

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

GABRIELA LILIANA MEDEIROS SUAREZ

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO
TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

São Luís
2015

GABRIELA LILIANA MEDEIROS SUAREZ

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO
OBSESSIVO COMPULSIVO**

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.

Orientadora: Prof^a Mestre Janete Valois Ferreira Serra

São Luís

2015

GABRIELA LILIANA MEDEIROS SUAREZ

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO
OBSESSIVO COMPULSIVO**

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.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Janete Valois Ferreira Serra
Psicóloga Mestre em Psicologia Social

1º EXAMINADOR

2º EXAMINADOR

RESUMO

Quando as manias passam a interferir e fazer parte da rotina das pessoas, podemos dizer que a probabilidade de se apresentarem transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é considerável. O presente trabalho objetivou-se caracterizar o transtorno, identificar suas principais características, sintomatologia, possibilidade de tratamento e a importância da família nesse processo. Para tal objetivo, a metodologia utilizada embasou-se a partir de uma revisão de literatura, utilizando-se principalmente livros e artigos científicos sobre o assunto. O transtorno obsessivo-compulsivo, que afeta de 3% a 4% da população geral, tornando-se mais comum do que a esquizofrenia e outras doenças mentais graves, apresenta como principal característica a presença de crises recorrentes de obsessão e compulsão. Os tratamentos mais utilizados são a farmacoterapia e o tratamento psicoterápico. A família pode ser uma grande aliada ao tratamento do paciente com TOC, podendo contribuir com rituais encobertos e não identificados pelo próprio paciente, mas se não tiver conhecimento necessário, pode vir a atrapalhar no tratamento. A abordagem multiprofissional se torna essencial em seu tratamento, pois a mesma apresenta um cuidado especial na saúde mental, ajudando pacientes e familiares a conviverem melhor com o transtorno.

PALAVRAS - CHAVE: Transtorno obsessivo-compulsivo; Saúde Mental; Família.

RESUMEN

Cuando las manías pasan a interferir y hacer parte de la rutina de las personas, podemos decir que la probabilidad de presentar trastorno obsesivo - compulsivo (TOC) es considerable. El presente trabajo se objetiva caracterizar el trastorno, identificando sus principales características, sintomatología, la posibilidad de tratamiento e importancia de la familia en este proceso. Para tal objetivo, la metodología utilizada se embasa a partir de una revisión de literatura, utilizando principalmente libros y artículos científicos sobre el asunto. El trastorno obsesivo compulsivo, que afecta de 3% a 4% de la población en general, tornándose más común que la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves, presenta como principal característica la presencia de crisis decurrentes de obsesión y compulsión. Los tratamientos más utilizados son la farmacoterapia y el tratamiento psicoterapéutico. La familia puede ser una grande aliada al tratamiento con TOC pudiendo contribuir con rituales encubiertos y no identificados por el propio paciente, pero se no tiene conocimiento necesario, puede venir a interrumpir en el tratamiento. El enfoque multidisciplinario se vuelve esencial en el tratamiento, pues la misma presenta un cuidado especial en salud mental, ayudando pacientes y familiares a convivir mejor con el trastorno.

PALABRAS-CLAVE: Trastorno obsesivo- compulsivo; Salud Mental; Familia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	08
3. A IMPORTÂNCIA DO APOIO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO.....	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno mental que se caracteriza pela presença de compulsões, obsessões ou ambas. As obsessões segundo Silva (2011, p.18) seriam pensamentos ou ideias recorrentes de caráter intrusivo e desagradável que causam muita ansiedade e tomam uma parcela significativa do tempo dos indivíduos que são acometidos por esse transtorno. Já as compulsões, conhecidas como manias, são comportamentos, ações ou atitudes de aspecto repetitivo que a pessoa com TOC adota com intuito de reduzir a ansiedade provocada pelos pensamentos obsessivos.

Considerado raro até pouco tempo, sabe-se que hoje o TOC é um transtorno mental bastante comum. No Brasil, é provável que existam entre 3 e 4 milhões de portadores, e muitos destes indivíduos, embora tenham suas vidas comprometidas pelo transtorno, nunca foram diagnosticados e tampouco tratados. Os portadores que buscam tratamento geralmente o fazem depois de muitos anos após o início dos seus sintomas, perdendo muito tempo de suas vidas na realização dos rituais, suportando dolorosamente o desconforto e o sofrimento causados por estes. (CORDIOLI, 2008, p.11).

Os portadores de TOC tentam manter seus rituais e manias sob controle na frente de outras pessoas com medo de serem ridicularizados ou de sofrerem constrangimentos. Entretanto, quando o quadro começa a se agravar ou é agudizado por algum acontecimento gerador de ansiedade ou angústia, o indivíduo perde o controle e suas limitações trazidas pelo transtorno tornam-se mais evidentes, facilitando o diagnóstico. (SILVA, 2011, p. 57).

No que se refere a qualidade de vida dessas pessoas, podemos observar que estas sofrem sérias consequências pelo TOC, sendo afetado não somente sua área social como diversas outras áreas da vida do sujeito. Segundo Torresan et al (2008) o transtorno interfere ainda na vida de pessoas próximas, familiares e amigos, destacando-se também seu custo social.

A família é essencial no processo de tratamento do doente, no entanto, para que esse processo ocorra de maneira satisfatória, necessita conhecer melhor a

doença, saber como lidar com as situações estressantes, evitar comentários críticos ao paciente e não ser exageradamente superprotetora.

O presente trabalho está estruturado em duas partes. A primeira apresenta a definição do TOC, com suas principais características, causas, sintomatologia, diagnóstico diferencial e tratamento e na segunda parte são apresentadas as razões pelas quais a família se torna importante no tratamento do TOC.

2.1 O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Caracterização

O Transtorno Obsessivo compulsivo, conhecido popularmente como TOC é considerado um distúrbio psiquiátrico de ansiedade descrito na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, o DSM-IV. Segundo Cordioli, Heldt e Raffin (2010) é considerado uma doença mental grave por três motivos principais. O primeiro por se situar entre as dez maiores causas de incapacitação, de acordo com a Organização Mundial de Saúde; segundo, pelo fato de acometer preferencialmente indivíduos jovens ao final da adolescência e muitas vezes começar ainda na infância, sendo raro seu início depois dos 40 anos e por último, por geralmente ser crônica e, se não tratada, na maioria das vezes permanecer por toda a vida.

Este transtorno apresenta duas características clínicas predominantes: as obsessões e as compulsões. As obsessões são caracterizadas como um pensamento, sentimento, ideia ou sensação persistente e recorrente que causa ansiedade ou sofrimento e que o indivíduo tenta ignorar, neutralizar ou eliminar. Já a compulsão é definida como um comportamento consciente, que o sujeito se sente forçado a realizar, cujo objetivo é prevenir ou reduzir ansiedade ou sofrimento. (SALIBA et al, 2014; CORDIOLI, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

O sujeito com TOC pode vir a se tornar escravo das compulsões ao tentar aliviar o sofrimento causado pelas obsessões. As compulsões, após iniciadas, se transformam em um ciclo repetitivo até que o sujeito considere que estão concluídas ou sinta-se melhor (TORRES; SMAIRA, 2001).

Causas e sintomatologia

A causa do TOC ainda é desconhecida, no entanto, pesquisadores têm criado hipóteses no intuito de chegar o mais próximo possível do entendimento sobre o transtorno obsessivo-compulsivo. Os fatores envolvidos nesse transtorno são a predisposição genética, fatores neurobioquímicos, infecção por estreptococos beta- hemolíticos do grupo A, fatores psicológicos, entre outros. (SILVA, 2011, p. 67).

Referente a genética, Steketee e Pigott (2009, p. 63-64), afirmam que atualmente esta tornou-se uma das áreas mais ativas de pesquisa sobre o TOC. Embora nenhum gene específico tenha sido associado ao transtorno, encontra-se evidências de que futuramente os fatores genéticos serão mediadores-chaves de pelo menos alguns sintomas específicos.

No que tange a infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, Silva (2011, p. 72), especula que o mecanismo que levam a febre reumática (bactéria estreptococo beta hemolítico do grupo A) poderiam levar também ao TOC. A mesma autora faz referência aos fatores neurobioquímicos, onde afirma que estudos sugerem que algumas substâncias produzidas pelo cérebro para transmitir o impulso nervoso (neurotransmissores) são importantes no surgimento do TOC.

Os fatores psicológicos também se fazem presentes no aparecimento do TOC. É comum que alguns sintomas apareçam posteriormente a situações de estresse psicológico e que conflitos psíquicos venham a influenciar a manutenção e o agravamento desses sintomas. Para Cordioli (2008, p.12), os sintomas do TOC envolvem alterações do pensamento (dúvidas, preocupações excessivas com doenças, pensamentos de conteúdo impróprio), do comportamento (rituais ou compulsões, repetições, evitações, indecisão) e emocionais (medo, desconforto, aflição, culpa, depressão).

Os sintomas mais comuns são as preocupações com contaminação, comportamentos de limpeza e verificação, preocupação com ordem e simetria, colecionamento, escrupulosidade moral e medo de impulsos sexuais (DEL PORTO, 2001). Segundo Torres, Smaira (2001) outro sintoma que pode acometer o paciente é a lentidão obsessiva, na qual o paciente demora demasiadamente na realização das atividades diárias, possivelmente em virtude de ficar indeciso, por medo de errar ou causar algum dano.

Diagnóstico diferencial e comorbidade

O diagnóstico diferencial do TOC pode ser bastante difícil devido à equivalência entre manifestações clínicas deste com as de outros transtornos mentais. Exemplos de enfermidades que fazem diagnóstico diferencial com o TOC são: Transtorno de Tourette; epilepsia de lobo temporal; esquizofrenia; depressão;

fobias; hipocondria; transtorno de tiques; transtorno dismórfico corporal; transtornos alimentares; transtorno de controle de impulsos e transtorno de ansiedade generalizada (TORRES, 2001).

No que tange à depressão, pode-se observar que, além de se apresentar como sintoma secundário ao TOC, esta pode revelar aspectos em comum com o transtorno, como a manifestação da culpa, a preocupação excessiva, o medo e a baixa autoestima. (HEYMAN *et al.*, 2006 apud COUTO 2010).

É importante recordar ainda, que a simples ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos não implica o diagnóstico de TOC, por esse motivo o profissional de saúde deve realizar o diagnóstico de maneira cuidadosa, estando atento também, na presença de comorbidades associadas ao transtorno obsessivo compulsivo.

Tratamento

Psiquiatras experientes concordam que um tratamento ideal inclui medicação, terapia comportamental e apoio familiar. Segundo Steketee e Pigott (2009, p.31), pesquisas recentes indicam que tanto o tratamento medicamentoso como o comportamental produzem alterações benéficas similares na função cerebral, demonstrando assim uma inter-relação entre a biologia e a psicologia do TOC.

No que se refere ao tratamento medicamentoso, também conhecido como farmacoterapia, podemos afirmar que diversas substâncias já foram testadas no tratamento do TOC, porém, parece haver um consenso de que as drogas inibidoras da recaptção da serotonina são as mais eficazes na redução dos sintomas. O antidepressivo de primeira geração que se mostrou muito eficiente foi a clomipramina. No entanto, apesar da sua eficácia comprovada, seus efeitos colaterais fazem com que esta não seja mais a droga de primeira opção. Outros antidepressivos de segunda geração também podem ser usados, como a fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, sertralina e venlafaxina. (SADOCK, 2002; VERSIANI, 2001, FINEBERG *et al.*, 2007). Os antidepressivos também podem ser associados a outros medicamentos, tais como os antipsicóticos e ansiolíticos, visando aumentar sua eficácia.

Segundo Sadock (2007) e Campos (2000), é comum que a melhora dos sintomas demore a aparecer depois de iniciado o medicamento, devendo-se manter a medicação por pelo menos três meses em dose máxima para avaliação de sua eficácia. Caso ocorra um controle dos sintomas, pode-se começar a reduzir para uma dosagem de manutenção após seis meses e tentar sua suspensão após 18 meses.

Como podemos observar, em virtude do período de latência, recomenda-se a utilização do medicamento por pelo menos três meses, para então concluir se o paciente poderá ou não se beneficiar do tratamento. Vale ressaltar que as medicações somente serão eficazes se tomadas de forma regular e sem interrupções, visto que se o tratamento medicamentoso for interrompido antes do tempo recomendado, o paciente poderá sofrer recaída.

As principais vantagens dos medicamentos são a facilidade do uso, o fato de serem obtidos mais facilmente e de não exigirem treinamento especial. A manutenção do medicamento antiobsessivo parece exercer efeito protetor para recaídas, especialmente se usado em doses elevadas e a longo prazo. Entretanto, o uso de medicamentos pode apresentar também alguns inconvenientes, citando, por exemplo, a resposta incompleta que a maioria dos pacientes apresenta, seus efeitos colaterais e as recaídas que são muito comuns após a suspensão do uso dos medicamentos. (CORDIOLI, 2008, p.56;58).

As medicações associadas à terapia comportamental são consideradas hoje as primeiras opções de tratamento, conseguindo atenuar ou eliminar parte dos sintomas. Ferrão (2007) e Marques (2001), em sua literatura informam que apesar dos resultados obtidos com o tratamento, raramente os sujeitos com TOC ficam assintomáticos.

Outra alternativa de tratamento utilizada no TOC é o tratamento psicoterápico. Este é válido quando realizado de maneira correta e por profissionais competentes. Existem estudos que mostram que o tratamento com Terapia Cognitivo-Comportamental apresenta maior eficácia na melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos, bem como na manutenção dessa melhora.

Na Terapia Cognitivo-Comportamental, o indivíduo é exposto a situações que geram ansiedade, começando pelos sintomas mais leves. Ele é exposto inúmeras vezes a uma situação que desencadeia os pensamentos obsessivos, o que faz com que ele aprenda aos poucos a suportar a ansiedade e a resistir à necessidade de ceder à compulsão. Como um dos efeitos da psicoterapia, têm-se a diminuição na incidência e na rapidez das recaídas após a suspensão da farmacoterapia. (MARQUES, 2001).

Segundo Cordioli (2008), a terapia cognitivo comportamental no tratamento do TOC utiliza intervenções comportamentais como a exposição, a modelação, prevenção de respostas ou dos rituais, técnicas de auto-monitoramento, uso de registros, escalas e técnicas cognitivas de correção de pensamentos e crenças disfuncionais.

Percebemos então, que a principal finalidade da terapia cognitiva comportamental é modificar aprendizagens erradas, substituindo-as por novas e modificando pensamentos, avaliações, interpretações e crenças distorcidas.

Finalmente, torna-se relevante que os fundamentos e as características da terapia cognitivo comportamental sejam explicados também para família. Ela deve compreender em que a terapia cognitivo comportamental se baseia; quais estudos embasaram sua aplicação; os eventos decorrentes da terapia (o aumento inicial da ansiedade em razão dos exercícios, o fenômeno da habituação e o desaparecimento gradual dos sintomas) e a importância da adesão do paciente ao exercício. (CORDIOLI, 2008).

É importante, ainda mencionar detalhes práticos, como frequência das sessões, o planejamento das tarefas de exposição e prevenção de rituais, as técnicas cognitivas e as perspectivas de melhora, uma vez que, tais esclarecimentos são essenciais para o paciente aderir ao tratamento e os familiares se tornarem aliados nesse processo.

3. A IMPORTÂNCIA DO APOIO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO

Conviver com paciente portador do transtorno obsessivo-compulsivo, nem sempre é uma tarefa fácil. Muitas das vezes, a família não compreende que os comportamentos do paciente são involuntários, tornando-se incompreensíveis com certas “manias” ou então conviventes com determinados rituais. Segundo Cooper (1996 apud CORDIOLI, 2008, p. 204), os familiares geralmente compartilham do sofrimento e da aflição do portador de TOC e acabam sofrendo da mesma maneira, relatando que não podem aproveitar a vida enquanto veem seu familiar sofrendo com sua vida pessoal ou profissional comprometida. E por não tolerarem a impotência sentida ao verem seu ente querido se tornar prisioneiro de rituais exaustivos e intermináveis, apoiam sua realização e atendem suas demandas.

Soares Neto (2011), afirma que a influência familiar pode conduzir positiva ou negativamente na evolução e no tratamento do sujeito com TOC. Assim como o paciente pode afetar a família, a família pode prejudicar no tratamento do paciente ou até mesmo tornar mais intensas as compulsões. Através do mecanismo de acomodação e de hostilização, o que pode ocorrer é o aumento do grau de desgaste familiar, apesar de os esforços serem dados na tentativa de diminuir o desconforto emocional do paciente e o tempo gasto em rituais.

O que podemos observar então é que, na tentativa de sanar ou diminuir as inquietações dos pacientes que sofrem desse transtorno, os familiares se veem obrigados a seguir regras impostas pelo paciente, citando como exemplo a utilização exclusiva de toalhas, jogo de cama, sabonetes, talheres, limitações de espaço para evitar novas contaminações, entre outros, sem se dar conta que esses procedimentos reforçam o transtorno.

Guedes e Banaco (2002, p. 111), alegam que conviver com um familiar portador de TOC gera mudanças significativas na família e, como afirma Hounie et al (2000), pode levar à desarmonia, raiva ou angústia no âmbito familiar em função da dependência, de envolvimento involuntário nos rituais, entre outros.

Segundo Hudzinski e Gonçalvez (2009), os problemas profissionais, além dos familiares, também foram descritos como consequências do transtorno. O autor cita que muitos dos entrevistados afirmam que o problema profissional aumenta

quando os rituais precisam ser realizados no ambiente de trabalho ou quando necessitam da participação de um terceiro indivíduo e que isso diversas vezes torna-se motivo de constrangimento, advertências e ridicularização.

Para a família se tornar uma verdadeira aliada ao tratamento do paciente, se faz necessário que seus membros tenham um bom conhecimento do que seja o TOC, sejam pacientes e tolerantes para os eventuais excessos de ansiedade ou recaída do paciente, auxiliem em suas necessidades, entre outros. A família deve se conscientizar que esse tipo de problema requer uma atenção especial e que há tratamento médico.

Para Bandeira (2005), a participação da família nos processos terapêuticos é de fundamental importância, visto que uma vez estes inseridos, o processo torna-se mais completo. A família bem orientada irá mudar suas intervenções, auxiliará na reinserção social dos indivíduos e também poderá subdividir as tarefas com os demais cuidadores, diminuindo a sobrecarga a um único familiar.

Cordioli (2014, p. 391), ao tratar da importância da família, traz a informação que as crianças com TOC percebem seu comportamento como estranho e diferente do comportamento dos seus colegas, sentindo vergonha, e em muitos casos afastando-se para executar seus rituais compulsivos. Os sintomas podem ainda vir acompanhados de medos acentuados que podem ocasionar ataques de pânico, fazendo com que a criança ou adolescente comece a faltar na escola e diminua o convívio com os colegas.

Como podemos observar então, o TOC gera consequências ainda maiores em crianças e adolescentes, uma vez que, as rotinas diárias (ir para escola, participar de esportes e atividades, fazer os deveres de casa, comer, dormir, brincar), podem ser fortemente alteradas pelo transtorno. Vemos assim que, principalmente no caso de crianças e adolescentes, a família torna-se essencial, devendo ser inserida no tratamento.

O serviço de saúde mental deve observar as dificuldades da família e proporcionar apoio para a realização de tarefas com o paciente, visando fortalecer as relações saudáveis. (PINHO, HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2010). Por fim,

verifica-se que quando a família recebe apoio e orientações adequadas, o comprometimento no cuidado de seu familiar torna-se maior.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto no decorrer deste artigo, apesar de existir um estudo crescente sobre o TOC, o mesmo continua sendo um desafio para os profissionais, uma vez que cada paciente tem suas individualidades e pode responder de forma diferenciada ao tratamento. O TOC pode ocasionar impactos negativos na vida do paciente e de sua família que vão além de dificuldades financeiras, podendo trazer desarmonia, angústia, limitações e em casos mais graves, pode incapacitar o paciente até mesmo nas atividades diárias mais básicas.

A família assume um papel importante no processo de tratamento do paciente com TOC, sendo um dos responsáveis pelo tratamento e cuidado. Diante da corresponsabilização entre a família e a equipe de saúde, é essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para atender as necessidades do núcleo familiar.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são desafiados a mudar a relação histórica dos serviços de saúde mental com o grupo familiar. A família passa a ser estimulada a não somente fazer parte do tratamento, como também fazer parte da rotina diária do paciente, surgindo também a necessidade de aprimorar a formação dos profissionais de saúde, para que os mesmos sejam capazes de investigar com mais profundidade os sintomas obsessivos e compulsivos, principalmente em pacientes com queixas ansiosas e depressivas.

O serviço de saúde mental deve fortalecer os vínculos familiares, dando todas as orientações necessárias, visando minimizar as dificuldades encontradas por estes no decorrer do processo de tratamento. O acolhimento e a escuta, aparecem como importantes estratégias em saúde, auxiliando a família a atingir sua reestruturação a partir de sua vivência com o paciente. A divulgação sobre o tema na comunidade em geral, também se faz necessário por parte dos profissionais, pois a população deve ter conhecimento que se trata de um problema sério e que deve ser tratado com abordagens específicas e profissionais qualificados.

Quanto mais cedo os pacientes e seus familiares forem atendidos por profissionais qualificados e habituados com o TOC, mais eficaz será a resposta terapêutica, possibilitando assim, a diminuição dos sintomas na busca de uma

remissão completa e evitando o agravamento da doença com comorbidades associadas.

Pacientes com TOC sentem um grande alívio ao encontrar pessoas capazes de entender seu sofrimento sem recriá-lo, ao saber que o paciente não pratica tais rituais ou manias porque quer, mas porque não consegue evitar tais comportamentos.

Por fim, constatou-se que os familiares são uma das peças fundamentais no processo de tratamento do paciente com TOC, visto que são eles que geralmente oferecem mais apoio e compreensão, incentivando o mesmo na busca do tratamento. O apoio da família é fundamental para que o paciente consiga superar suas compulsões e/ou obsessões, razão pela qual a família como um todo deve tornar-se psicologicamente saudável, no intuito de encarar o problema e buscar a cura em conjunto. Quando um paciente percebe que tem o apoio, a compreensão e o conforto de sua família, ele fica muito mais disposto ao tratamento e os resultados são melhores e mais duradouros.

4. REFERÊNCIAS

- BANDEIRA, Marina; BARROSO, Sabrina Martins. Sobrecargas de famílias de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. Psiquiatr.** 2005.
- CAMPOS, Maria Conceição do Rosário; MERCADANTE, Marcos T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 16-19, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul 2015.
- CORDIOLI, Aristides Volpato. TOC: **Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CORDIOLI, Aristides Volpato. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: Manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- CORDIOLI, Aristides Volpato; HELDT, Elizeth; RAFFIN, Andréa Litvin. **Transtorno Obsessivo-Compulsivo: perguntas e respostas**. Folder. Disponível em: <www.ufrgs.br/psiquiatria/.../FOLDER%20TOC%20versão%2010_05.pdf>. Acesso em 04 jun 2015.
- COUTO, Leticia de Studinski; RODRIGUES, Lidiane, VIVAN, Analise de Souza et al. **A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura**. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 3, n. 2, 2010 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822010000200007&lng=en>. Acesso: 27 jun 2015.
- DEL PORTO, José Alberto. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v23, p 3-5, 2001.
- FERRÃO, Ygor Azeno; DINIZ, Juliana Belo; LOPES, Antonio Carlos *et al.* Resistência e refratariedade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Ver. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, suplemento 2, p. S66-S76, out. 2007.

HOUNIE, Ana et al. **Aprendendo a viver com TOC**. São Paulo FMUSP, 2000.

HUDZINSKI, Edilane C.; GONCALVES, Josiane S. **O Transtorno Obsessivo-Compulsivo e a vida cotidiana de seus portadores**. Curitiba: NEPPSI, 2009 (Comunicação). Disponível em: <http://www.dombosco.sebsa.com.br/faculdade/revista_4ed/set2009_comunica01.php>. Acesso: 27 jun 2015.

MARQUES, Carla. Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [on line], São Paulo, v. 23, suplemento 2, p. 49-51, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23s2/a15v23s2.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2015.

MIELKE, Fernanda Barreto; KOHLRAUCH Eglê; OLSCHOWSKY Agnes, SCHNEIDER Jacó F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 out/dez;12(4):761-5. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>> Acesso em: 21 jun 2015.

PINHO, Leandro Barbosa; HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon.; KANTORSKI Luciane Prado. **Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento**. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2010;14(32):103-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-32832010000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jun 2015.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SALIBA, Alexandra Lurdes; PIRES, Helio Henrique; GOMES, Juliana Costa, et al. Diferenças e semelhanças entre Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Ver. Med. Saúde Brasília** 2014; 3(1):94-101

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes e Manias: TOC: transtorno obsessivo-compulsivo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SOARES NETO, Eduardo Batista; TELES, João Mendes; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2011, vol.38, n.2, p. 47-52. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000200001> Acesso 12 jul 2015.

STEKETEE, Gail; PIGOTT, Teresa. **Transtorno obsessivo-compulsivo: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento.** Trad. Sandra Mallmann. - 3ª ed. - Porto Alegre : Artmed, 2009.

TORRES, Albina Rodrigues.; SMAIRA, S. I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [on line], São Paulo, v. 23, suplemento 2, p. 6-9, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23s2/a03v23s2.pdf>>. Acesso em: 05 jun.2015.

TORRES, Albina Rodrigues. Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 23, supl. 2, p. 21-23,2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun. 2015.

TORRESAN, Ricardo Cezar; SMAIRA Sumaia Inaty., RAMOS-CERQUEIRA, Ana Tereza; TORRES, Albina Rodrigues. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2008..

VERSIANI, M. Projeto Diretrizes: **Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos de Ansiedade**. Associação Médica Brasileira / Conselho Federal de Medicina, 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/099.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2015.

Suarez, Gabriela Liliana Medeiros

A importância da família no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo/ Gabriela Liliana Medeiros Suarez - São Luís, 2015.

Impresso por computador (fotocópia)

20p.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. -. 2015.

Orientador: Prof^ª. Msc. Janete Valois Ferreira Serra

1. Transtorno obsessivo-compulsivo. 2. Saúde mental. 3. Família
I. Título.

CDU: 614.2