



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**A IMPORTÂNCIA DE ADEQUADO TRATAMENTO DO TRANSTORNO
OBSESSIVO COMPULSIVO**

ANTÔNIO VINÍCIUS CÂNDIDO

**MANHUAÇU- MG
2023**



ANTÔNIO VINÍCIUS CÂNDIDO

**A IMPORTÂNCIA DE ADEQUADO TRATAMENTO DO TRANSTORNO
OBSESSIVO COMPULSIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado no Curso Superior de Medicina
do Centro Universitário UNIFACIG, como
requisito parcial à obtenção do título de
Médico em Bacharel em Medicina.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Dr. Felipe Moura Parreira

**MANHUAÇU- MG
2023**



ANTÔNIO VINÍVIUS CÂNDIDO

**A IMPORTÂNCIA DE ADEQUADO TRATAMENTO DO TRANSTORNO
OBSESSIVO COMPULSIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado no Curso Superior de Medicina
do Centro Universitário UNIFACIG, como
requisito parcial à obtenção do título de
Médico em Bacharel em Medicina.

Área de Concentração: Saúde

Orientador: Dr. Felipe Moura Parreira

Banca Examinadora

Data de Aprovação: 07 de Julho de 2023.

Dr. Felipe Moura Parreira; Centro Universitário UNIFACIG
Dr ; Centro Universitário UNIFACIG
Dra Marcela Tasca; Centro Universitário UNIFACIG

**MANHUAÇU- MG
2023**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2.DESENVOLVIMENTO.....	9
2.1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
2.2.METODOLOGIA DE PESQUISA.....	9
2.3.DISSCUSSÃO E RESULTADOS.....	10
3.CONCLUSÃO.....	13
4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

Resumo:

Pessoas com TOC estão constantemente pensando e agindo em busca de gratificação temporária. Os sintomas são semelhantes, independentemente da faixa etária, e os efeitos ocorrem nas principais áreas da vida das pessoas afetadas pela doença. Portanto, o tratamento é importante para ajudar a diminuir os efeitos do TOC. Portanto, o objetivo deste estudo foi explorar, além de observar e relatar alternativas de tratamento, vários aspectos que influenciam o desenvolvimento do TOC e a importância de seu tratamento rotineiro adequado. Pôde-se concluir que o TOC quando iniciado o tratamento adequado, com momento adequado e com as alternativas terapêuticas, como a terapia cognitivo comportamental, as repercussões e o prognóstico final são melhores.

Palavras-chaves: Transtorno obsessivo compulsivo; Terapia cognitivo comportamental; Tratamento TOC.

1. Introdução

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) irá abranger sintomas que representam diversos domínios psicopatológicos. Estes, podem incluir percepções, cognições (obsessões), emoções, dificuldades nos relacionamentos sociais e diversos comportamentos motores (compulsões) (LECKMAN JF et al., 1997).

A caracterização das obsessões por ideias, pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas e inadequadas que causam acentuada ansiedade ou sofrimento. As compulsões, por sua vez, são comportamentos repetitivos ou atos mentais cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento (ao invés de oferecer prazer ou gratificação, como no caso dos comportamentos impulsivos). Geralmente, as compulsões são excessivas ou não têm conexão realista com aquilo a que visam neutralizar ou evitar. O conteúdo das obsessões, podem variar, mas são comuns a obsessões de contaminação e de dúvidas, a necessidade de organização, os impulsos agressivos e as imagens sexuais (LECKMAN JF et al., 1997).

Já nas compulsões, são comuns as de lavagem ou limpeza, verificação, contagem, colecionismo e simetria, entre outras. A prevalência na população geral tem revelado valores em torno de 0,3 e 3,1% (FONTENELLE LF et al., 2006).

Mesmo existindo terapêuticas eficazes para o tratamento do TOC, estima-se que aproximadamente 40 a 60% dos pacientes com TOC não atinjam alívio satisfatório dos sintomas com tratamento adequado. O alívio do sofrimento destes pacientes com os tratamentos existentes representa um desafio para o clínico (DE HANN E et al., 1997).

É comum pessoas acometidas por Toc terem ainda outros diagnósticos psiquiátricos associados, como ansiedade e depressão. Os atos realizados para atenuar o sofrimento referido são como realizar orações de maneira extenuante ou a lavagem de roupas de forma repetitiva e com altos números de realizações por vez.

A fisiopatologia dessa doença está envolvida com alterações nos gânglios da base, que estão no córtex profundo e que são compostas pelo núcleo estriado (núcleo caudado e putâmen), globo pálido, substância negra e núcleo subtalâmico (CAMPOS et al., 2000).

Dessa forma, o núcleo caudado não filtraria de maneira adequada os impulsos corticais para o tálamo. Sendo assim, os impulsos gerados no tálamo atingem o córtex orbito- frontal de maneira que se desenvolve uma espécie de reforço, o qual não permitiria o doente de desfocar-se de certas preocupações consideradas irrelevantes para sujeitos saudáveis.

O objetivo desse estudo é abordagem de aspectos que influenciam na formação do TOC e a importância de seu tratamento convencional adequado, além de observar e relatar alternativas terapêuticas.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, podendo ser afetada por diversos fatores, entre eles, a presença de transtornos mentais (RAPAPORT MH et al., 2005).

De todos os transtornos mentais, o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) foi considerado pela OMS como a 10ª causa de incapacidade no mundo. O TOC é um transtorno caracterizado por ideias obsessivas e/ou por comportamentos compulsivos recorrentes e tem sido reconhecido por seu curso crônico e incapacitante. Tais ideias e comportamentos perturbam muito e consomem tempo da vida do sujeito, interferindo ocupacional e socialmente (MACY AS et al., 2013).

Diversos autores citam como consequências comuns do TOC a diminuição da autoestima e do bem-estar subjetivo e a interferência negativa na vida estudantil, profissional, familiar, afetiva e social. Em casos mais graves pode haver uma completa dificuldade ou incapacidade para atividades rotineiras e alguns portadores podem ficar totalmente presos em casa, em função de comportamentos de esquiva dos estímulos temidos (TORRESAN RC et al., 2008).

Estudos populacionais mostram que a qualidade de vida no TOC é menor quando comparada à população geral. Os sintomas do transtorno influenciam negativamente nas atividades diárias e sociais, causando pior qualidade de vida relacionada à saúde mental e acarretando altas prevalências de ideação e tentativas de suicídio ao longo da vida (ROBERT J et al., 2014).

Entretanto, estudo com pacientes ambulatoriais não encontrou diferenças na qualidade de vida relacionadas à casamento, abuso de álcool e tentativas de suicídio, mas índices indiretos, como pior desempenho de papéis sociais e funcionamento social, mais desemprego e maior proporção de solteiros (Koran LM et al., 1996).

2.2. Metodologia

Uma revisão integrativa desenvolvida no período de agosto de 2022 e junho de 2023, utilizando as bases de dados para alcance dos estudos utilizados, efetivou-se uma investigação na plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a qual possui diversas bases de dados, entre elas, foram selecionadas a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e a PubMed. Para pesquisa utilizou-se o emprego dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) “tratamento adequado para Transtorno Obsessivo Compulsivo”.

Em relação aos critérios de inclusão: artigos originais, artigos que se encontrassem disponíveis completos na íntegra de forma gratuita, com publicação nos idiomas português, espanhol e/ou inglês, que abordassem o tema do estudo, que tivessem sido publicados nos últimos 30 anos.

2.3. Resultado e Discussão

Até pouco tempo atrás, havia poucos recursos eficazes de tratamento para o TOC, mas hoje ele tem boas opções de tratamento, e cerca de 70% dos pacientes tratados conseguem reduzir ou até mesmo eliminar completamente os sintomas. Terapia cognitivo-comportamental e/ou medicamentos demonstraram ser os tratamentos mais eficazes para o TOC (CORDIOLI et al., 2004).

Para crianças e adolescentes, as técnicas utilizadas pelos terapeutas cognitivo-comportamentais podem parecer inúteis porque é difícil para a criança e/ou adolescente entender o significado e o propósito da técnica. Além disso, crianças muito pequenas podem se sentir intimidadas pelos procedimentos usados pelos terapeutas cognitivo-comportamentais, por isso é importante que os profissionais forneçam aos pais e crianças informações adequadas sobre a finalidade e o uso adequado da tecnologia. (DOBSON et al., 2006).

No entanto, as revisões científicas geralmente apontam para a necessidade de uma correspondência adequada entre as características do paciente e as características do tratamento para evitar o mito comum de que há concordância entre os indivíduos. Assim, embora a literatura não mostre claramente diferenças significativas na terapia cognitivo-comportamental para crianças, adolescentes e adultos, algumas considerações devem ser feitas. (DOBSON et al., 2006).

No entanto, para todas as faixas etárias, o tratamento permanece centrado no problema, proativo e orientado para um objetivo (FRIEDBURG et al., 2004). A discrepância surge em conexão com a busca de ajuda. Quando uma criança recebe ajuda, não é ela quem está pedindo ajuda, mas alguém que causou um problema em algum **sistema** (seja família, escola ou outro sistema). Desta forma, o terapeuta acabará por trazer a criança aos serviços com base nos desejos e interesses dos pais, e estes não interromperão a terapia, pois o envolvimento e apoio familiar é muito importante nesta idade. Importante (ASBAHR et al., 2004).

Um estudo de 2010 de Merlo, Lehmkuhl, Geffken e Storch descobriu que ficar em casa pode ser uma barreira ou preditor de não adesão ao tratamento, bem como resultados negativos do tratamento. A terapia cognitivo-comportamental para o TOC costuma ser uma sessão breve e segue as seguintes etapas: avaliação do paciente e indicação de tratamento; motivação do paciente; informações psicoeducativas e construção de relacionamento terapêutico; treinamento de reconhecimento de sintomas; e sequenciá-los; sessões de terapia; exposição comportamental e técnicas de prevenção de respostas ; modelagem; estratégias específicas para o tratamento do TOC; técnicas cognitivas para corrigir pensamentos e crenças disfuncionais; prevenção de recaídas, alta e terapia de manutenção (KNAPP et al., 2004).

De acordo com as etapas acima, o paciente é inicialmente avaliado por meio de uma entrevista semiestruturada com o objetivo de identificar os sintomas e manifestações do TOC (obsessões, rituais, rituais espirituais, etc.). Após a avaliação, o terapeuta julgará a capacidade do paciente em suportar a ansiedade e garantirá que ele está disposto a tratar corretamente, pois a cooperação do paciente e da família é extremamente importante nesse processo. Portanto, informações sobre a doença são fornecidas para ambos (KNAPP et al., 2004).

Munidos dessas informações, os pacientes podem achar mais fácil reconhecer seus sintomas e perceber quando o comportamento é normal e quando faz parte do distúrbio.

A terapia cognitivo-comportamental para pacientes com TOC também pode ser realizada em grupos, Fenger, Mortensen, Rasmussen e Lau (2007) desenvolveram um manual para terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com TOC que envolveu 24 indivíduos de uma população clínica. Os autores confirmaram que os indivíduos que participaram da terapia de grupo

melhoraram significativamente, mas enfatizaram a importância de estudos longitudinais que analisam as respostas ao tratamento a longo prazo. Quando o tratamento requer intervenção farmacológica, os antidepressivos são usados porque são inibidores da recaptação da serotonina (ISRs) e têm efeitos antcompulsivos. Os mais aplicáveis são: fluvoxamina (Luvox), sertralina (Zoloft, Tolrest), fluoxetina (Prozac, Psiquial, Verotina, Deprax, etc.), paroxetina (Aropax, Pondera), clomipramina (Anafranil) e citalopram (Cipramil) (Cordioli, 2005). Para o uso em crianças, as medicações mais indicadas são a clomipramina, a fluvoxamina e a sertralina. No caso da clomipramina, deve haver um monitoramento cardíaco criterioso e devem-se evitar interações com determinados antibióticos (CAMPOS et al., 2000).

A droga deve ser mantida na dose máxima por pelo menos três meses para avaliar sua eficácia. Após seis meses, se os sintomas estiverem controlados, reduz-se a dose e, após dezoito meses, tenta-se uma pausa. A droga deve ser retirada lentamente, reduzindo a dose em 25% a cada dois meses. A potencialização antipsicótica deve ser considerada diante de comorbidades com transtornos de tiques ou má resposta ao SRI (CAMPOS et al., 2000).

Cordioli (2004) enfatizou que o uso de drogas é necessário nas seguintes situações: os sintomas do TOC são muito graves; as obsessões predominam; há comorbidades; ansiedade ou sintomas depressivos graves estão presentes; as crenças sobre obsessões e a necessidade de realizar rituais são muito fortes ou muito rígido; tentativas anteriores de TCC falharam; o paciente não adere à prática.

Embora o uso de medicamentos seja extremamente importante em alguns casos, recomenda-se que seja usado concomitantemente à terapia cognitivo-comportamental, pois também pode melhorar os sintomas obsessivo-compulsivos e reduzir o risco de recaída após a interrupção do uso de drogas, devendo ser considerado o tratamento de escolha (CAMPOS et al., 2001).

3. CONCLUSÃO

Este estudo, levantou informações a respeito do transtorno obsessivo-compulsivo, apresentando suas características, suas repercussões, manifestações e formas de tratamento.

Isto proporciona que familiares de portadores do TOC e a comunidade em geral compreendam mais sobre o transtorno, aprendam a lidar com os sintomas e consigam evitar os problemas decorrentes da doença. Além disto, um maior entendimento também pode auxiliar na procura de ajuda especializada. Os indivíduos com TOC, muitas vezes, deixam de buscar auxílio especializado e um melhor esclarecimento de tal transtorno pode favorecer a tomada de decisão, evitando que esse se prolongue e evolua de forma a prejudicar a qualidade de vida (GOMES C et al., 2010).

Portanto, devido ao fato do TOC ser uma doença que mantém um padrão, tanto em seus critérios diagnósticos, quanto na manifestação de seus sintomas, provavelmente tenha se mantido também um padrão na forma de tratamento. O que se observa em relação a isto, é que a terapia cognitivo-comportamental mantém a mesma forma de procedimento para todas as idades, o que sugere que ainda não tenham sido desenvolvidos modos diferenciados para atender adultos e crianças. Estas ainda não têm a capacidade egodistônica desenvolvida, tendo maiores dificuldades em relatar e descrever seus sintomas, sugerindo um largo campo de investigação em relação a tratamentos que poderão ajudar de forma mais eficaz esta população (MATTA DA et al., 2007).

Outra sugestão providencial decorrente deste levantamento teórico é a possibilidade deste conhecimento poder contribuir para a realização de maior divulgação em relação ao TOC para a população geral. A partir de maiores esclarecimentos sobre esta patologia poderão ser evitadas maiores implicações do transtorno na vida do portador e dos que convivem com ele, pois estes saberão como lidar melhor com estes indivíduos e seus respectivos sintomas. Além disto, um melhor esclarecimento sobre estas sintomatologias também serve para evitar que elas se agravem. Vale ressaltar que esta é uma doença que não se instala aos poucos e que tende a piorar com o tempo, desta forma, quanto mais cedo for buscado um auxílio especializado melhores serão as chances de sucesso no tratamento (GOMES C et al., 2010).

4. REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Asbahr, F. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 1-7.

Barlow, D. (1999). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre, Artmed.

Bédard, M. J., Joyal, C. C., Godbout, L., & Chantal, S. (2009). Executive functions and the obsessive-compulsive disorder: On the importance of subclinical symptoms and other concomitant factors. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24, 585-598.

Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2010). Recent developments in the assessment and treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Youth Care Forum*, 39, 125-127.

Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383-402.

Caballo, V. (1999). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.

Campos, M. C. (2001). Peculiaridades do transtorno obsessivo compulsivo na infância e na adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 1-7.

Campos, M. C., & Mercadante, M. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 1-8.

Corchs, F., Corregiari, F., Ferrão, Y., Takakura, T., Mathis, M. E., Lopes, A. C., Miguel, E. C., & Bernik, M. (2008). Traços de personalidade e resposta terapêutica no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 246-250.

Cordioli, A. (2004). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo comportamental para pacientes e terapeutas*. São Paulo, Artmed.

Cordioli, A. (2005). *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre, Artmed.

Da Matta, R. M. (2007). A utilização da terapia do sandplay no tratamento de crianças com transtorno obsessivo-compulsivo. *Boletim de Psicologia*, 57(127), 153-164.

Dobson, K. (2006). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre, Artmed.

Fenger, M. M., Mortensen, E. L., Rasmussen, J., & Lau, M. (2007). Group therapy with OCD-development and outcome of diagnosis specific treatment of patients with OCD in groups. *Nordic Psychology*, 59(4), 332-346.

Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre, Artmed.

Gonzales, C. (1999). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 31-34.

Guedes, M. L. (2001). Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 65-67.

Greenberger, D., & Padesky, C. (2007). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre, Artmed.

Hounie, A.G., Brotto, S.A., Diniz, J., Chacon, J., & Miguel, E.C. (2001). Transtorno obsessivo-compulsivo: Possíveis subtipos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 13-16.

Ito, L. (1998). *Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kapczinski, F., Quevedo, J., & Izquierdo, I. (2004). *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre, Artmed.

Kaplan, H., Sadock, B., & Greeb, J. (2003). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed.

Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., Miguel, E. C., Rauch, Scott L., Goodman, W. K., Phillips, K. A., , Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 507-527.

Lewin, A. B., Caporino, N., Murphy, T. K., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Understudied clinical dimensions in pediatric obsessive compulsive disorder. *Child Psychiatry Hum Develop*, 41, 675-691.

Matsunaga, H., Hayashida, K., Kiriike, N., Maebayashi, K., & Stein, D. J. (2010). The clinical utility of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 180, 25-29.

Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 355-360.

Miranda, M., & Bordin, I. (2001). Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 1-11.

Mitsi, C. A., Da Silveira, J. M., & Costa, C. E. (2004). Treinamento de habilidades sociais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: um levantamento bibliográfico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1).

Muris, P., & Broeren, S. (2010). Twenty-five years of research on childhood anxiety disorders: Publication trends between 1982 and 2006 and a selective review of the literature. *Journal Child Fam Stud*, 18, 388-395.

Niederauer, K., Braga, D. T., Souza, F. P., Meyer, E., & Cordioli, A. V. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 1-8.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID -10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Prazeres, A., Marques, A., Souza, W., & Fontenelle, L. (2007). Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 1-14.

Rangé, B. (2003). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, Artmed.

Rolak, L. (2001). *Segredos em neurologia*. Porto Alegre, Artmed.

Siev, J., Huppert, J. D., & Chambless, D. L. (2010). Obsessive-compulsive disorder is associated with less of a distinction between specific acts of omission and commission. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 893-899.

Sturm, R. (2008). Obsessive-compulsive disorder in children: The role of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 393-401.

Tavares, H., Lobo, D. S., Fuentes, D., & Black, D. (2008). Compras compulsivas: uma revisão e um relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 516-523.

Torres, A. S., & Lima, M. C. P. (2005). Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3), 237-242.

Torres, A. S., & Prince, M. (2004). A importância de estudos epidemiológicos sobre o transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 141-142.

Torres, A. S., & Smaira, S. I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 6-9.

Torresan, R., Smaira, S., Cerqueira, A., & Torres, A. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 13-19.

