

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

**MARIA APARECIDA LIMA  
GILMARIA DE SOUZA SANTOS**

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

São Luis  
2015

**MARIA APARECIDA LIMA  
GILMARIA DE SOUZA SANTOS**

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

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Cláudia Monteiro de Andrade

São Luis  
2015

**MARIA APARECIDA LIMA  
GILMARIA DE SOUZA SANTOS**

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

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

Aprovado em: ...../...../.....

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Ms. Cláudia Monteiro de Andrade**  
(Orientadora)

Dedico este trabalho de conclusão de curso a Deus, que é digno de toda honra. Sua presença foi imprescindível em todos os momentos de nossa trajetória.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradecemos a Deus, principal responsável por tudo isso.

Aos familiares, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A esta universidade, ao seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbramos um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes;

A nossa orientadora, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

“O amor é o único nexo permanente válido nas relações familiares. Amar e ser amado é um desejo de todos. E também é um direito que a sociedade deveria proteger e estimular”.

Knobel

## RESUMO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma psicopatologia caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões. Antes, o TOC era considerado um transtorno raro, no entanto, atualmente, afeta de 1,6 a 3,1% da população. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo é obter o referencial teórico que contribua para a compreensão do TOC, sua caracterização além da sua repercussão na vida do paciente e seu núcleo familiar, onde foram utilizados livros, artigos científicos, teses, dissertações, monografias de estudiosos do assunto. O objetivo do trabalho foi mostrar a importância da participação da família no tratamento de pacientes com TOC, já que trata-se de um dos transtornos psiquiátricos onde há um grande envolvimento da família, pois esta acaba por compartilhar o sofrimento e a aflição do paciente. Ressalta-se também a intervenção psicossocial, enfatizando a ação do profissional especializado em Saúde Mental. Os resultados obtidos revelaram que o TOC é um distúrbio de difícil diagnóstico pelo fato da dificuldade dos pacientes reconhecerem a necessidade e buscarem ajuda. Atualmente, é recomendado o uso de medicamentos (antidepressivos e ansiolíticos) e psicoterapia para tratamento. Além do apoio da família, que torna-se peça fundamental no processo de tratamento do TOC.

**Palavras-chave:** Transtorno obsessivo-compulsivo. Intervenção psicossocial. Família.

## **ABSTRACT**

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a psychopathology characterized by the presence of obsessions and / or compulsions. First, the OCD was considered a rare disorder, however, currently affects 1.6 to 3.1% of the population. It is a bibliographical research whose goal is to get the theoretical framework that contributes to the understanding of OCD, its characterization addition to its impact on the patient's life and his family nucleus, where books were used, scientific papers, theses, dissertations, monographs of Scholars. The objective was to show the importance of family involvement in the treatment of patients with OCD, as it is one of the psychiatric disorders where there is a large family involvement, as this turns out to share the suffering and distress of the patient. It also emphasizes the psychosocial intervention, emphasizing the action of specialized professional in Mental Health. The results showed that OCD is a disorder difficult to diagnose because of the difficulty of patients recognize the need and seek help. Currently, it is recommended the use of medications (antidepressants and anxiolytics) and psychotherapy for treatment. Besides the family support, which becomes instrumental in the treatment of OCD process.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder. Psychosocial intervention. Family.



## LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
IRS	Inibidor da recaptação de serotonina
ISRS	Inibidores seletivos da recaptação da serotonina
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TCCG	Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	12
2.1	Objetivo Geral .....	12
2.2	Objetivos Específicos .....	12
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	13
<b>4</b>	<b>TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO</b> .....	14
4.1	Caracterização .....	16
4.2	Sintomas e diagnóstico .....	18
4.3	Tratamento .....	19
<b>5</b>	<b>A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL</b> .....	24
5.1	Família .....	25
5.2	A importância da família no tratamento do paciente com TOC .....	26
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	32
	REFERÊNCIAS .....	34

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões que, ao longo dos anos, vem ganhando um merecido destaque por ser uma doença mental relativamente nova no meio psiquiátrico.

De acordo com dados apresentados por Niederauer *et al.* (2007), o TOC foi considerado um dos quatro transtornos psiquiátricos mais comuns, sendo precedido somente pela depressão, pela fobia social e pelo abuso de substâncias. Considerado como uma das dez maiores causas de incapacitação, acarreta um impacto negativo na vida do portador e em suas atividades. Afeta de 1,6 a 3,1% da população em algum momento da vida, sendo mais prevalente que a esquizofrenia e o transtorno de humor bipolar. Ao recorrer-se a um dado comparativo, constata-se que de 2% a 3% da população mundial é acometida por diabetes e asma (SILVA, 2004), ficando evidente que o TOC é tão corriqueiro quanto tais doenças clínicas.

Silva (2004) aponta os avanços no conhecimento da bioquímica cerebral, a popularização do conhecimento científico e o surgimento de exames sofisticados como fatores que têm favorecido a identificação dos casos de TOC.

Após o diagnóstico do transtorno, a vivência com essa doença frequentemente requer o cuidado no seio da família do portador. Para perceber a complexidade que cerca o provimento de cuidado na família de pessoas com TOC é de suma importância destacar que conviver diariamente com um portador deste transtorno pode ser exaustivo, não só porque seus rituais impõem certo rigor ao ambiente, mas porque se torna estressante presenciar a repetição de comportamentos aparentemente sem sentido (SILVA, 2008 *apud* AMAZONAS *et al*, 2010).

Dessa forma, uma pessoa com comportamentos obsessivos e compulsivos no ambiente familiar, tende a causar mudanças na vida daqueles que convivem com ela. Segundo Ferrão (2004 *apud* AMAZONAS *et al*, 2010), estudos têm comprovado que familiares de portadores de TOC muitas vezes reduzem suas atividades sociais, de forma a se dedicar mais a cuidar dos que estão doentes, além de terem níveis aumentados de desgaste.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender como o TOC é um transtorno que apresenta um impacto muito intenso na família. A construção

dessa pesquisa busca ainda possibilitar aos estudiosos da área e sociedade, base para uma reflexão sobre a forma como a influência dos sintomas obsessivo-compulsivos sobre os demais membros da família e ao mesmo tempo discutir as atitudes que podem auxiliar o paciente a vencê-los ou que eventualmente favorecem a perpetuação do transtorno. Dessa forma, aponta-se como é relevante mapear as regras de conduta destinadas aos familiares, com ajuda do profissional de Saúde Mental, levando em consideração a flexibilidade, o bom senso, a tolerância e o particularidade de cada caso, auxiliando o paciente a vencer o transtorno.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Mostrar a importância da família no tratamento do paciente com transtorno obsessivo compulsivo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o transtorno;
- Analisar a importância da participação da família no tratamento de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo;
- Discorrer acerca das formas de tratamento do transtorno;
- Abordar a intervenção psicossocial, enfatizando a inclusão da família no tratamento dos pacientes com TOC.

### 3 METODOLOGIA

Em relação à metodologia aplicada, esta pesquisa é de caráter bibliográfico para a construção do referencial teórico, que, conforme explica Manzo (*apud*, MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 185) “[...] oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente”.

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, pois pretende verificar a importância da família no tratamento do paciente com TOC. Trata-se de uma pesquisa descritiva, pois pretende-se, retratar e descrever as regras e recomendações aos familiares do paciente, auxiliando na inclusão social do paciente e utilizando a família como suporte fundamental.

Para a coleta de dados e o registro das informações, onde foram considerados os estudos de publicações nacionais, impressos e virtuais, específicos da área (monografia, livros, dissertações e artigos), do período de 2001 a 2015, a partir dos descritores saúde mental, transtorno mental, transtorno obsessivo-compulsivo, intervenção psicossocial e família, nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo.

## 4 A PATOLOGIA

Segundo Giacobbo (2010), o TOC é uma das doenças mentais cujo diagnóstico é mais difícil pelo fato da dificuldade dos portadores procurarem ajuda. O que se confirma no estudo de Torres e Lima (2005), que ao traçarem o perfil epidemiológico do TOC, detectaram que a demora pela procura por tratamento é de 6 a 17 anos em média.

Historicamente, o TOC teve uma das primeiras descrições do seu conceito moderno publicada pelo Psiquiatra alemão Karl Westphal, embora diversos autores tenham posteriormente modificado seu conceito. Anos mais tarde, em 1915, Sigmund Freud afirmou que os sintomas obsessivos compulsivos eram produto de repressão de instintos agressivos e de problemas no desenvolvimento psicológico da criança. Freud atestou ainda que ansiedade e depressão são mais frequentes em combinação com os sintomas de histeria, obsessão e melancolia (PETRIBÚ, 2001).

Conforme já foi dito, o TOC é caracterizado por obsessões e compulsões, o que torna fundamental a compreensão de tais termos. A American Psychiatric Association (APA, 2002 *apud* AMAZONAS *et al*, 2010, p. 58), afirma que obsessões são “ideias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes que são vivenciados como intrusivos e inadequados causando acentuada ansiedade ou sofrimento”. Já compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais “cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou satisfação”. Ainda segundo a APA (2002 *apud* AMAZONAS *et al*, 2010), esses diferentes sintomas geram significativo sofrimento e prejudicam por consumirem mais de uma hora por dia em sua execução.

No intuito de facilitar a compreensão e identificação do TOC, Silva (2004, p. 33) aponta as principais e mais comuns obsessões:

**Obsessão de agressão:** preocupação em ferir os outros ou a si mesmo, insultar, impulsos de agredir, machucar o próprio filho, etc;

**Obsessão de contaminação:** preocupação constante com sujeira, germes, contaminação por vírus e bactérias, pó, apertos de mão, medo de ser contaminado em visitas hospitalares, velórios, cemitérios etc.

**Obsessão de conteúdo sexual:** pensamentos persistentes de fazer sexo com pessoas impróprias ou em situações estranhas, pensamentos obscenos, imagens pornográficas recorrentes, impulsos incestuosos.

**Obsessão de armazenagem e poupança:** ideia fixa em colecionar ou não se desfazer de vários tipos de objeto. A pessoa não quer se desfazer de

nada por achar que tudo poderá ser útil no futuro (embalagens, papéis velhos, jornais, revistas, tampinhas de refrigerantes etc).

**Obsessão de caráter religioso:** pensamentos recorrentes de escrupulosidade, blasfêmia, pecado, certo/errado, de falar obscenidades na igreja.

**Obsessão por simetria:** ideias constantes de exatidão ou alinhamento de objetos, roupas, decoração etc.

**Obsessão somática:** preocupação excessiva com doenças.

**Obsessão ligada à dúvida:** preocupação constante com o fato de não confiar em si mesmo, se fez algo direito e questionar-se se realmente realizou determinada tarefa (fechar a janela, deixar uma encomenda etc).

Os pensamentos obsessivos estão geralmente relacionados aos maiores medos e dúvidas do indivíduo, e os portadores do TOC sentem desconforto cada vez mais crescente devido a tais pensamentos, o que acaba levando o paciente a desenvolver comportamentos e rituais, conhecidos popularmente como “manias”. Tudo isso para tentar amenizar a sua ansiedade e possivelmente impedir que venha a acontecer o que ela mais teme.

As compulsões mais comuns são, segundo Silva (2004, p. 41):

**Compulsão ou mania por limpeza e lavagem:** lavar as mãos em excesso, a ponto de irritar e ferir a pele, tomar banhos intermináveis [...] usar em excesso produtos de limpeza como álcool, água sanitária, detergente etc.;

**Compulsão ou mania de ordenação e simetria:** a pessoa que sofre com isso se obriga a guardar ou arrumar determinados objetos sempre da mesma forma, na mesma posição e com frequência, mantendo alguma proporção ou simetria em relação a outros objetos.

**Compulsão ou mania de verificação ou checagem:** conferir inúmeras vezes janelas, portas, botões de fogão, torneiras, bicos de gás etc.;

**Compulsão ou mania de mania de contagem:** obrigatoriedade de uma ação ter de ser repetida cinco, dez, dezoito, vinte vezes ou qualquer outra quantidade;

**Compulsão ou mania de colecionamento:** [...] são aquelas pessoas “lixadeiras”, “entulhonas”, que não conseguem se desfazer de nenhum objeto, mesmo jornais velhos ou latas abertas e enferrujadas, pois acreditam que podem precisar delas;

**Compulsão ou mania de repetição:** trata-se de repetições de ações menos específicas, como ligar e desligar o interruptor de luz, entrar e sair pela mesma porta, escrever a mesma frase várias vezes, apagar e reescrever, sair do quarto, ir até a cozinha e voltar diversas vezes. Quase sempre ocorrem em conjunto com outras, como ter de repetir a checagem certo número de vezes, a lavagem certo número de vezes, e assim por diante.

**Compulsão ou mania mental:** por serem encobertos, esses rituais são praticamente impossíveis de detectar, a menos que a pessoa que os tenha concorde em falar sobre eles.

O portador de TOC faz o possível para tentar manter seus rituais comportamentais sob controle, principalmente na presença de outras pessoas, limitando-se a ambientes onde possam obter privacidade (quarto ou banheiro),



porém, com o agravamento da doença causado por algum acontecimento gerador de ansiedade ou angústia, os rituais tornam-se fora de controle e as limitações trazidas pelo transtorno ficam evidentes, facilitando o diagnóstico e a procura por ajuda profissional apropriada.

#### 4.1 Caracterização

Encontra-se divergências na classificação do TOC. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) inclui o TOC entre os transtornos de ansiedade contanto que o portador gaste um tempo mínimo de uma hora diária em rituais ou obsessões e reconhece os atos mentais como compulsões; já o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças ) inclui o TOC numa categoria distinta; não faz exigência de um tempo mínimo por dia em rituais ou obsessões, contanto que os sintomas estejam presentes na maior parte dos dias, por duas semanas; atesta que a execução da compulsão não deve ser prazerosa e que deve haver no mínimo um sintoma ao qual o paciente não consegue resistir (SILVA *et al*, 2007).

Torres e Lima (2005) afirmam que há uma grande limitação no conhecimento a respeito da prevalência e das características clínicas e demográficas do TOC, por se tratar de uma doença praticamente oculta, onde o paciente pode levar “em média sete anos, a partir do início dos sintomas, para receber tratamento específico. Em alguns casos extremos, esse tempo pode chegar a vinte, trinta anos e, não raro, o tratamento pode jamais ocorrer” (SILVA, 2004, p. 42).

Epidemiologicamente, também torna-se difícil avaliar o TOC em estudos populacionais, pois somente os amplos levantamentos populacionais são capazes de fornecer número suficiente para permitir conclusões e pela inexistência de um instrumento diagnóstico estruturado (TORRES; SILVA, 2005).

O *Epidemiologic Catchment Area Study* (apud MIRANDA, BORDIN, 2007, p. 10), utilizando uma amostra de 20.862 indivíduos, “constatou que 64% dos portadores de TOC apresentaram início dos sintomas antes dos 25 anos de idade, e 74%, antes dos 30 anos”. No entanto, tempos depois, foram detectadas algumas dificuldades e contradições na pesquisa, levando à realização de novas entrevistas com os casos de TOC, onde ficou evidente que “a idade de início nos casos com

diagnóstico estável ( $18,7\pm 13,6$  anos) era inferior àquela previamente observada ( $25,5\pm 16,4$  anos)” (MIRANDA, BORDIN, 2007, p. 10).

Skoog e Skoog (*apud* MIRANDA, BORDIN, 2007), ao acompanharem um grupo de pacientes com TOC durante 40 anos, demonstraram que “o início antes dos 20 anos está associado a uma menor taxa de remissão dos sintomas, sugerindo pior prognóstico”. Apesar disso, a maioria dos estudos que acompanharam pacientes por até 22 anos não puderam comprovar a relação entre início precoce e evolução.

Sendo assim, este longo estudo descrito acima possibilitou os autores identificarem que o início precoce está associado à gravidade da patologia, o que não pode ser observado nos estudos de menor duração.

Destaca-se outro dado importante o qual Torresan *et al* (2008, p. 14) ressaltam:

O TOC foi apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no estudo de Sobrecarga Global das Doenças de 1999, como a décima causa de anos vividos com incapacidade em todo mundo (responsável por 2,2% da incapacitação por doenças em geral), ocupando a quinta posição entre mulheres de 15 a 44 anos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

Nem sempre obsessões e compulsões estão associadas, havendo pacientes puramente obsessivos ou somente compulsivos. No entanto, é importante frisar que são raríssimos os casos onde o portador de TOC apresente só compulsões sem possuir nenhum tipo de obsessão. Nesses casos, as compulsões são desencadeadas por uma sensação intensa e até mesmo incontrolável de desconforto, imperfeição e falta de completude. Por esta razão, as ações são repetidas até que o indivíduo sinta a impressão de que aquilo que ela está fazendo está “correto”, “perfeito” e “completo” (TORRES, SMAIRA, 2001)

Ainda segundo os autores:

Um aspecto característico é a fácil evocabilidade dos sintomas, havendo infindáveis estímulos externos (sujeira, bactérias, facas) e internos (pensamentos, lembranças) capazes de, por associação, desencadear desconforto. Estes podem se generalizar também pelo plano simbólico (p. ex.: pensamentos sexuais ou agressivos e sujeira). O medo é idiossincrático: enquanto um considera “sujo” sangue e tudo que se refere a isso, outros temem contato com urina, gordura, graxa, pó de café, vidro etc. (TORRES, SMAIRA, 2001, p. 7).

Percebe-se, então, que usualmente ocorrem mudanças dos tipos de sintomas, ou seja, os rituais praticados e as obsessões podem ser múltiplos, também podem sofrer variações desaparecendo em definitivo ou apenas temporariamente.

Torresan *et al* (2008), apoiados em diversos estudos acerca das consequências mais comuns do TOC, elencam as principais:

- diminuição da autoestima e do bem-estar subjetivo,
- interferência negativa na vida estudantil, profissional, familiar, afetiva e social;
- custos indiretos para a família e para a sociedade;
- dificuldade ou incapacidade completa para atividades diárias rotineiras e alguns portadores podem ficar totalmente presos em casa, em função de comportamentos de esquiva dos estímulos temidos.

Desta forma, fica notório que o TOC deve ser encarado como uma doença que requer atenção e auxílio de profissional devidamente capacitado para reconhecer os sintomas e realizar o diagnóstico e tratamento adequado.

## **4.2 Sintomas e diagnóstico**

Difícilmente, o portador do TOC revela de pronto os seus pensamentos obsessivos e ações compulsivas, porém há indícios indiretos que favorecem o diagnóstico do transtorno.

Silva (2004) aponta alguns exemplos: banhos de longa duração, mãos avermelhadas e pele descamativa, gasto excessivo de produtos de limpeza, atrasos constantes, repetição de perguntas aparentemente sem sentido, lentidão no desempenho de atividades cotidianas, queda no rendimento seja escolar, profissional ou social, conferência constante em itens de segurança como gás, portas, janelas, luzes, fogão etc.

Segundo Del Porto (apud TORRES, SMAIRA, 2001, p. 7), em estudo realizado com 105 pacientes com TOC, os mesmos apresentaram principalmente “obsessões de agressividade (52%), contaminação (44%) e somáticas (40%), compulsões de limpeza (57%) e verificação (56%)”. O autor cita ainda a lentidão obsessiva como um sintoma raro, mas possível de ser identificado pelo profissional ao realizar o diagnóstico.

Segundo o American Psychiatric Association (APA, 2002, p. 25), os critérios para diagnóstico do TOC são:

- a) Presença de obsessões ou compulsões. [...]
- b) Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que suas obsessões são excessivas e irracionais. Isso não se aplica a crianças.
- c) As obsessões ou compulsões causam sofrimento acentuado, consomem tempo (mais de uma hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, no funcionamento ocupacional (ou acadêmico) e em atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.
- d) Se outro transtorno [...] estiver presente, o conteúdo das obsessões ou compulsões não está restrito a ele [...].
- e) A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (ex., abuso de droga ou medicamento) ou condição médica geral.

Torres e Smaira (2001) também ressaltam que a embora estejam presentes os sintomas comuns aos portadores de TOC, a forma como cada paciente reage ao problema é variável, dependendo de vários fatores como sua personalidade e seu contexto sociofamiliar.

Por ser uma doença, em geral considerada oculta, é necessário o devido cuidado na investigação da patologia, buscando detectar tais sintomas de obsessão e compulsão, já que os sintomas podem apresentar-se de inúmeras possibilidades, além da dificuldade de serem admitidos pelos portadores.

### 4.3 Tratamento

Basicamente, o tratamento recomenda o uso de medicamentos (antidepressivos e ansiolíticos) e psicoterapia, por meio de técnicas comportamentais e cognitivas, adaptadas especificamente para controlar e aliviar o quadro. Andrade (2007, p. 05) afirma que “pesquisas têm mostrado que o tratamento psicológico-medicamentoso é mais eficiente que qualquer um deles isoladamente”.

Niederauer *et al* (2007) analisaram os resultados de cinco diferentes estudos acerca do efeito do tratamento psicoterápico, farmacológico ou associado na qualidade de vida dos portadores do TOC. Uma descrição mais detalhada de cada estudo será fornecida a seguir.

O primeiro estudo foi desenvolvido por Bystritsky *et al* (*apud* NIEDERAUER *et al*, 2007), tendo sido realizado com uma amostra de 30 portadores de TOC (idade entre 18 e 56 anos), os quais já haviam apresentado resistência em

tratamentos anteriores. Eles foram incluídos no Programa de Hospitalização Parcial da Universidade da Califórnia (Los Angeles), o qual consistia em uso de medicação, Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) e intervenções psicossociais por um período. Os resultados apontaram que ocorreram mudanças significativas na satisfação dos pacientes em relação às suas atividades, à saúde e à vida em geral. Tendo apenas um aspecto que não apresentou diferença que foi a situação financeira.

Cardioli (2008, p. 2) descreve a importância da TCC:

A TCC é considerada um dos tratamentos de primeira linha para o TOC, juntamente com os medicamentos. A TCC baseia-se no fato de que se o paciente desafia seus medos, por exemplo, expondo-se às situações que evita ou tocando nos objetos que considera contaminados (**exposição**) e, ao mesmo tempo, deixa de realizar os rituais de descontaminação ou verificações (**prevenção da resposta ou prevenção de rituais**), em pouco tempo a ansiedade e o desconforto desaparecem espontaneamente (**habituação**), um fenômeno bastante conhecido: sensações desagradáveis, como ruídos intensos, cheiros, reações de medo desaparecem com o passar do tempo se ficarmos expostos a elas (CARDIOLI, 2008, p. 5).

Segundo Prazera, Souza e Fontenele (2007, p. 4), a terapia cognitiva para tratamento do TOC baseia-se no modelo de terapia cognitiva para transtornos depressivos e ansiosos de Beck, sendo que as táticas mais empregadas são: “eliciação e a discussão dos pensamentos automáticos e intrusivos, do medo disfuncional e dos esquemas de responsabilidade; a modificação de interpretações irrealistas; e a discussão sobre pensamento mágico e fusão de pensamento e ação”.

A abordagem cognitivista consiste em experiências de aprendizagem específicas, designadas a ensinar ao portador de TOC as seguintes operações:

- a) Observar e controlar seus pensamentos negativos automáticos (cognições);
- b) Reconhecer os vínculos entre a cognição, o afeto e o comportamento;
- c) Examinar as evidências a favor e contra seus pensamentos automáticos distorcidos;
- d) Substituir as cognições tendenciosas por interpretações mais orientadas para o real;
- e) Aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que predispõem a distorcer suas experiências (ANDRADE, 2007, p. 04)

O segundo estudo, também realizado por Bystritsky et al (2001 *apud* NIEDERAUER *et al*, 2007), teve por finalidade comparar 31 portadores de TOC inseridos em um programa de tratamento hospitalar com 68 pacientes esquizofrênicos participantes de um programa de reabilitação. Embora apresentando

baixos escores de qualidade de vida, os pacientes com TOC obtiveram melhora considerável após o tratamento. Foi possível detectar que os portadores do TOC e pacientes esquizofrênicos tiveram prejuízos similares no período prévio ao tratamento; no entanto, pacientes com TOC melhoraram expressivamente após o tratamento se confrontados com o outro grupo, tendo sido o desempenho social e a independência as únicas áreas que permaneceram aquém do satisfatório.

Cardioli et al (2003 *apud* NIEDERAUDER *et al*, 2007) são os autores do terceiro estudo, o qual foi realizado Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, utilizou uma amostra de 47 portadores de TOC (homens e mulheres com idade entre 18 e 65 anos). A pesquisa foi desenvolvida da seguinte forma: 23 pacientes foram aleatoriamente direcionados para fazer a Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo (TCCG), baseada em um manual padronizado, e 24 ficaram na lista de espera (grupo controle). O intuito era “avaliar a eficácia da intervenção na redução da intensidade dos sintomas do TOC e das ideias supervalorizadas, assim como no aumento da qualidade de vida desses pacientes”. Aproximadamente a metade dos pacientes de cada um dos dois grupos estava fazendo uso de algum inibidor da recaptação de serotonina (IRS). Importante ressaltar que a maioria apresentava sintomas graves (Y-BOCS<sup>1</sup> = 27), ou seja, 30% tinham sintomas graves ou extremamente graves (Y-BOCS > 30). O estudo concluiu que a taxa de resposta no grupo que recebeu a intervenção foi de 70% contra 4% no grupo controle. Ao final das 12 sessões semanais, houve melhora em todos os domínios (físico, psicológico, social e ambiental), embora a partir do terceiro mês após as sessões, essa melhora não tenha perdurado mais. No grupo controle, não houve diferença ao longo das 12 semanas. Em suma, a TCCG não é eficaz somente na redução da intensidade dos sintomas de TOC, mas também coopera com a diminuição da intensidade das ideias supervalorizadas, promovendo dessa maneira, a qualidade de vida dos portadores.

Prazera, Souza e Fontenele (2007) validam a tese de que a terapia em grupo apresenta resultados favoráveis aos portadores de TOC e com a vantagem de possuir menor custo para um número maior de pacientes, embora afirmem que seja necessária a realização de mais estudos no intuito de avaliar os fatores potenciais que modificam a dinâmica do tratamento em grupo.

---

<sup>1</sup> Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) é a escala que mede a gravidade dos sintomas no TOC.

O quarto trabalho, realizado por Tenney *et al* (2003 *apud* NIEDERAUER *et al*, 2007) teve como objetivo avaliar a intervenção farmacológica em 101 pacientes com TOC (idade entre 18 a 70 anos), dos quais 47 foram alocados aleatoriamente para receber paroxetina (60 mg/dia) e 54, venlafaxina (300 mg/dia), durante 12 semanas. O estudo apontou 49 pacientes respondentes ao tratamento, sendo que o critério de resposta adotado foi a redução mínima de 35% na Y-BOCS. Ambos os grupos, respondentes e não-respondentes, apresentaram diminuição dos sintomas de TOC e consequente melhora da qualidade de vida, independente da classe de medicação prescrita.

Segundo Silva *et al* (2007), atualmente, os avanços científico-tecnológicos na área da indústria farmacêutica proporcionaram uma ampliação no leque de alternativas de medicações eficazes para tratamento do TOC, sendo que as mesmas podem ser prescritas de forma isolada ou associada.

Hetem (2008, p. 03) afirma que:

Os ISRS (inibidores seletivos da recaptação da serotonina) são o tratamento de primeira escolha para o TOC. Alguns fatos estão hoje em dia bem comprovados: não há necessidade de depressão concomitante para que haja melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos, as recaídas são a regra após a interrupção do tratamento, a dose necessária para efeito máximo é geralmente alta (250-300 mg de clomipramina ou 60-80 mg de fluoxetina) e a resposta lenta, podendo não ser percebida nitidamente antes de várias semanas. Um aspecto curioso e importante da farmacoterapia do TOC é que embora os medicamentos às vezes aliviem apenas 30 a 60% da sintomatologia, muitos pacientes consideram este nível de melhora um benefício considerável.

Silva (2004, p. 147) explica que os ISRS “aumentam a serotonina no espaço intersináptico (espaço entre um neurônio e outro) ao impedir que ela retorne para o neurônio que a liberou”. Sendo a serotonina um neurotransmissor natural do cérebro humano com a finalidade de conduzir a transmissão entre células nervosas, é responsável por esse processo de retorno, ou seja, a recaptação faz com que com ela mantenha-se entre dois neurônios vizinhos, facilitando assim, o fluir do impulso elétrico neural, por conseguinte, os sistemas cerebrais (obsessões e compulsões).

O quinto e último estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Comportamental do Hospital Universitário de Hamburgo (Alemanha) por Moritz *et al* (2005 *apud* NIEDERAUER *et al*, 2007). A finalidade da pesquisa foi constatar preditores de piora de qualidade de vida em indivíduos com TOC, apontando quais as áreas mais afetadas pelo transtorno no pré e pós-tratamento.

A amostra foi composta por 79 pacientes, dos quais 72 foram tratados com TCC (além de uma ou mais intervenções, tais como treinamento de habilidades sociais, técnica de resolução de problemas e enfrentamento de estresse) ao longo de 10 semanas e os sete restantes não receberam intervenção padronizada. A taxa de resposta ao tratamento foi de 38% (redução mínima 35% na YBOCS). As áreas mais prejudicadas pelo TOC foram o funcionamento social, a saúde mental e a vitalidade. Mesmo que o número de sintomas de TOC e a gravidade da depressão tenham sido mais fortes preditores da qualidade de vida do que a gravidade do TOC, os achados revelam que a melhora dos sintomas alivia a angústia na vida diária dos pacientes e, conseqüentemente, contribui para uma melhora da sua qualidade de vida.

Logo, após analisar os diversos tipos de tratamentos aplicados e comprovados cientificamente, considera-se importante frisar que o tratamento deve levar em consideração o paciente enquanto ser individual, respeitando suas limitações, contexto social, profissional e afetivo, ressaltando também que é imprescindível uma orientação por parte do profissional da área de Saúde Mental, ou seja, uma informação prática, utilizando linguagem de fácil entendimento, para que o paciente possa compreender o transtorno, suas complicações, os prós e os contras do modelo de tratamento o qual vai ser administrado.

Dessa maneira, o paciente terá tranquilidade em aceitar as prescrições e muito mais facilidade em revelar seus sentimentos, os quais ele teme tanto em expor.



## 5 FAMÍLIA NO CONTEXTO DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

O paciente com transtorno mental, seja qual for a natureza, sempre sofreu preconceito, exclusão econômica e social, o que, no decorrer da história, passou a ser tema de críticas e reivindicações, pois o modelo de atenção psiquiátrica privava o indivíduo com doença mental de participar da sociedade como sujeito de direitos e deveres, encerrando-o em um ambiente asilar (RIBEIRO, MACHADO, 2008).

Ainda segundo os autores supracitados, até o final da década de 70, a Assistência Psiquiátrica no Brasil era realizada por meio de internações em estruturas manicomiais.

No entanto, após consecutivas transformações, através da mobilização e luta da sociedade em prol dos direitos dos pacientes mentais, abriu-se espaço nos meios psiquiátricos, universitários e intelectuais para discussões, as quais geraram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento este que garantiu as mudanças necessárias assistenciais em saúde mental.

A partir de então, foram criados novos serviços com propostas de tratamentos diferenciados dos tradicionais, considerando a singularidade e a questão da cidadania (RIBEIRO, 2005).

Esse movimento é marcado pela construção de uma nova postura ética em relação aos indivíduos acometidos por transtornos mentais. O sujeito não mais deve ser visto como portador de uma doença que precisa ser controlada, mas sim como pessoa que, devido às suas diferenças, necessita de locais e pessoas que o ajudem a garantir sua cidadania, a sua qualidade de vida, enfim, as suas trocas sociais e afetivas (RIBEIRO, 2005, p. 15).

É importante que o profissional de Saúde Mental proporcione, através da sua especificidade, o aumento do cuidado e a possibilidade de resgate dos direitos de cidadania desses sujeitos.

Mais importante que o diagnóstico médico, é a maneira como o paciente lida com seu cotidiano, ou seja, como era a rotina antes da doença para então diferenciar o que foi adquirido depois da quebra de um projeto de vida e o que é do paciente mesmo, ou seja, de sua personalidade.

Além disso, é importante o trabalho de orientação à família, já que a mesma está sujeita à ansiedade e depressão, e muitas das vezes não tem conhecimento acerca da melhor forma de agir com o paciente. Antes de

compreender essa importância, é fundamental entender o conceito de família e a sua atual estrutura.

## 5.1 Família

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, família pode ser considerada como “[...] grupo social constituído pelo casal (CF, art. 226, caput, e seu 3º) ou qualquer dos pais (4º) e pelos que a eles se interligam pelo parentesco (idem, e CC, arts 1591) e pelos vínculos de afinidade (CC, art 1595)”. Enquanto isso, para o senso comum e lexicalmente, a palavra família significa pessoas aparentadas que vivem em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos, ou ainda, pessoas de mesmo laço sanguíneo, ascendência, linhagem, estirpe ou admitidos por adoção.

A verdade é que a Constituição Federal de 1988 representou um marco na evolução do conceito de família, corporificando o conceito de que o traço dominante da evolução da família é a sua tendência a se tornar um grupo cada vez menos organizado e hierarquizado e que cada vez se funda mais na afeição mútua.

Segundo Medeiros (2005, p. 12), “a família é uma das instituições mais determinantes da vida dos seres humanos”, sendo que independe da constituição hierárquica pela qual se apresenta, é responsável por orientar a construção e a apreensão cultural de seus membros, podendo ser considerada representante fundamental de grande parte do comportamento futuro. Além do mais, é determinante importante dos gestos, costumes e hábitos que aqueles indivíduos apresentarão ao longo da vida.

Na maior parte das culturas, as pessoas vivem em unidades domésticas familiares integradas por um ou mais casais e pelos filhos destes. A frequência com que se encontram relacionamentos desse tipo permite afirmar que a origem da família é tão remota quanto à própria humanidade. Deve-se também ressaltar que, na maioria dos povos que alcançaram certo grau de civilização, a família é monogâmica e o princípio de autoridade é geralmente prerrogativa do pai com a colaboração da mãe.

Antigamente, a família compreendia um conjunto de pessoas, objetos e bens sob a autoridade de um chefe doméstico, não necessariamente o genitor ou o pai, na qual era identificada e vista como uma extensão do mesmo, a quem era

garantida a autoridade absoluta com o poder de vida ou morte sobre seus membros (CALDANA, 1991).

Contudo, devido às mudanças sociais, tecnológicas e culturais que se sucederam ao longo dos anos, a estrutura familiar foi, gradativamente, sofrendo uma grande transformação, a instituição permaneceu, mas atualmente, apresenta-se de formas muito variadas, o que dificulta e muito determinar o conceito de família.

Oliveira e Loyola (2006, p. 2) afirmam que o século passado foi marcado pela transição dos valores familiares, deixando para trás o modelo que se traz em mente sempre que se fala de família: uma casa com quintal, pai, mãe e filhos vivendo juntos. Essa visão é correspondente ao ideal da família nuclear burguesa. A sociedade viveu algum tempo tentando alcançar o padrão desse modelo familiar e, à medida que as famílias se afastavam dessa proposta, passaram a ser chamadas e avaliadas como “desestruturadas” ou incompletas.

Oliveira (2003) assevera que as mudanças ocorridas no passar dos séculos provam que a família, enquanto modelo de instituição alicerçada nos laços de sangue e na relação harmônica entre pais e filhos, não se sustenta mais, por que atualmente há diferentes formas de se construir um núcleo familiar (família de pais separados e sozinhos, de pais separados com outros(as) companheiros(as) e de casais homossexuais).

No entanto, mesmo diante desses conceitos de família, “não se pode negar que ela tem um papel singular na construção e na vida do sujeito”, até porque a família é capaz de intervir no processo de saúde-doença de seus membros, individual e coletivamente. “Organiza-se, desorganiza-se e se reorganiza continuamente” (OLIVEIRA, LOYOLA, 2006, p. 3).

## **5.2 A importância da família no tratamento do paciente com TOC**

Segundo Amazonas *et al* (2010, p. 59), a convivência diária com um portador de TOC é extremamente exaustivo, “não só porque seus rituais impõem certa rigidez ao ambiente, mas porque se torna estressante presenciar a repetição de comportamentos aparentemente sem sentido”. Assim, a presença de uma pessoa com comportamentos obsessivos e compulsivos tende a produzir mudanças na vida daqueles que convivem com ela.

Esse envolvimento pode ser observado desde o ajudar em tarefas simples, falar sobre o mesmo assunto infinitamente, chegando até mesmo a submeter-se aos rituais de descontaminação ou organização (FERRÃO, 2004 apud AMAZONAS *et al*, 2010).

Espiridião (2001, p. 3) preconiza um atendimento mais humanizado, socializante e mais eficaz aos portadores de transtornos psíquicos, destacando que:

É evidente que o processo requer discussões no contexto do qual o indivíduo faz parte, visando suas relações familiares, de trabalho e também assistenciais, de forma a melhor inseri-lo seu meio, dando-lhe a assistência devida, oportunizando mais espaços de socialização, de recuperação de suas potencialidades (muitas vezes desprezadas), reabrindo sua comunicação na família e no seu ambiente social, trazendo a ele possivelmente um sentido mais significativo de existência.

Durante muito tempo, os profissionais de saúde mental tinham a família como produtora de doença mental e não como aliada para recuperar o doente, no entanto, hoje em dia é consensual que quando a família é apoiada e orientada, tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida com a estrutura existente para reinserção social do indivíduo acometido por transtorno mental (ESPERIDIÃO, 2001).

No caso do TOC, muitas das vezes, segundo Amazonas *et al* (2010, p. 60), a interferência da família 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.

Seguindo o critério de pesquisa de Amazonas *et al* (2010), os quais objetivaram compreender como se dá o desempenho da função de pai e mãe desses pacientes em relação aos sintomas da doença e ao grau de acomodação familiar, para tanto realizaram uma pesquisa com 30 pacientes do Hospital Oswaldo Cruz em Pernambuco, onde entrevistaram 12 mães e 2 pais, dividiu-se em quatro temáticas acerca da participação da família no quadro de TOC: participação nos rituais obsessivo-compulsivos do paciente; modificações na rotina familiar; desgaste

na família e grau de perturbação do paciente quando não atendido em suas solicitações. Cujo resultado, relata-se a seguir:

a) Participação da família nos rituais

Na pesquisa de Amazonas *et al* (2010), no quesito participação nos rituais obsessivo-compulsivos dos filhos, os achados revelaram que apenas 21,4% se referiram a nunca participar dos comportamentos obsessivo-compulsivos dos filhos; 78,6% indicaram participação, atestando assim um alto nível de participação.

Guedes (2001, p. 65) corrobora com este pensamento, pois segundo o autor, “os familiares têm participação direta nos rituais, e muitas vezes transformam o cotidiano da família baseados nos comportamento compulsivos”.

Eis alguns exemplos de como os familiares se envolvem nos rituais:

- Lavando as roupas “contaminadas”, nas quais o paciente não toca, e que seria desnecessário lavar;
- Oferecendo reassuramentos: “Você não disse nada errado”; “Você não está contaminado com o vírus HIV, ou da raiva (se não houve nenhum comportamento de risco)”; “Você fez a compra certa;”, “As janelas estão todas bem fechadas”, ou “Suas roupas estão bem combinadas”;
- Repetindo várias vezes: “Você não atropelou nenhum pedestre com o carro”.
- Deixando os sapatos chinelos, trocando de roupa, ou lavando as mãos antes de entrar em casa;
- Não sentando no sofá ou na cama com as roupas que usou na rua;
- Evitando os lugares que o paciente tem medo de freqüentar: cemitérios, hospitais, passar diante de uma funerária (CARDIOLI, 2008, p. 10).

As atitudes tomadas por parte da família geralmente se dão por falta de entendimento sobre o que é o TOC, na maioria das vezes, agem no intuito de ajudar o paciente.

A ausência de suporte profissional específico para a família conduz à suposição de que ela age de maneira que não é planejada, sistemática e avaliada. Ao contrário, a ação da família é natural, intuitiva, inconsciente, emocional. Essa oposição de estilos de atuação reflete, como sugere Skinner, a oposição entre duas formas de controle: o comportamento governado por regras e o comportamento sob controle das contingências (GUEDES, 2001, p. 65).

Segundo Torresan *et al* (2008), no TOC há uma previsibilidade dos comportamentos e solicitações do portador, de forma que a família, aos poucos, vai adaptando-se aos comportamentos e rituais compulsivos, por vezes sem se dar

conta do comprometimento que isso gera na sua própria qualidade de vida, além disso, pode acontecer do grau de incapacidade ser tão elevado que o portador de TOC não consegue mais realizar as mais simples atividades do cotidiano (tarefas domésticas ou higiene pessoal).

#### b) Modificações na rotina familiar

No segundo quesito, em relação à alteração da rotina familiar, Amazonas *et al* (2010) constataram intensa alteração. Tal modificação abrange pequenos ajustes dentro da casa no intuito de tentar satisfazer a compulsão do paciente, na tentativa de diminuir sua ansiedade, ou mesmo alterações no esquema de trabalho ou lazer de toda a família.

Van Noppen *et al* (*apud* GUEDES, 2001, p. 65) afirmam que “talvez em nenhum outro transtorno psiquiátrico seja a família tão inexoravelmente envolvida na doença como no TOC”.

#### c) Desgaste familiar

No terceiro quesito, tem-se a questão do desgaste, não só para o próprio paciente, como para seus parentes. O resultado de Amazonas *et al* (2010) foi 100% das respostas indicando desgaste na família.

Como afirmam Koran *et al* (*apud* GUEDES, 2001), pacientes com TOC sofrem deterioração nas situações de trabalho, escola e família, tanto nas relações sociais quanto no desempenho de tarefas relacionadas a essas três instâncias. Isto significa, muito frequentemente, a perda do emprego, o abandono da escola, o rompimento de laços de amizade e a ausência de atividades de lazer. Comumente a família enfrenta essas consequências sem qualquer suporte econômico, emocional e mesmo sem qualquer orientação específica profissional de como lidar com o paciente.

Guedes (2001, p. 67) afirma que até mesmo o simples fato de recusar-se a 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.

#### d) Grau de perturbação do paciente

Este quarto e último quesito refere-se ao grau de perturbação o qual o paciente com TOC pode apresentar quando não obtêm participação familiar em seus rituais de compulsão. Os resultados encontrados por Amazonas et al (2010) foram 83,3% de perturbação quando não são atendidos em suas solicitações.

Tal fato é justificado por Amazonas *et al* (2010, p. 64):

Quando há uma interrupção do ritual obsessivo-compulsivo, a ansiedade do portador de TOC tende a aumentar, pois existe uma expectativa de que algo ruim poderá acontecer caso as compulsões não sejam realizadas. Mas, a partir do momento em que este paciente é exposto à situação que causa ansiedade e é impedido de realizar atos compulsivos por um período entre quinze minutos e três horas, ocorre um fenômeno chamado de habituação. Esta faz com que a ansiedade desapareça temporariamente, pois o indivíduo constata que suas expectativas catastróficas não se realizam. Assim, como a utilização regular desta técnica, os sintomas vão diminuindo em sua intensidade.

Desta forma, é importante ressaltar que a família é atingida de forma devastadora, seja através do comprometimento da vida social, conflitos interpessoais, problemas financeiros e preocupações diversas. Contudo, a família pode ser fundamental no processo de tratamento do TOC, pois a sua contribuição na identificação de rituais ocultos e, muita das vezes, nem mesmo percebido pelo próprio paciente.

Cardioli (2008, p. 4) acredita que:

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. Podem influenciar na adesão às tarefas, ou em razão do criticismo exagerado, provocar até abandonos. Não é raro o abandono do tratamento depois de uma discussão ou briga mais acalorada em casa.

Cabe ao profissional de saúde mental orientar a família, pois em diversas ocasiões, a mesma toma decisões equivocadas em relação ao paciente com TOC

por uma questão de falta de estrutura e até mesmo de conhecimento. O profissional deve ainda auxiliar na inclusão social do paciente a partir do seu próprio contexto, utilizando a família como suporte importante.

O profissional deve identificar os sintomas, ajudar a tornar mínimas as dificuldades ou descobrir outras formas de suprir as necessidades, ou seja, verificar como era a rotina do indivíduo anterior à doença, diferenciando, assim, o que é normal e o que é proveniente do transtorno.

Cardioli (2008) conclui que atitudes coerentes da família de acordo com as orientações da terapia, beneficiam a adesão do paciente e, portanto, os resultados do tratamento.

Para tanto, não deve utilizar regras rígidas, inflexíveis ou autoritárias, mas obedecer aos parâmetros do bom senso e tolerância, com a finalidade maior de ajudar o paciente a vencer o transtorno.



## 6 CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa bibliográfica foi discorrer sobre a importância da participação do grupo familiar no tratamento de pacientes com TOC, além disso, avaliou-se a intervenção psicossocial, enfatizando a ação do profissional de saúde mental em parceria com a família do paciente.

Para tanto, foi necessária a compreensão da patologia e sua caracterização, já que o TOC é um dos distúrbios mentais cujo diagnóstico é mais difícil pelo fato da dificuldade dos pacientes procurarem ajuda, podendo levar em média sete anos para ser diagnosticado.

Foi possível verificar, ao longo do estudo, que por tratar-se de quadro em geral secreto, que é necessário o devido cuidado na investigação da patologia, buscando detectar os sintomas de obsessão e compulsão, sintomas estes que podem apresentar-se de inúmeras maneiras, variando desde preocupações excessivas com limpeza e higiene pessoal até mesmo pensamentos agressivos relacionados com fatalidades, doenças ou morte.

Quanto ao tratamento, atualmente, recomenda-se o uso de medicamentos (antidepressivos e ansiolíticos) e psicoterapia, por meio de técnicas comportamentais e cognitivas, adaptadas especificamente para controlar e aliviar o quadro. No entanto, é importante frisar que o tratamento deve levar em consideração a individualidade do paciente, sendo fundamental a orientação ao paciente e sua família, para que possam compreender o transtorno, suas complicações, os prós e os contras do modelo de tratamento o qual vai ser administrado.

Em relação à família, este núcleo que tem um papel singular na construção e na vida do sujeito, ficou comprovado que a mesma está sujeita a alterações profundas em sua rotina. A família acaba por compartilhar o sofrimento e a aflição do paciente. E segundo Van Noppen *et al* (*apud* GUEDES, 2001), é desconhecido algum outro transtorno psiquiátrico em que a família seja tão envolvida na doença como no TOC.

A rotina da família é modificada porque os familiares, em sua maioria, participam diretamente dos rituais, sendo que esta interferência funciona como um reforço para os sintomas obsessivo-compulsivos, pois agindo dessa maneira, estão, involuntariamente, confirmando a necessidade dos rituais. Por outro lado, quando

recusa-se a participar, são gerados conflitos. Portanto, de uma forma ou de outra, há um desgaste.

No entanto, quando a família é apoiada e orientada, pode tornar-se peça fundamental no processo de tratamento do TOC. E esta orientação deve ser feita pelo profissional de saúde mental. As atitudes e decisões tomadas pela família em conjunto com a terapia acarretarão em benefícios para o resultado do tratamento.

Fica notório que o TOC deve ser encarado como uma doença que requer atenção e auxílio de profissional devidamente capacitado para reconhecer os sintomas e realizar o diagnóstico e tratamento adequado.

Por fim, é importante ressaltar que esta pesquisa é de relevância para a Saúde Mental, pois oferece aos profissionais da área dados importantes acerca do TOC, contribuindo assim na melhoria da qualidade da assistência de saúde, pois atualmente se tem constatado que as relações entre família e paciente são de grande valia para o planejamento e execução do plano de intervenção psicossocial.

Percebe-se, portanto, a necessidade de um esforço conjunto para aumentar a participação da família no intuito de reabilitar o paciente com TOC, obtendo resultados mais qualitativos no tratamento efetuado.

## REFERÊNCIAS

- AMAZONAS, Maria Cristina Lopes et al. O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Estudos de Psicologia**. Campinas 27(1). Jan / Mar 2010. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a07.pdf)> Acesso em 28 ago 2010.
- ANDRADE, Maria Angela Sandoval. **Terapia Cognitiva-Comportamental para o TOC**. 2007. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=81>> Acesso em 03 set 2010.
- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 edição. DSM-IV-TR. Porto Alegre: ARTMED; 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- CALDANA, R. H. L. **Família: mulher e filhos**. Três momentos numa revista católica brasileira (1935 a 1988). Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 1991.
- CARDIOLI, Aristides Volpato. **Portador de TOC e a família**. 2008. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/toc/>> Acesso em 10 out 2015.
- ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em 08 out. 2015.
- GIACOBO, Danilo. **Sistema de Apoio à Decisão ao Transtorno Obsessivo-compulsivo**. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Disponível em <[www.sbis.org.br/cbis9/anais.htm](http://www.sbis.org.br/cbis9/anais.htm)> Acesso em 17 out. 2015.
- GUEDES, Maria Luisa. **Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev Bras Psiquiatr 2001;23(Supl II):65-7. Disponível em <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000600019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000600019&script=sci_arttext)> Acesso em 14 out. 2015.
- HETEM, Luiz Alberto. **Farmacoterapia dos transtornos de ansiedade. 2008**. Disponível em <[http://www.abpbrasil.org.br/medicos/boletim/exibBoletim/?bol\\_id=3&boltex\\_id=13](http://www.abpbrasil.org.br/medicos/boletim/exibBoletim/?bol_id=3&boltex_id=13)> Acesso em 21 out 2015.
- MEDEIROS, Letícia. **Família e Esquizofrenia: O lugar da família na construção da doença mental**. Monografia (Especialização em Psicologia da Saúde). Universidade Católica de Minas Gerais. 2005. Disponível em <[www.espacomovimente.com.br/documents/MonografiaLeticiaCosttaMedeiros.pdf](http://www.espacomovimente.com.br/documents/MonografiaLeticiaCosttaMedeiros.pdf)> Acesso em 12 out. 2015.
- MIRANDA, Mary; BORDIN, Isabel. Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr**. 2001;23(Supl II):10-2. Disponível em <

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462001000600004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-44462001000600004&script=sci_arttext)> Acesso em 10 out. 2015.

NIEDERAUER, Kátia Gomes et al. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. **Rev Bras Psiquiatr.** 2007. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/2430.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/2430.pdf)> Acesso em 15 out 2015.

OLIVEIRA, Ana Maria de. A moralidade como instrumento de censura: álbum de família de Nelson Rodrigues e sua reelaboração da trilogia tebana. **Rev. Espaço Acadêmico**, n. 28, 2003. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/028/28coliveira.htm>>. Acesso em 13 out. 2015.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de; LOYOLA, Cristina Maria. **Família do paciente psiquiátrico**: o retrato de uma ilustre desconhecida. 2006. Disponível em: <[http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004\\_1/25\\_199-03paciente.pdf](http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2004_1/25_199-03paciente.pdf)>. Acesso em 22 set. 2015.

PETRIBÚ, K. Comorbidade em transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr.** 2001;23(Supl II):17-20. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23s2/a06v23s2.pdf>> Acesso em 05 out 2015.

PRAZERES, Angélica Marques; SOUZA, Wanderson Fernandes de; FONTENELLE, Leonardo F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Rev Bras Psiquiatr.** 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462007000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000300014)> Acesso em 04 out. 2015.

RIBEIRO, M. C. **A reabilitação psicossocial num CAPS**: concepção dos profissionais. São Paulo. 2005. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em 25 set. 2015.

RIBEIRO, M. C. et al. A Terapia Ocupacional e as novas formas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008. Disponível em <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v19n2/02.pdf>> Acesso em 15 out. 2015.

SILVA, Ana Beatriz. **Mentes e Manias**. São Paulo: Gente, 2004

SILVA, Dacio Ronie Soares et al. Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): características, classificação, sintomas e tratamento. **ConScientiae Saude**. São Paulo, v. 5, n.2, 2007. Disponível em <[http://portal.uninove.br/marketing/cope/pdfs\\_revistas/conscientiae\\_saude/csaude\\_v6n2/cnsv6n2\\_3q32.pdf](http://portal.uninove.br/marketing/cope/pdfs_revistas/conscientiae_saude/csaude_v6n2/cnsv6n2_3q32.pdf)> Acesso em 08 out. 2015.

TORESSAN, Ricardo Cezar et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev. Psiq. Clin.** 35 (1); 13-19, 2008. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a03.pdf)> Acesso em 15 out. 2015.

TORRES, Albina Rodrigues; LIMA, Maria Cristina Pereira. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr.** 2005; 27(3):237-42.

Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-44462005000300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462005000300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 03out. 2015.

TORRES, Albina; SMAIRA, Sumaia. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras Psiquiatria**. 2001; 23 (Supl II): 6-9. Disponível em <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-444620010006\\_000\\_03](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-444620010006_000_03)> Acesso em 12 set. 2015.