

# Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): características, classificação, sintomas e tratamento

## *Obsessive Compulsive Disorder (OCD): main characteristics, classification, symptoms and treatment*

Dacio Ronie Soares da Silva<sup>1</sup>; Eduardo Tadeu da Silva Alencar<sup>2</sup>; Emerson da Silva Dias<sup>3</sup>; Fabiana Gatti de Menezes<sup>4</sup>

1 Graduando no curso de Psicologia (ênfase na prevenção e promoção da saúde) – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] daciosoares@terra.com.br

2 Graduando no curso de Psicologia (ênfase na prevenção e promoção da saúde) – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] etadeu@gelre.com.br

3 Graduando no curso de Psicologia (ênfase na prevenção e promoção da saúde) – Uninove. Osasco – SP [Brasil] emerson\_mv@hotmail.com

4 Docente das Disciplinas de Farmacologia e Psicofarmacologia do Departamento de Saúde – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] fabiana.gatti@uninove.br

Quando as manias dificultam a rotina da vida das pessoas, podemos dizer que a probabilidade de elas apresentarem transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é considerável. Neste trabalho objetivou-se caracterizar esse transtorno, identificando suas principais características, sintomatologia e possibilidades de tratamento que, cada vez mais, têm solicitado a atenção multidisciplinar das áreas da saúde. Os autores, pesquisadores de psicologia e farmacologia, investigaram, por meio da literatura disponível, tudo a respeito desse assunto que tem solicitado a atenção de médicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos. Em suma, os resultados obtidos evidenciam as vantagens de abordar esse tema em paralelo com os conhecimentos multidisciplinares das ciências engajadas na área, como a utilização de antidepressivos, que atuam como inibidores de recaptção da serotonina, que auxiliam na diminuição de sintomas obsessivo-compulsivos, possibilitando a inserção do sujeito nos processos psicoterápicos, ou ainda a associação de antidepressivos com mecanismos de ação diferentes, proporcionando ao tratamento farmacológico vantagens, tais como menor quantidade de efeitos colaterais e maior tolerância a dosagens.

**Palavras-chave:** Análise do comportamento. Antidepressivos. Benzodiazepínicos. Transtorno obsessivo-compulsivo.

When stereotyped behavior is time consuming (taking more than an hour a day) or significantly interferes with the person's health, social or occupational functioning, it is possible to be an Obsessive Compulsive Disorder (OCD). In this review, it was aimed to define symptoms and treatments of OCD and to show the necessity of a multidisciplinary health professionals team. To sum up, the results emphasize advantages and disadvantages of a multidisciplinary approach (physicians, psychologists, nurses, pharmacists and others). Antidepressants that inhibit serotonin recapture and contribute to reducing obsessive and compulsive symptoms and promote patient's participation in psychotherapy or antidepressants association, with different mechanisms of action, lowering drug doses, minimizing adverse effects and tolerance event.

**Key words:** Antidepressants. Benzodiazepines. Comportamental analysis. Obsessive compulsive disorder.

## 1 Introdução

Banaco e Zamignani (2003) apontam que as preocupações inerentes que se tornam foco de um pensamento obsessivo estão intimamente relacionadas com a cultura, na qual a pessoa vive. Atualmente, de acordo com as condições culturais, os principais temas que povoam as obsessões dizem respeito a problemas do mundo contemporâneo. Algumas pessoas têm medo de perder o ente querido e outras, de contaminar-se por meio do contato com pessoas, agulhas, pelo compartilhamento de objetos ou por transfusão. Outros mantêm rituais para que algo não aconteça a eles nem a um ente querido. Conforme o ambiente (empresas, escolas, parques, cinemas, entre outros), encontramos diferentes tipos de problemática que podem afetar o portador desse transtorno.

A violência do dia-a-dia pode ser grande desencadeadora dos sintomas do TOC. Algumas pessoas que relataram terem sofrido assalto, por exemplo, disseram que, após passarem por esse trauma, decidiram desenvolver rituais de “checagem”, como verificar portas, trancas, janelas, portões, cadeados e correntes. Entretanto, não é somente por esse motivo que essa doença se manifesta. Esse mal pode se dar também diante da necessidade de arrumar e ordenar, situação que nem sempre envolve o medo de que algo de ruim aconteça. Pode ocorrer, por exemplo, quando nos deparamos com uma pessoa que sente desconforto por uma série de fatores, tais como a desorganização, bagunça, objetos fora do lugar, números ímpares, necessidade de colecionar coisas, jornais, revistas, recortes e papéis.

Podemos observar, inicialmente, que a característica comum é que todas elas, ao realizarem um ritual ou satisfazerem sua compulsão, sentem um alívio temporário de seu mal-estar, seja porque se livraram de uma situação desconfortável ou de uma ameaça presente, seja porque neutralizaram algo de ruim provocado pela obsessão. E esse “alívio” é rompido por

uma nova obsessão, gerando um interminável “sobe e desce” de ansiedade e desconforto.

Cabe ressaltar que nas discussões de Banaco e Zamignani (2003) nem todo pensamento repetitivo, preocupação ou dúvida podem ser classificados como obsessivo-compulsivos. Alguma(s) superstição(ões) ou ritual(is), como andar pelas ruas contabilizando grades, postes, ou outros objetos/pessoas, somente serão consideradas obsessivo-compulsivas se ocuparem um tempo considerável nas rotinas, ocasionando, conseqüentemente, certo grau de sofrimento ou impedimento de outras atividades.

Cordioli e Souza (2005), ao definirem o TOC como transtorno mental incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) entre os chamados transtornos de ansiedade, que se manifesta sob a forma de alterações do comportamento (rituais ou compulsões, repetições e evitações), dos pensamentos (obsessões como dúvidas e preocupações excessivas) e das emoções (medo, desconforto, aflição, culpa e depressão), parecem concordar com as considerações de Banaco e Zamignani (2003), que complementam ainda que sua característica principal é a presença de obsessões: pensamentos, imagens ou impulsos que invadem a mente e são acompanhados de ansiedade ou desconforto, e das compulsões ou rituais e de comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos realizados para reduzir a aflição que acompanha as obsessões. Entre as mais comuns está a preocupação excessiva com limpeza (obsessão), que é seguida de lavagens repetidas (compulsão). Um outro exemplo são as dúvidas (obsessão), acompanhadas de verificações (compulsão).

Heldt (2000) define TOC como um transtorno psiquiátrico bastante comum, que se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões, suficientemente severas para ocupar boa parte do tempo do paciente, causando desconforto e comprometendo seu desempenho profissional e seus relacionamentos interpesso-

ais. Esse mal pode ser leve ou severo o suficiente para incapacitar seus portadores. Destaca como manifestações mais comuns a necessidade repetida de o paciente lavar as mãos ou o corpo, de repetir coisas, de fazer verificações, contagens (rituais ou compulsões), ou então ter a mente invadida por um ou mais pensamentos, palavras, frases que não consegue afastar mesmo que as considere disparates (obsessões). É comum ainda os portadores de TOC manifestarem temores absurdos ou exagerados e, em razão disso, evitarem tocar em objetos.

É importante conceituar os termos obsessão e compulsão, uma vez que são freqüentemente utilizados:

- **Obsessões:** são pensamentos ou idéias (ex.: dúvidas), impulsos, imagens, cenas, que invadem a consciência contra a vontade da pessoa, de forma repetitiva, persistente e estereotipada, seguidas ou não de rituais destinados a neutralizá-las. São experimentadas como intrusivas ou invasivas, inapropriadas ou estranhas pelo paciente em algum momento ao longo do transtorno. Não se consideram as obsessões e os medos exagerados relacionados com problemas reais (DSM-IV).
- **Compulsões:** são comportamentos repetitivos (lavar as mãos, tomar banhos repetidas vezes, verificar janelas, portas, botões do fogão, torneiras, gás, alinhar coisas, repetir atos ou gestos), ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras ou frases) que a pessoa é levada a executar em resposta a uma obsessão ou em razão de regras que devem ser seguidas rigidamente. Os comportamentos ou atos mentais são destinados a prevenir ou reduzir o desconforto associado à obsessão, precaver-se de algum evento ou situação temida e, em geral, não possuem conexão realística ou direta com o que pretendem evitar, ou são claramente excessivos (DSM-IV).

## 2 O TOC via determinantes filogenético, ontogenético e cultural

Segundo Matos e Tomanari (2002), o comportamento está sempre em reconstrução e deve ser compreendido, considerando-se que o organismo vivo sofre influências de contingências filogenéticas (banco genético das espécies), ontogenéticas (repertórios comportamentais dos indivíduos) e culturais (práticas grupais de uma cultura ou sociedade).

Banaco e Zamignani (2003) concordam com essa visão de compreender o homem e exemplificam como mudaram os casos de obsessão da antiguidade, geralmente associados à religião, para os atuais, mais relacionados à violência, aos rituais de coleção, à checagem, à organização, à limpeza, à contaminação, entre outros. Nesse sentido, negar esta determinante no comportamento obsessivo-compulsivo poderia facilmente confundir o diagnóstico e/ou tratamento.

Torres (2002) afirma que, em geral, o TOC é um problema crônico de início precoce, começando na adolescência ou na fase adulta. Acomete, na mesma proporção, homens e mulheres adultos. Estima-se que, em 20% dos casos, esse mal se manifesta já na infância, com maior probabilidade de afetar precocemente os sujeitos do sexo masculino, enquanto no feminino seu início é mais tardio. A natureza cultural e agora a filogenética são, portanto, elementos fundamentais para o estudo dos sintomas, das características, da classificação e para o tratamento dessa doença.

Banaco e Zamignani (2003) discutem diversas teorias que tentaram dar explicação plausível para o surgimento do TOC: educação repressora, responsável pelo seu desenvolvimento; trauma de infância; falha derivada da relação mãe-bebê. Entretanto, tais teorias tornaram-se especulações. Atualmente, o TOC é classificado como uma doença multideterminada - havendo predisposição e ambiente. Nesse caso, podemos considerar a importância do

determinante ontogenético que evidencia sua parcela na construção, no desenvolvimento ou no tratamento do TOC quando observamos a possibilidade de o determinante filogenético não se manifestar ou manifestar-se em menor proporção em relação aos sujeitos que foram expostos a contingências de enfrentamento e de superação de obstáculos.

Assim, o componente biológico tem participação importante no desenvolvimento do quadro obsessivo-compulsivo, por exemplo: subtipo de TOC que tem início na infância, quando o indivíduo fica resistente aos tratamentos e, em paralelo, pode apresentar tiques (TORRES, 2002); infecções pela bactéria estreptococo, na qual a manifestação dos sintomas obsessivo-compulsivos é associada a um processo auto-imune ativado pela bactéria (BANACO; ZAMIGNANI, 2003).

### **3 CID-10 e DSM-IV como ferramentas de apoio para diagnóstico e tratamento do TOC**

Cavalcante (1997) afirma que as tentativas de classificação dos transtornos mentais são decorrentes da busca de uma concepção de loucura ou alienação. Em razão da dificuldade das diferentes escolas de pensamento que acompanharam os esforços da medicina para compreender a loucura e a alienação, surge em 1952, o DSM ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, sucedendo o CID – 10 (Classificação de doenças mentais), cujas edições refletem diferentes perfis teóricos e epistemológicos, na tentativa de suprir as necessidades de comunicação e de coerência para tratar dos diferentes perfis teóricos e epistemológicos sobre o assunto.

O DSM ainda se mostra ofensivo aos behavioristas radicais por ser incompatível com os princípios da análise do comportamento, com a noção de contingências, controle de estímulos, determinantes do comportamento (ontogenéti-

co, filogenético e cultural, conforme discutimos), entre outros conceitos. Os autores mencionados indicam esses manuais como ponto de partida, ou seja, indicadores de topografias de respostas/comportamentos, embora considerem falho e grave o fato de alguns behavioristas radicais orientarem-se e recorrerem unicamente ao DSM ou a outros manuais (CID) como fonte e base para diagnóstico, intervenção e tratamento de transtornos e de doenças mentais. O DSM parece orientar-se por concepções internalistas que focam unicamente topografias dos comportamentos. Essa postura crítica ao uso de manuais normativos acerca do comportamento humano, conforme discutido, vai de encontro aos princípios filosóficos, metodológicos e científicos da análise do comportamento propostos pelo americano B. F. Skinner (1974), que olha para o homem em constante interação com o mundo. Os comportamentos, portanto, não seriam explicados com base em eventos internos, mas, sim, considerando as contingências ambientais com as quais estão relacionados.

Por meio da análise do comportamento, depara-se com os tradicionais modelos de classificação dos manuais de diagnóstico CD-10 e DSM-IV, considerando-os como parte do comportamento (respostas de um organismo) dito patológico (TOC), e não como comportamento propriamente dito (eventos antecedentes - respostas do organismo - eventos conseqüentes à resposta = história de vida do sujeito).

### **4 Diferenças entre o DSM-IV e a CID-10**

Entre os manuais diagnósticos e estatísticos, podemos sintetizar suas diferenças e especificidades da seguinte maneira: a) DSM-IV – inclui o TOC entre os transtornos de ansiedade, exige um tempo mínimo gasto em rituais ou obsessões (1 hora/dia) e reconhece atos mentais como compulsões (do DSM-III - R para o DSM-IV); b) CID-10: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) e Who (1993), considera-

se TOC quando está incluída numa categoria distinta; não exige um tempo mínimo gasto por dia em rituais ou obsessões; sintomas presentes na maior parte dos dias, por duas semanas; a execução da compulsão não deve ser prazerosa; deve haver, pelo menos, um sintoma ao qual o paciente não consegue resistir.

## 5 Farmacoterapia do TOC

Tratando-se de farmacoterapia, podemos considerar, diante dos avanços tecnológicos da indústria farmacêutica, diferentes medicações eficazes para o tratamento do TOC. Em alguns casos, podem ser prescritas isoladamente ou em associação.

Segundo Wielenska e Lima (2002), primeiro, escolhe-se um profissional qualificado, que precisa construir com o paciente uma relação firmada na confiança e no respeito. Após uma bateria de entrevistas, exames e testes para a formação do diagnóstico clínico, o paciente deve seguir a posologia e participar de sessões complementares de psicoterapia e dos grupos de apoio.

Quanto aos fármacos, Cordioli e Souza (2005) destacam que a clomipramina e os Inibidores Seletivos da Recaptura de Serotonina (ISRSs) são considerados de primeira linha no tratamento farmacológico do TOC. São ministrados, inicialmente, em baixas doses, aumentadas à medida que haja tolerância aos efeitos colaterais pelos pacientes.

Cordioli e Souza (2005) relatam que um tratamento farmacológico é mais eficaz quando aliado à terapia comportamental. Ao utilizar o fármaco como único tratamento, seu uso fica restrito a fatores como intolerância aos efeitos colaterais e recaídas. No entanto, os medicamentos são a alternativa preferencial dos pacientes que apresentam predominantemente obsessões e rotinas de vida comprometidas, tais como ansiedade e depressão.

Os mesmos autores destacam, ainda, que alguns dos medicamentos utilizados como anti-

depressivos também possuem ação anti-obsessiva, entre as quais clomipramina, paroxetina, fluvoxamina, fluoxetina, sertralina e citalopram. O cloridrato de clomipramina, utilizado para o tratamento do TOC desde 1967, visa obter o controle dos sintomas do transtorno, embora seus efeitos colaterais não sejam tão favoráveis. Esse medicamento pode induzir ganho de peso, deixar a boca seca, causar obstipação intestinal, hipotensão postural (conhecido também por tontura ao levantar-se repentinamente), diminuição da velocidade urinária, aumento da pressão intra-ocular, anorgasmia, convulsões em doses altas, alteração na condução elétrica cardíaca etc. Já os ISRSs (cloridrato de fluoxetina, cloridrato de sertralina, cloridrato de paroxetina, maleato de fluvoxamina, citalopram) são bem tolerados quanto aos efeitos colaterais, embora não sejam isentos (diarréia, anorgasmia, entre outros) (WIELENSKA; LIMA, 2002).

Para nos fazer refletir sobre a questão farmacológica do tratamento do TOC, Wielenska e Lima (2002) afirmam que, na seleção dos medicamentos, faz-se, em paralelo, a avaliação dos efeitos colaterais. Mesmo que os ISRSs, por exemplo, produzam efeitos colaterais mais toleráveis, se o inibidor de recaptura estiver provocando diarréia em um paciente idoso, portanto mais propenso à desidratação, surge a necessidade de reavaliação medicamentosa.

Nesse sentido, entre os efeitos colaterais dos medicamentos mais utilizados podemos citar: a) clomipramina: constipação intestinal, tonturas, “queda de pressão”, boca seca, visão borrada, sonolência e retardo na ejaculação. São mais raros tremores das mãos e sudorese noturna; b) fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina e citalopram: inquietude, náuseas, dor abdominal, diarréia, insônia, dor de cabeça, disfunção sexual, tremores e, eventualmente, sonolência.

Cordioli e Souza (2005) ressaltam que os ISRSs são efetivos na redução dos sintomas. Esse grupo de medicamentos e as técnicas comportamentais de exposição e prevenção de rituais (EPR) são considerados, na atualidade, tratamentos de primeira linha para o TOC.

O uso de medicamentos apresenta algumas desvantagens: cerca de 20% dos pacientes conseguem eliminar por completo seus sintomas; a maioria segue com sintomas residuais que predis põem a recaídas; intolerância aos efeitos colaterais; recaídas freqüentes quando se interrompe o tratamento. Uma pesquisa mostrou que elas ocorrem em até 90% dos pacientes nos primeiros quatro meses após a interrupção. O efeito dos medicamentos fica comprometido quando há outras comorbidades: tiques, transtorno de Tourette, psicoses, ou transtorno do humor bipolar. Nessa situação, eventualmente, está contra-indicada a utilização de um antidepressivo pelo risco de fases maníacas.

Em geral, as doses administradas no tratamento dos sintomas do TOC são mais elevadas do que as utilizadas na depressão. Os efeitos podem demorar até três meses para se manifestar. O desaparecimento dos sintomas é gradual, podendo progredir ao longo de vários meses. Um dos problemas mais sérios dos medicamentos é que a melhora tende a ser incompleta, isto é, a redução dos sintomas é parcial, como já comentamos. Embora haja redução significativa entre 40% e 60% dos pacientes, dificilmente os sintomas desaparecem por completo. Infelizmente, mesmo que sejam utilizadas as doses preconizadas ou mesmo as doses máximas por tempo prolongado, muitas vezes os sintomas continuam em níveis considerados graves.

Cordioli e Souza (2005) comentam ainda que, em geral, o início do tratamento é feito com doses diárias menores do que as recomendadas. Elas vão sendo aumentadas gradualmente até atingir doses médias em quatro ou cinco semanas (no caso de boa tolerância ao medicamento). Três meses é um período razoável para saber se eles estão produzindo algum benefício. As doses diárias usuais aproximam-se de: clomipramina: 100 a 300 mg/dia (média: 200 mg/dia); fluvoxamina: 100 a 300 mg/dia (média: 200 mg/dia); fluoxetina: 20 a 80 mg/dia (média: 50 mg/dia); sertralina: 50 a 200 mg/dia (média: 150 mg/dia); paroxetina: 20 a 60 mg/dia (média: 50 mg/dia); citalopram: 20 a 60 mg/dia (média: 50 mg/dia).

Considerando cada sujeito como único e, portanto, com posologia de acordo com o seu diagnóstico, são duas as principais preocupações ao iniciar o tratamento medicamentoso: observar se há (boa) tolerância aos efeitos colaterais (todos os medicamentos os apresentam) e se o medicamento reduz os sintomas da doença. Os efeitos colaterais são mais fortes no início da medicação, variam de pessoa para pessoa e tendem a ser mais intensos em idosos e crianças. Tais efeitos também atingem pessoas muito sensíveis a medicamentos, que nunca os utilizaram ou que estejam muito magras ou desnutridas, e costumam atenuar-se de três a quatro semanas.

Marques (2001) complementa o tratamento farmacológico do TOC da seguinte maneira: em 1966, Fernandez e Lopes desenvolveram, na Suíça, estudos clínicos com clomipramina e uma vez que a resposta a esse medicamento pode ser decorrente da inibição da recaptura de serotonina, os ISRSs puderam ser utilizados e passaram a ser investigados no tratamento de TOC. Tais medicamentos têm como vantagens menos efeitos colaterais e são bem tolerados em doses altas.

## 6 Contribuições da terapia comportamental ao tratamento do TOC

A terapia analítico-comportamental associada à farmacoterapia é, atualmente, considerada primeira opção ao tratamento do TOC. Felizmente, na maioria das vezes, essa associação terapia-farmacologia consegue atenuar ou eliminar completamente os sintomas obsessivo-compulsivos.

Wielenska e Lima (2002) destacam que um grande número de substâncias já foi experimentado no tratamento do TOC; no entanto, parece haver consenso de que as drogas inibidoras da recaptura da serotonina, como clomipramina, fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina, e mais recentemente, o citalopram, são bastante

eficazes na redução dos sintomas. Na prática, principalmente na saúde pública de nosso país, nem sempre os pacientes estão em condições de procurar uma terapia analítico-comportamental. Nesses casos, a farmacoterapia costuma ser introduzida, inicialmente, isolada, complementando-se posteriormente por terapia disponível, de acordo com os recursos de cada paciente.

Wolpe (1978) afirma que o aspecto mais distinto da terapia analítico-comportamental é o comando que ela dá ao terapeuta tanto para o planejamento da estratégia geral da terapia quanto para o controle de seus detalhes à medida que prossegue. Quando um tipo de técnica falha em mudar comportamentos, imediatamente outra é tentada. Em contrapartida, quando há mudanças comportamentais desejadas, é nítida e pode ser facilmente mantida e/ou reforçada. As observações científicas permitem que se faça a previsão e, por conseguinte, o planejamento de eficazes intervenções. Esses diferenciais fazem essa terapia ser requisitada para ajustar hábitos e comportamentos indesejados (neuroses, transtornos, psicoses etc.).

Quando um analista do comportamento é convocado para mudar a conduta de uma pessoa, por exemplo, ele tem como pressuposto metodologias do behaviorismo radical que, segundo Sidman (2003), referem-se a frequências, ou seja, chamam-se alguns alunos de falantes, pois se observa que falam bastante; uns de inteligentes, em razão de estudarem muito; outros de céticos, pois questionam muito seus professores; de felizes, porque sorriem demais. Enfim, dizemos que uma pessoa tem TOC quando apresenta uma série de rituais obsessivo-compulsivos, e assim por diante.

Sidman (2003) retoma, ainda, a importância de compreender uma patologia pelos três níveis determinantes do comportamento (filogenético, ontogenético e cultural), em que nenhuma “bula mágica” jamais curará todos os casos patológicos e psicopatológicos. As origens do “comportamento doente” e os fatores que a mantêm naquele estado diferem de pessoa para pessoa: a química do corpo, a herança genéti-

ca, histórias comportamentais e a cultura, todas podem estar envolvidas nesse processo.

Resumindo, a filosofia do behaviorismo radical propõe aos analistas do comportamento que o objeto de estudo da psicologia deva ser o comportamento dos seres vivos, especialmente do homem. É radical na medida em que nega ao psiquismo a função de explicar sua postura, embora não negue a possibilidade de, por meio de uma estrutura da linguagem, estudar eventos encobertos, tais como pensamento e emoções, só acessíveis ao próprio sujeito. As bases do behaviorismo radical encontram-se na obra do psicólogo americano B.F. Skinner (1904-1990) e, nesse sentido, contribuem para que a análise do comportamento em relação ao tratamento do TOC possa:

- A) Auxiliar na categorização, mudança e controle de hábitos/comportamentos;
- B) Auxiliar na aderência de sujeitos ao tratamento farmacológico;
- C) Elaborar grupos de apoio como alternativas psicoterapias;
- D) Discutir e discorrer sobre determinantes do comportamento e como este comportamento se mantém;
- E) Contribuir para que os sintomas não retornem após a suspensão do tratamento farmacológico;
- F) Envolver e sensibilizar familiares, capacitando-os para auxiliar no combate ao TOC;
- G) Minimizar desconfortos e ansiedade dos sujeitos diagnosticados com TOC; contribuir com pesquisas acerca do TOC e para os avanços tecnológicos da área.

## 7 Considerações finais

Em suma, podemos afirmar que há complexidade no tratamento do TOC e que a redução dos atos obsessivo-compulsivos não deve ser considerada pelos profissionais da área da saúde como “fraqueza de caráter” ou problema de ordem/natureza única e exclusivamente psicológica.

O reconhecimento da cultura e do componente biológico das causas do TOC é importante não só para encaminhar, adequadamente, os sujeitos a tratamentos psicoterápicos e farmacológicos, mas também para que as famílias desses sujeitos não atribuam a culpa a si mesmas ou a eventos não relacionados ao transtorno. Nesse sentido, compreender a natureza do TOC, por meio de determinantes filogenéticas, ontogenéticas e culturais, é extremamente importante para o trabalho das equipes de saúde que atendem sujeitos com esse transtorno. Quanto ao tratamento farmacológico, continuam em debate os avanços acerca do uso de antidepressivos como tratamento medicamentoso alternativo, apresentando como vantagens os efeitos colaterais mais tolerantes.

É fato que a associação de clomipramina com os ISRSs, assim como da psicoterapia com o tratamento farmacológico, amplia as chances de desfechos positivos no combate aos sintomas do TOC, porém o aumento do uso dos ISRSs se dá basicamente pelo fato de eles produzirem menor quantidade de efeitos colaterais e serem tolerados em doses mais altas.

Segundo Miguel (2005), os antidepressivos que atuam como inibidores de recaptção da serotonina é que dão início a efeitos terapêuticos (redução de sintomas discutidos neste trabalho) e ao tratamento do TOC que varia de duas a quatro semanas e, após a melhora, costuma-se manter a medicação por, pelo menos, um ano. A suspensão precoce do tratamento farmacológico tende a ser seguida de recaídas. Já os antidepressivos que atuam sobre a noradrenalina não atingem o efeito desejado.

Compreender esse transtorno à luz de uma visão multidisciplinar, como tentamos concluir neste artigo, dá aos profissionais de saúde ferramenta para conceber o sujeito como um todo (filogenética, ontogenética e culturalmente) e, portanto, executando tratamentos eficazes que afetem o sujeito em todas essas determinantes.

Devido à complexidade que se constitui objeto de estudo das áreas da saúde, das ciências humanas e sociais (o homem), a literatura sobre

o tema pode entrar em atrito com a definição de eficácia, de tratamento e de diagnóstico. No entanto, adotou um cuidado metodológico para registro de topografias de comportamento e de sintomatologia, acumuladas e organizadas nos atuais manuais diagnósticos e estatísticos (DSM-IV e CID-10), que, ao servirem de apoio de identificação, permitiram a essa área de conhecimento grande acúmulo de informações relevantes a tratamentos e discussões sobre “eficácia”.

Tratamentos do TOC, ao serem aderidos isoladamente (farmacológico e psicoterápico), terão sua eficácia comprometida, uma vez que separarão e, em alguns casos, ignorarão o conhecimento da ciência alheia, tendo ambos os tratamentos avançado nas pesquisas sobre os cuidados que devem ser considerados no combate a esse mal, cujos resultados identificam cruzamentos cada vez mais coerentes entre farmacologia e psicoterapia.

Na área de psicoterapia, destacamos a terapia analítico-comportamental, em decorrência de suas considerações filosóficas sobre o behaviorismo radical do americano B. F. Skinner, que considera o homem como determinado (filogenética, ontogenética e culturalmente), em uma visão não-dualista e, portanto, único em sua totalidade. Nesse sentido, os comportamentos categorizados nos manuais diagnósticos e estatísticos ganham aspectos qualitativos ao se submeterem às análises funcionais de terapeutas comportamentais e podem, portanto, ser alinhados aos tratamentos farmacológicos, garantindo, em parceria multidisciplinar, que cada sujeito tenha direito a um tratamento diferenciado, único e compatível com sua história de vida.

## Referências

- BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R. Lavar...Arrumar... Contar...Quando as manias se tornam um problema: o comportamento obsessivo-compulsivo. In: BRANDÃO, M. Z. S.; CONTE, F. C. S.; MEZZAROBBA, S. M. B. (Org.). *Comportamento humano II: tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor*. São Paulo: ESETec, 2003.

BATISTA, D. *DSM-IV: critérios diagnósticos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAVALCANTE, S. N.; TOURINHO, E. Z. Classificação e diagnóstico na clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, DF, v. 14, n. 2, p. 139-147, 1997.

CAVALCANTE, S. N.; TOURINHO, E. Z. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia, Ciência e Profissão*. São Paulo, Conselho Federal de Psicologia, ano 17, n. 2, p. 2-11, 1997.

CORDIOLI, A. V.; SOUZA, M. B. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). *Psicofármacos: consulta rápida*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FAGUNDES, A. J. F. M. *Descrição, definição e registro de comportamento*. 13. ed. São Paulo: Edicon, 2004.

ELDT, E. (2000). *Introdução ao TOC*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/toc/pac1.htm>>. Acesso em: jan. 2007.

MARQUES, C. Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 23, Supl II, p. 49-51. 2001.

MATOS, M. A.; TOMANARI, G.Y. *A análise do comportamento no laboratório didático*. Barueri: Manole, 2002.

MIGUEL, E. (2005). *Transtorno obsessivo-compulsivo*. Disponível em: <<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=TranstornoObsessivoCompulsivo>>. Instituto de Psiquiatria uniFMU – São Paulo, São Paulo, 1978. Acesso em: jan. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. São Paulo: Edusp, 8. ed. 2000. v.1.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Campinas: Livro Pleno, 2003.

WHO. *Classificação das doenças mentais da CID 10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

WOLPE, J. *Prática da terapia comportamental*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1978.

#### Para referenciar este texto

SILVA, D. R. S. da et al. Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC): características, classificação, sintomas e tratamento. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 351-359, 2007.



