticas de capacitação profissional.

REFERÊNCIAS

- AMAZONAS, M. C. L. A.; ARCOVERDE, R. L.; CALDAS, M. T.; SILVA, R. R. O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 1, p. 56-65, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- ÁVILA, A. P. S. **Neurose obsessiva e TOC: um diálogo entre psicanálise e psiquiatria**. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2008.
- BORDIN, I. A.; MIRANDA, M. A. Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 23 (supl II), p. 10-12, 2001.
- BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**. Tradução de Raquel Mendes. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 2006. p. 77-90.
- CORDIOLI, A. V. Principais efeitos colaterais das drogas antiobsessivas e seu manejo. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 23 (supl II), p. 58-61, 2001.
- CORDIOLI, V. A. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- DEL-PORTO, J.A. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, supl. 2, p. 3-5, 2001.
- GUEDES, M. L. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 65-67, 2001.
- HOUNIE, A. *et al.* **Aprendendo a viver com TOC**. São Paulo: FMUSP, 2000.
- HOUNIE, A. G.; BROTTTO, S. A.; DINIZ, J.; CHACON, P. J.; MIGUEL, E. C. Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 23 (supl II), p. 13-16, 2001
- LUCIETTO, Z. M. **Significado do cuidado humanizado para familiares de pessoas com transtorno mental**. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário Univates, Lajeado, Santa Catarina, 2012.

MARTINS, J. P.; GUIMARÃES, A. C. P. C. Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar. **Mimesis**, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

MATHIS, M. A.; ALVARENGA, P.; FUNARO, G.; TORRESAN, R.; MORAES, I.; TORRES, A. R. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. **Rev. Bras.Psiquiatr.** v. 33, n. 4, 2011.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. 160p.

NIEDERAUER, K. G.; BRAGA, D. T.; SOUZA, F. P.; MEYER, E.; CORDIOLI, A. V. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n. 3, p. 271-8, 2007.

OLIVEIRA, D. *et al.* Relato de um paciente com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e depressão. **Revista contexto e saúde**. Ijuí, v. 10, n. 20, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Milão: OPS, 1990.

PAES, F.; MACHADO, S.; VELASQUES, B.; RIBEIRO, P.; NARDI, A. E. Obsessive-compulsive disorder and eating disorders: a continuum or separate diagnoses? **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 33, n. 2, 2011.

PETRIBÚ, K. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 23 (Supl 2), p.17-20, 2001.

PINTO, M. R. **O papel da família e sua importância junto ao tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo**. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Cândido Mendes, Brasília-DF, 2009.

ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; WEISMANN, M. M. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. **Arch Gen Psychiatry**, v. 41, p. 958-67, 1984.

RODRIGUES, L. **Transtorno obsessivo-compulsivo e sintomas depressivos em adolescentes**: o impacto na qualidade de vida. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

- ROSARIO-CAMPOS, M. C.; MERCADANTE, M. T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22 (Supl II), p. 16-19, 2000.
- SALES, O. P.; VIANEY, E. L.; BERNARDES, N.; SILVA, P. P.; OLIVEIRA, P. M.; AVELINO, S. C. Compulsão: como viver com essa rotina obsessiva. **J Health Sci Inst**, v. 28, n. 1, p. 13-16, 2010.
- SCHETTERT, G. M. **Transtorno obsessivo-compulsivo**: um estudo bibliográfico. Monografia (Bacharel em Psicologia) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, Santa Catarina, 2009.
- SIMONDS, L. M.; ELLIOT, S. A. OCD patients and non-patients groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, help-seeking, and access to treatment. **Brit J Med Psychol.**, v. 74, p. 431-49, 2001.
- SOARES NETO, E. B. **Sobrecarga de familiares de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2010.
- SOARES NETO, E. B.; TELES, J. B. M.; ROSA, L. C. S. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Psiq Clín.**, v. 38, n. 2, p. 47-52, 2011.
- SOUSA, M. B. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo e sertralina no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- STENGLER-WENZKE, K.; TROSBACH, J.; DIETRICH, S.; ANGERMEYER, M.C. Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. **J Adv Nurs**, v. 48, n. 1, p. 35-42, 2004.
- TORRES, A. R. Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 23 (supl II), p. 21-23, 2001.
- TORRES, A. R.; SMAIRA, S. I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 23 (supl II), p. 6-9, 2001.
- TORRES, A.R.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; FERRÃO, Y.A.; FONTENELLE, L.F.; ROSÁRIO, M.C.; MIGUEL, E.C. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. **J. Clin. Psychiatry** 2010

TORRESAN, R. C. **Diferenças de gênero na apresentação fenomenológica do transtorno obsessivo-compulsivo**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, 2010.

TORRESAN, R. C.; SMAIRA, S. I.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; TORRES, A. R. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev Psiq Clín.**, v. 35, n. 1, p. 13-19, 2008.