



## ACOMODAÇÃO FAMILIAR DE SUJEITOS COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Milla Jane Carvalho de Oliveira (1); Leonardo Carvalho de Oliveira (2)

(1) Faculdade de Ensino Superior do Piauí – FAESPI: [millajparaiba@hotmail.com](mailto:millajparaiba@hotmail.com)

(2) Universidade Estadual da Paraíba – UEPB: [leo9410.lc@gmail.com](mailto:leo9410.lc@gmail.com)

**RESUMO:** Esta revisão bibliográfica caracteriza o transtorno obsessivo-compulsivo, destacando as implicações dos sintomas nos familiares de indivíduos que apresentam esse quadro. TOC é um transtorno crônico e incapacitante, onde o sujeito acometido apresenta interpretações errôneas e significados catastróficos, transformando pensamentos normais em obsessões, que podem ou não serem neutralizadas pelas compulsões mentais, realização de rituais ou comportamentos evitativos. O teor das obsessões e compulsões é distinto entre um indivíduo e outro, embora algumas manifestações sejam mais frequentes, como limpeza, simetria, ferimentos, etc. O que torna um sujeito suscetível ao desenvolvimento do TOC ainda não está claramente definido. Porém, há evidências de que aspectos biológicos e/ou genéticos favorecem o aparecimento do quadro. A prevalência entre homens e mulheres é balanceada. O transtorno obsessivo-compulsivo é considerado incapacitante, pois desencadeia danos em vários segmentos da vida do sujeito acometido, seja no âmbito social ou laboral, acarretando uma disfunção na dinâmica dos familiares, pois estes tendem a submeter-se aos rituais do paciente, num processo denominado acomodação familiar, provocando uma queda na qualidade de vida dos entes. Diante da complexidade desse transtorno, o tratamento considerado mais resolutivo é a combinação de psicofarmacologia e psicoterapia, enfatizando a funcionalidade da abordagem cognitivo-comportamental, pois essa corrente teórica utiliza-se de técnicas e procedimentos que permitem a participação ativa do paciente e, conseqüentemente, evolução significativa. Logo, o objetivo dessa pesquisa é apresentar a sintomatologia do transtorno obsessivo-compulsivo e o impacto desta nos familiares que convivem com sujeitos com esse quadro clínico, apresentando o tratamento no âmbito cognitivo-comportamental e farmacológico.

**Palavras-chave:** Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Acomodação Familiar, Terapia Cognitivo-Comportamental.

### INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno crônico e heterogêneo caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões que consomem tempo ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias do indivíduo, no seu trabalho, na vida familiar ou social e causam acentuado sofrimento (APA, 2002).

De acordo com o DSM-V (2014) obsessões são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados em algum momento durante a perturbação, como intrusivos, indesejáveis e que causam acentuada ansiedade ou desconforto na maioria dos indivíduos, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos



que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.

Segundo Rangé (2011) as causas do TOC não são bem conhecidas. Existem fortes evidências de que fatores biológicos, a incidência familiar (genética), tornam certos indivíduos mais suscetíveis a desenvolver o transtorno. O TOC acomete cerca de 2-3% da população em geral, sendo semelhante a prevalência entre homens e mulheres (KLESSER et al. 2005 APUD RANGÉ 2011). Em um levantamento feito pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1988) o TOC foi considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais comum e está entre as dez maiores causas de incapacitação (CORDIOLI et al., 2007).

Embora o conteúdo específico das obsessões e compulsões varie entre os indivíduos, certas dimensões dos sintomas são comuns no TOC, incluindo as de limpeza (obsessões por contaminação e compulsões por limpeza); simetria (obsessões por simetria e compulsões de repetição, organização e contagem); pensamentos proibidos ou tabus (p. ex, obsessões agressivas, sexuais e religiosas e compulsões relacionadas); e ferimentos (p. ex, medo de ferir a si mesmo ou aos outros e compulsões relacionadas). (DSM-V 2014).

Segundo Cordioli et al., (2007) quanto mais grave é o TOC, maior é o prejuízo no funcionamento social. A maioria dos estudos tem enfatizado, principalmente, o grau de incapacidade, a disfunção e os prejuízos que as doenças mentais crônicas acarretam na vida dos indivíduos e de seus familiares.

Os sintomas do TOC têm forte impacto sobre a dinâmica de familiares e cuidadores. Muitas vezes os membros da família acabam se ajustando aos sintomas e às exigências do paciente e até mesmo apoiam a realização dos comportamentos compulsivos, envolvidos em um progressivo processo de acomodação familiar. (FLORÃO; FERRÃO, 2015).

A acomodação dos familiares aos sintomas do paciente tem sido associada a uma disfunção no funcionamento global da família e a um estresse significativo. A acomodação familiar inclui modificação da rotina pessoal e familiar, e participação nos sintomas do paciente, especialmente na realização dos rituais, que causam uma angústia considerável nos membros da família, os quais acabam reduzindo suas atividades sociais. (CORDIOLI et al., 2007).

A inserção da família como fator mantenedor ou ativador dos sintomas no TOC parece estar de acordo com teorias cognitivas, principalmente no que diz respeito ao reforço negativo dos sintomas. (FERRÃO; FLORÃO, 2015).

Para Rangé (2011) até pouco tempo atrás, o TOC era considerado um transtorno de difícil tratamento. Este panorama mudou radicalmente nas últimas quatro décadas com a



introdução de métodos efetivos de tratamento: a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia de exposição e prevenção de recaídas (EPR) e os medicamentos antiobsessivos.

Assim, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o transtorno obsessivo-compulsivo, ressaltando as implicações das obsessões e/ou compulsões dos sujeitos acometidos por esse quadro clínico no funcionamento familiar, salientando o tratamento à luz da terapia cognitivo-comportamental, como também da farmacoterapia.

## **METODOLOGIA**

Para a elaboração desse trabalho foi utilizada a metodologia de caráter bibliográfico, desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros, artigos científicos e dissertações de mestrado.

Segundo Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa bibliográfica compreende oito fases distintas: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação.

Demos prioridade a materiais desenvolvidos com ênfase na terapia cognitivo-comportamental, não excluindo estudos com propostas terapêuticas diferenciadas.

## **ACOMODAÇÃO FAMILIAR**

Para Soares Neto (2011) alta frequência de envolvimento de familiares nos sintomas dos indivíduos com TOC tem sido verificada em pesquisas, com registro de participação, embora de modo mínimo, de grande percentual dos familiares nas compulsões, ou de modificação de seus comportamentos para adaptar-se aos sintomas dos pacientes, experimentando perturbações em suas vidas – prejuízos em relacionamentos pessoais, problemas financeiros, perda de tempo para lazer – por causa do transtorno, ocorrendo o fenômeno da acomodação em situação de estresse e disfunção familiar.

A acomodação familiar é a participação direta da família nos comportamentos associados aos rituais do paciente com TOC e as modificações na rotina diária, contribuindo para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas. (GUEDES 2001 apud AMAZONAS, 2009).

O envolvimento familiar na prestação de cuidados e apoio ao seu enfermo pode resultar em consequências negativas para ambos. Pela sobrecarga relacionada a assistência prestada, pela falta de suporte ao seu papel e por estresse, associados ao sintoma da patologia,



esses familiares podem ser afetados negativamente. (SOARES NETO, 2011).

Como exemplos de acomodação familiar, Guedes (2001, p. 65) cita desde ajudar em tarefas simples, falar infinitas vezes sobre o mesmo assunto, submeter-se a rituais de descontaminação ou organização ou mesmo se conformar com a impossibilidade de utilizar cômodos da própria casa.

O processo de acomodação familiar não pode ser percebido apenas como resultado da exaustão familiar frente às demandas oriundas do sujeito com TOC, mas como recurso utilizado para estratégias de auxílio contra o sofrimento do enfermo, implicações no tratamento e relacionamento de ambos. (SOARES NETO, 2010).

Segundo Guedes (2001) o nível de acomodação familiar possivelmente pode ser determinado pelo grau de intrusão dos comportamentos compulsivos e suas consequências no sujeito com TOC. De acordo com Soares Neto (2010), as tentativas de intervenções familiares no intuito de reduzir níveis de acomodação familiar e trabalhar “emoções expressas” obtiveram resultados superiores a tratamento padrão sem abordagem de familiares em pacientes refratários a vários tratamentos.

A família como cuidadora experimenta as alterações em sua qualidade de vida decorrentes da progressiva adaptação para modificar seus comportamentos no intuito de adequar-se as compulsões do paciente com TOC, trazendo-lhes uma série de frustrações e prejuízos, despertando o sentimento de estar aprisionado a situação, além das preocupações com o futuro do familiar adoecido e o sentimento de culpa de não estar conseguindo prestar os cuidados necessários como cuidador, ocorrendo a acomodação familiar pela situação de estresse, pelo forte impacto e sobrecarga na rotina (SOARES NETO, 2011).

Em decorrência da acomodação, familiares de portadores de TOC muitas vezes provocam a redução de suas atividades sociais, acadêmicas ou profissionais, em função da dedicação ao cuidado com o doente, comportamentos podem comprometer ou causar efeitos deletérios na saúde mental deste cuidador. (AMAZONAS, 2009).

## **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TOC**

Os termos terapia cognitiva (TC) e o termo genérico terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados com frequência como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC também é utilizado para um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais. A TCC é usada como um termo mais amplo que inclui tanto



a TC padrão quanto combinações teóricas de estratégias cognitivas e comportamentais. (KNAPP; BECK, 2008).

Segundo Soares Neto (2010) o tratamento preconizado como de “primeira linha” para o TOC segue dois eixos não excludentes: a farmacoterapia e a psicoterapia.

O tratamento psicoterápico tem como indicações, com eficácia demonstrada, as abordagens cognitivo-comportamental e comportamental, destacando-se a técnica de exposição e prevenção de respostas como a de melhor eficácia. (SOARES NETO, 2010).

O início da TCC do TOC consiste em conhecer o paciente que está na nossa frente. O objetivo das primeiras sessões é o de estabelecer ou não diagnóstico de TOC, bem como de comorbidades e da motivação para o tratamento. Posteriormente, investiga-se a história detalhada e específica da doença, identificando os sintomas obsessivo-compulsivos (OCs) e seu funcionamento cognitivo. Utilizar a entrevista motivacional nas primeiras sessões tem aumentado o percentual de resposta à TC e diminuído o índice de abandono do tratamento. (RANGÉ, 2011).

Para Rangé (2011) conhecer o TOC, quais são seus sintomas e como livrar-se dele, é de vital importância, pois na TCC o paciente tem uma participação ativa no tratamento, tanto na elaboração da lista de sintomas (fase inicial) quanto na manutenção dos ganhos obtidos com a terapia (fase final).

Utiliza-se também, no início do tratamento, o preenchimento de um diário de sintomas. O objetivo é o paciente identificar, ao longo do dia, os horários, as situações e os locais nos quais sua mente é invadida por obsessões e há necessidade de executar rituais ou de evitar o contato com objetos ou pessoas. (RANGÉ, 2011).

A técnica conhecida como E-PR (Exposição e Prevenção de Respostas) dentro do contexto da Terapia Comportamental (TC), sugere que este transtorno decorre de medos aprendidos condicionalmente ao longo da vida e os respectivos rituais têm como função diminuir a ansiedade, mas reforçam negativamente os sintomas do TOC. A E-PR visa à exposição do paciente ao vivo ou na imaginação, até promover a suspensão da realização de rituais e compulsões mentais, com fins de avaliar os desconfortos oriundos das obsessões. Essa abordagem terapêutica é considerada o padrão ouro em psicoterapia para o TOC. (RODRIGUES, 2011).

Portanto, o objetivo principal da inserção das técnicas cognitivas no tratamento do TOC é o de corrigir as crenças disfuncionais associadas à perpetuação dos sintomas OCs. A modificação de crenças distorcidas reduz o medo e a ansiedade associada às obsessões. Infere-se ainda que favoreça a adesão aos exercícios de EPR. (RANGÉ, 2011).



## FARMACOLOGIA DO TOC

O tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo não se limita a abordagens psicológicas. Faz-se necessário, em muitos casos, a intervenção farmacológica na obtenção de resultados mais satisfatórios.

Há cerca de 20 anos, o TOC era considerado de má resposta ao tratamento com fármacos. Porém, atualmente há um leque de possibilidades no que tange a farmacologia desse transtorno.

Entre as hipóteses mais aventadas para a fisiopatologia do TOC, está a de que a neurotransmissão serotoninérgica está envolvida pelo menos na expressão dos sintomas. Esta se origina principalmente da observação de que antidepressivos que aumentam a função serotoninérgica, como os inibidores de recaptção de serotonina (IRS) – sejam eles seletivos (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram) ou não (clomipramina) –, melhoram os sintomas obsessivo-compulsivos, enquanto os que agem preferencialmente sobre a noradrenalina (nortriptilina, desipramina) são pouco ou nada eficazes. (MARQUES, 2001). Os primeiros são considerados medicamentos de primeira escolha no tratamento do TOC.

A literatura tem indicado os inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS) como tratamento preferencial no TOC (eficácia equivalente e melhor perfil de tolerabilidade), reservando a clomipramina para as situações de resistência ou onde o paciente não tolerou o ISRS. Quando os ISRS são comparados uns com os outros, não se consegue observar diferença de eficácia ou tolerabilidade que faça um deles preferível aos demais. É possível que outras questões, como a possibilidade de interações medicamentosas ou especificidades individuais, suscetibilidade a reações adversas direcionem a escolha de um ISRS específico no tratamento de determinado paciente portador de TOC. (CORDIOLI, 2014).

Vale ressaltar que embora os fármacos constituam em tratamentos eficazes, estes não são capazes de produzir a remissão completa dos sintomas. Há casos em que os pacientes não respondem de forma combinada nem a farmacoterapia e a psicoterapia adequadamente, sendo considerados refratários, necessitando de uma intervenção cirúrgica.

O uso de medicamentos tem alguns inconvenientes: o maior deles é a resposta parcial que a maioria dos pacientes apresenta. A maioria tem uma redução na intensidade dos sintomas, persistindo com sintomas residuais, muitas vezes ainda em nível clínico, a apenas ao redor de 20% apresenta remissão completa. Além disso, muitos não toleram os efeitos



colaterais ou simplesmente não aceitam utilizar medicamentos. Também são comuns as recaídas após sua suspensão, e a eficácia dos antiobsessivos fica comprometida quando há comorbidades como tiques, transtorno de Tourette, psicoses, ou transtorno do humor bipolar, situação na qual eventualmente está contraindicada a utilização de um antidepressivo pelo risco de viradas maníacas. Têm como principais vantagens sua fácil utilização e ampla disponibilidade. (CORDIOLI et al., 2005).

Segundo Cordioli et al., (2005) a terapia cognitivo-comportamental deve ser adicionada à farmacoterapia com IRS, sempre que possível durante todas as fases do tratamento do paciente portador do TOC. Certamente é a principal alternativa tanto para pacientes que não respondem aos medicamentos ou cuja resposta foi parcial.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O tema central não foi abordado em nenhum livro utilizado no estudo. Este foi abordado em artigos científicos e dissertações de mestrado datados dos últimos vinte anos. Além dos documentos citados, foram utilizados dois manuais de critérios diagnósticos para conceituar os aspectos clínicos do transtorno. O material que formou a amostra baseou-se nos seguintes eixos:

- Critérios diagnósticos do transtorno obsessivo-compulsivo;
- Explicação do conceito de acomodação familiar;
- Descrição da Terapia Cognitivo-comportamental e definição de técnicas funcionais;
- Exposição da farmacologia do TOC.

Embora este estudo tenha sido feito através de variadas fontes bibliográficas, nota-se que a literatura apresenta carência de pesquisas voltadas ao processo de acomodação familiar e suas implicações, como também propostas terapêuticas direcionadas ao grupo familiar do sujeito com TOC. Ressalta-se a escassez de pesquisas epidemiológicas realizadas no nosso país, impossibilitando dados genuinamente brasileiros.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo teve como objetivo compreender as implicações (mudança na rotina, acomodação familiar, manutenção dos sintomas) na dinâmica familiar de sujeitos com transtorno obsessivo-compulsivo, percorrendo sobre a sintomatologia do TOC, elencando a



interferência na qualidade de vida dos familiares envolvidos nos comportamentos e rituais, salientando o processo de acomodação familiar.

Conclui-se que o TOC acomete, igualmente, homens e mulheres e trata-se de um transtorno incapacitante. Apresenta dimensões comuns, porém as manifestações específicas das obsessões e compulsões variam entre os indivíduos acometidos.

Verifica-se que além de causar déficits no funcionamento social, o TOC também repercute na dinâmica familiar, fazendo com que, muitas vezes, os familiares atendam as exigências dos pacientes ou ainda apoiem os comportamentos compulsivos, desencadeando um processo chamado de acomodação familiar, o qual consiste na participação direta da família nos comportamentos ligados aos rituais do paciente com TOC e as alterações na rotina diária, levando a perdurar os sintomas.

Logo, é notório, que o sofrimento causado pelo TOC, não atinge apenas o paciente, mas interfere diretamente na dinâmica familiar do mesmo. Deste modo, considera-se que esta pesquisa pode auxiliar na expansão do conhecimento acerca do tema e servir de apoio para profissionais, paciente e seus familiares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMAZONAS, M.C.L.A. et al., (2009). **O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. Universidade Católica de Pernambuco, Curso de Psicologia. Recife, PE, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a07.pdf>. Acesso em: 03 de agosto de 2015.

American Psychiatric Association – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução Cláudia Dornelles. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CORDIOLI, A. V., **Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-compulsivo**, 2 ed. 2014.

CORDIOLI, A. V. et al., **Psicofármacos: Consulta Rápida**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CORDIOLI, A. V. et al., Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2007.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM 5**. 5 ed. Dados Eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FERRÃO, Y. A.; FLORÃO, M. S., Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Volume 59 n° 1 Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100006) Acesso em: 20 de julho de 2015.



GUEDES M. L., **Transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar** [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1997.

GUEDES, M. L., Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 23 (2), 65-67. São Paulo. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000600019&script=sci>. Acesso em: 03 de agosto de 2015.

KNAPP, P.; BECK, A. T., Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v3s2/a02v30s2.pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M., **Fundamentos de Metodologia Científica**, 7 ed. Editora Atlas, 2003.

MARQUES, C., Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2001: 23 (Supl II): 49-51.

RANGÉ, B., et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, E. Comparação das terapias cognitiva e comportamental individual e em grupo versus farmacoterapia no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista FSA**. Teresina nº 8/2011

SOARES NETO, E. B. **Sobrecarga de familiares de pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo** [manuscrito]. 2010. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Mestrado em Ciências e Saúde, PI, Brasil. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestsauade/arquivos/files/Disserta%C3%A7ao%20Eduardo.pdf>. Acesso em: 04 de agosto de 2015.

SOARES NETO E.B., et al., Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2011; 38(2):47-52.