

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM

EVANDRO DE OLIVEIRA GAVI

**ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA DE BASE COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO:  
um relato de caso**

VITÓRIA

2010

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM

EVANDRO DE OLIVEIRA GAVI

**ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA DE BASE COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO OBSESSIVO-  
COMPULSIVO: um relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola Superior de Ciências da Saúde (EMESCAM),  
como requisito parcial para a obtenção do grau de  
médico.

Orientador: Dr. Luiz Henrique Borges.

VITÓRIA

2010

EVANDRO DE OLIVEIRA GAVI

**ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA DE BASE COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO OBSESSIVO-  
COMPULSIVO: um relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 15 de Junho de 2010.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges – ORIENTADOR  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

---

Prof. Dr. Edson Dias da Costa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

---

Prof. Dr. Marcos Sampaio Meirelles  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

---

Profa. Dra. Denize Rozindo Borguignon  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

VITÓRIA-ES  
2010

## AGRADECIMENTOS

Aos mestres, pelo conhecimento transmitido.

À família, pelo suporte e oportunidades.

Aos amigos, pelo apoio nas horas de  
necessidade e palavras de conforto.

## RESUMO

**Introdução:** O transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico que acomete até 3,1% da população. Por sua natureza egodistônica, pode gerar intenso sofrimento psíquico. Uma grande parcela dos portadores de TOC não responde adequadamente aos psicofármacos. A terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) figura entre as técnicas psicoterápicas que comprovadamente produzem resultado no TOC. **Objetivos:** Observar a resposta sintomática de um paciente portador de TOC submetido à TCC. **Método:** Uma paciente foi submetida à aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais, sendo elas a Exposição e Prevenção de Respostas e o Questionamento Socrático, durante 7 encontros. Antes e depois da intervenção foram aplicados as escalas OCI-R e Y-BOCS para quantificar a resposta sintomática de modo mais objetivo. **Resultados:** A paciente apresentou melhora significativa dos sintomas, passando de 16 para 7 pontos no Y-BOCS e de 28 para 5 pontos na OCI-R. Trata-se de uma estratégia de fácil aplicação e que apresenta bons resultados, e podendo ser aplicada em mais larga escala com obtenção de benefícios à população.

**Descritores:** Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Terapia Cognitiva; Terapia Comportamental; Relatos de casos.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>10</b>
3.1 INSTRUMENTOS	10
3.2 INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	11
<b>4 RELATO DE CASO</b>	<b>14</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>17</b>
5.1 AVALIAÇÃO INICIAL DA SINTOMATOLOGIA DO TOC	17
5.2 INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	19
5.3 AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DO TOC APÓS INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	33
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO III</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico comum. Os estudos têm revelado uma prevalência em torno de 0,3 a 3,1% da população ao longo da vida em diferentes partes do mundo (TORRES; LIMA, 2005).

A caracterização do transtorno baseia-se na ocorrência primária de pensamentos obsessivos recorrentes e que causem ansiedade significativa; e/ou sintomas compulsivos, executados na tentativa de neutralizar os sintomas obsessivos (TORRES; SMAIRA, 2001). Segundo Dalgarrondo (2000), pensamentos obsessivos são aqueles que se impõem ao indivíduo de forma recorrente e desagradável, embora ele os reconheça como produzidos por sua mente. As compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos, aos quais o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras rígidas para reduzir a ansiedade ou prevenir algum evento temido. As obsessões e compulsões consomem tempo, produzem forte mal-estar ou interferem significativamente na rotina da pessoa. Somado a isto, o indivíduo deve reconhecer, em algum momento, que suas obsessões/compulsões são excessivas ou irracionais (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Trata-se de um transtorno heterogêneo, que cursa com diversas taxas de resposta ao tratamento, diferentes cursos de evolução e diversas formas de apresentação da síndrome, o que pode sugerir a existência de vários subtipos. Dentre eles, podemos citar o TOC associado a tiques, o TOC associado à febre reumática e o TOC associado à Síndrome de Tourette (HOUNIE et al, 2001; e MERCADANTE et al, 2004).

Algumas das obsessões mais relatadas pelos pacientes são as idéias de contaminação e os pensamentos ou imagens de conteúdo agressivo. Algumas compulsões mais frequentemente relatadas incluem os rituais de limpeza e lavagem, comportamentos de verificação, comportamento de simetria e ordenação e as compulsões "*Tic-like*", que se assemelham a tiques, porém realizadas com o objetivo de reduzir a ansiedade, medo ou preocupação causados por uma obsessão. O colecionismo é um outro tipo de compulsão que atualmente vem recebendo cada vez mais atenção (MERCADANTE et al, 2004).

Usualmente, o paciente preserva sua crítica em relação aos sintomas, que são acompanhados de vergonha, desmoralização e muito sofrimento. Tudo isto pode levá-lo a ocultar seus sintomas ao máximo, o que contribui com o subdiagnóstico e o subtratamento do transtorno (TORRES; SMAIRA, 2001). Segundo Hollander et al (1996), o tempo médio estimado até o início do tratamento é de 10 anos. O período estimado até a aquisição de tratamento adequado é de 17 anos. Ainda assim, há aqueles que não apresentam melhora significativa, mesmo com o tratamento (STEIN et al, 2000).

Desse modo, já foram descritas diversas consequências deletérias do TOC, entre as quais figuram a diminuição da auto-estima e do bem-estar subjetivo, menos conquistas acadêmicas, menos aspirações na carreira, dificuldade de relacionamento, menos amigos, menor capacidade para apreciar atividades de lazer. Dependendo da gravidade do quadro, pode haver incapacidade completa para realizar as atividades diárias (LOCHNER et al, 2003; MORITZ et al, 2005; EISEN et al, 2006).

O tratamento farmacológico para o TOC aprovado pela *United States Food and Drug Administration* em adultos engloba o uso dos inibidores da recaptação da serotonina (IRS), como a clomipramina, fluvoxamina, sertralina e paroxetina. Deles, a clomipramina, fluvoxamina e sertralina foram aprovados para o tratamento de crianças e adolescentes. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) mais a clomipramina são os medicamentos de primeira escolha (KAPLAN; HOLLANDER, 2003).

Contudo, 40 a 60% dos pacientes não respondem adequadamente ao tratamento, sendo uma alternativa o uso de medicamentos que agem também em outras vias de neurotransmissores, como os dopaminérgicos e noradrenérgicos. É possível potencializar os efeitos dos IRS com antipsicótico, benzodiazepínicos, a buspirona, lítio e até morfina (KAPLAN; HOLLANDER, 2003 e FERRÃO et al, 2007).

No âmbito psicoterápico, as técnicas que produzem comprovadamente bons resultados são a cognitivo-comportamental ou apenas comportamental (CORDIOLI et al, 2003 e PRAZERES; SOUZA; FONTENELLE, 2007).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Observar a resposta de um paciente portador do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) à utilização de estratégia terapêutica de base cognitivo-comportamental.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Avaliar a resposta sintomatológica de paciente com TOC após a utilização de estratégia terapêutica de base cognitivo-comportamental.
2. Compreender os mecanismos do processo terapêutico empregado nas estratégias de base cognitivo-comportamental em paciente com TOC.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi selecionado um paciente diagnosticado com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1995), por profissional médico especializado em psiquiatria (Quadro 1). A paciente era maior de idade e consentiu em participar do estudo após ser devidamente informada da metodologia, assinando então o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I). A paciente era ainda acompanhada por médico psiquiatra na Unidade de Saúde da Família, da Prefeitura Municipal de Vitória. Estava devidamente medicada, além de frequentar semanalmente sessões de psicoterapia de grupo de base humanista-existencial também ministradas pelo médico psiquiatra.

Inicialmente foi colhida a história da doença da paciente, bem como elementos conflituosos da história de vida do paciente que possam ser relacionados ao desenvolvimento de mecanismos geradores ou perpetuadores de ansiedade, como por exemplo traumas de infância e relacionamento conturbado com familiares. Em seguida, foram aplicadas duas escalas, o Inventário de Obsessões e Compulsões, OCI-R (anexo II); e o Y-BOCS (anexo III), de modo a obter parâmetros de comparação mais objetivos quanto aos resultados obtidos após a utilização de estratégia terapêutica de base cognitivo-comportamental, quando as escalas serão reaplicadas. Tal estratégia consistiu na aplicação, pelo próprio paciente, de técnicas de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), segundo orientação de acadêmico de medicina do 6º ano da EMESCAM e supervisão do pesquisador responsável, médico psiquiatra experiente em psicoterapia.

#### 3.1 INSTRUMENTOS

A escala *Yale-Brown obsessive-Compulsive Scale*, também conhecida como Y-BOCS é um questionário muito conhecido e utilizado para avaliar a gravidade dos sintomas do TOC. A escala é composta de dez questões (cinco para obsessões e cinco para compulsões), cada uma com escores de 0 a 4. Desse modo, o escore máximo é 40, que corresponde a sintomas extremamente graves. Escores iguais ou superiores a 16 indicam um nível que pode ser considerado doença. Escores menores do que 16 e maiores do que 8 são considerados leves ou subclínicos. Abaixo de 8 representa ausência de sintomas (GOODMAN et al, 1989).

A *Obsessive-Compulsive Inventory Revised*, conhecida como OCI-R, é uma escala com 18 afirmativas sobre diversos sintomas do TOC, com pontuações que vão de 0 a 4. Esta é uma versão revisada e reduzida de uma escala de 42 questões, mantendo-se uma boa concordância (correlação) entre os escores das escalas completa e revisada (SOUZA et al, 2008). Além de poder ser respondida sem a ajuda de um profissional, a OCI-R apresenta ainda em suas afirmativas uma série de sintomas, o que pode ser útil na confecção de uma lista de sintomas a serem abordados.

### 3.2 INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A aplicação da estratégia terapêutica ocorreu no domicílio da paciente, o que foi realizado em comum acordo entre a paciente e o pesquisador, com consentimento do professor orientador. O local foi escolhido por sua maior conveniência às partes.

Foram realizados um total de 10 encontros com a paciente, divididos da seguinte maneira: 3 encontros para realização de anamnese e aplicação inicial das escalas OCI-R (Inventário de Obsessões e Compulsões) e Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale traduzida), cujo resultado está disposto nas tabelas 1 e 2. Foram 7 encontros para aplicação da estratégia Cognitivo-Comportamental nos moldes do preconizado no item Material e Métodos do presente trabalho. No 1 encontro foi elaborada a lista de sintomas com a paciente, que consiste em listar todos os sintomas relativos ao TOC que a paciente manifestou no último mês, caracterizando ainda o grau de importância do sintoma (grau de ansiedade provocada e facilidade de se abordar o sintoma na terapia). Ainda no 1 encontro, foi entregue uma cópia do material didático utilizado (Cap. 6: A terapia comportamental de exposição e prevenção de respostas. In: CORDIOLI A.V., **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. Porto Alegre: Artmed, 2008) para leitura crítica da paciente. No 7 encontro foram aplicadas pela segunda vez as escalas OCI-R e Y-BOCs, cujos resultados estão dispostos após os relatos dos encontros, nas tabelas 3 e 4. Ainda no 7 encontro foi realizado o fechamento da terapia, cabendo as últimas orientações quanto à continuação das estratégias aprendidas e deixando claro que haverá continuação normal do acompanhamento realizado pelo médico psiquiatra na Unidade de Saúde da Família, inclusive nas sessões de terapia de grupo. Cabe

evidenciar que o relato dos encontros é permeado por considerações minhas que nortearam meu raciocínio clínico e conduta durante os encontros.

As técnicas de TCC utilizadas durante o estudo foram a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) e o questionamento socrático. Exposição consiste no contato direto ou imaginário com objetos, lugares ou situações que não são perigosos, mas dos quais o indivíduo tem medo ou evita porque geram desconforto, nojo ou repugnância. O efeito principal da exposição é o aumento instantâneo da ansiedade, mas que em seguida começa a diminuir, paulatinamente, até desaparecer. A prevenção de respostas (ou de rituais) consiste em deixar de fazer um ritual, uma compulsão mental ou qualquer outra manobra destinada a reduzir ou a neutralizar a ansiedade, o desconforto ou medo que acompanham as obsessões. A cada exercício, os níveis de ansiedade são menores, e a necessidade de realizar rituais também diminui, podendo desaparecer por completo. Na prática, são escolhidos inicialmente exercícios de mais fácil realização, o que é medido pelo grau de ansiedade que o paciente imaginou que fosse sentir durante a exposição ou durante a abstenção da realização de determinado ritual. Também é indicado iniciar a terapia pelos rituais e evitações, uma vez que são os que melhor reagem à EPR (CORDIOLI, 2008).

O Questionamento Socrático leva em consideração o fato de que o portador do TOC fica prisioneiro de convicções ou regras que aceita sem questionar. Deste modo, a técnica consiste em questionar os pensamentos automáticos, colocando em dúvida as convicções do indivíduo e comprová-las, a fim de mantê-las, ou rejeitá-las (CORDIOLI, 2008).

### Quadro 1 - Critérios Diagnósticos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

a) Presença de compulsões ou obsessões:

**Obsessões definidas conforme 1,2,3 e 4.**

- 1) Pensamentos, impulsos ou imagens persistentes e recorrentes que são experimentados em algum momento durante o transtorno como intrusivos e impróprios e que causam acentuada ansiedade ou desconforto;
- 2) Os pensamentos, impulsos ou imagens não simplesmente preocupações excessivas sobre problemas de vida reais;
- 3) A pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com outros pensamentos ou ações;
- 4) A pessoa reconhece, no entanto, que os pensamentos obsessivos impulsos ou imagens são produtos de sua mente e não como originados de fora.

**Compulsões definidas por: 1 e 2**

- 1) Comportamentos repetitivos (p.ex.lavar as mãos, organizar, verificar), ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras em silêncio) que a pessoa é levada a executar em resposta a uma obsessão ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente.
- 2) Os comportamentos ou atos mentais são destinados a prevenir ou reduzir o desconforto, prevenir algum evento ou situação temidos; entretanto não possuem uma conexão realística ou direta com o que pretendem neutralizar ou prevenir ou são claramente excessivos .

b. Em algum momento durante o curso da doença a pessoa reconheceu que suas obsessões ou compulsões são excessivas e não razoáveis (isto não se aplica a crianças);

c. As obsessões ou compulsões são excessivas, consomem muito tempo (mais de uma hora por dia), ou interferem significativamente nas rotinas normais da pessoa, no seu funcionamento ocupacional ( ou acadêmico) nas atividades sociais ou relacionamentos habituais;

d. Se no eixo 1 houver um outro transtorno as obsessões ou compulsões não devem ser restritas a ele (Por exemplo preocupação com comida em Transtornos Alimentares; arrancar cabelos na Tricotilomania; preocupação com aparência no Transtorno do Corpo Dismórfico; preocupação com uma droga no Transtorno de Uso de Substâncias, ou em ter uma doença como na Hipocondria; com impulsos ou fantasias sexuais na presença de Parafilias ou rumações de culpa na presença de Depressão Maior);

e. O transtorno não pode ser devido ao efeito direto de uma substância (por exemplo uma droga de abuso, uma medicação) ou uma condição médica geral.

Fonte: DSM-IV (1995).

#### 4 RELATO DE CASO

**Identificação:** M.A.O.F., 41 anos, sexo feminino, branca, artesã, solteira, sem filhos, natural de São Paulo, residente em Vitória/ES, primogênita de 3 irmãs.

**História da doença atual:** A paciente relata início dos sintomas há 7 anos, quando passou a demorar mais tempo para terminar o serviço de casa. Na época trabalhava em São Paulo como artesã em parceria com amiga, o que lhe demandava cada vez mais tempo dedicado ao trabalho para aumentarem a rentabilidade do negócio. Isto, somado ao serviço de casa mais demorado, ocasionava cansaço físico e psíquico importante. Relata ainda que notou maior cansaço que o habitual durante suas caminhadas e também falta de ar. Próximo à data de início dos sintomas seu pai enfartou, resultando em piora dos sintomas. A rotina que assumiu em seu dia-a-dia lhe deixava bastante desanimada devido à predominância da necessidade de limpeza. Ela conta pensar sempre que nunca estava bom o suficiente; era preciso limpar de novo e de novo. Ao perceber algum objeto sujo, sentia que era imperioso limpá-lo imediatamente, uma vez que no dia seguinte haveria ainda mais coisas a limpar. Atrasava em todos seus compromissos e sobrava cada vez menos tempo para trabalhar, decidindo então parar de trabalhar com sua amiga para tentar se reorganizar. Tentou trabalhar em casa sem sucesso.

M.A.O.F. conta ter passado entre 2 e 3 anos nesta rotina de limpeza. Relata ter vivido em grande frustração diariamente. Odiava o pai, figura a qual atribuía a causa de seus problemas, pois só sujava. Não tinha interesse em amigos ou sair para se divertir. Devido à separação dos pais, com os quais ainda morava, precisou se mudar para a casa da irmã em Salvador, onde passava o dia cuidando de sua sobrinha. Não era necessário limpar nada, já que lá havia empregada doméstica. Relata ter experimentado episódios de intenso prurido no topo da cabeça associado ao surgimento de lesões pruriginosas comparadas pela paciente com múltiplas picadas de inseto pelo corpo. Os sintomas melhoravam com o ato de limpar. Durante este período também ocorreu uma diminuição de sua auto-estima associada a humor triste. Com o apoio da mãe e irmã, resolveu se mudar para Vitória, capital que visitava desde criança com a família e residência de uma prima e uma professora de artesanato amiga dela. Esta mudança possibilitaria, segundo ela, melhoria da qualidade de vida por dispor de mais atividades de entretenimento,

mesmo sem muito poder aquisitivo.

Ao chegar a Vitória, em 2007, procurou pela antiga professora de artesanato para trabalharem juntas, porém a parceria não durou muito tempo. Alguns meses após sua chegada procurou auxílio médico, sendo medicada pelo psiquiatra com 60 mg de fluoxetina por dia, com melhora significativa dos sintomas. Após mais de 1 ano de tratamento, decidiu, em conjunto com seu psiquiatra, reduzir a dose do medicamento para 40mg/dia devido à sonolência intensa e esquecimento. Associado ao tratamento medicamentoso realiza psicoterapia de grupo na unidade de saúde à qual está filiada.

Hoje trabalha meio-expediente na livraria da prima, com vínculo informal, ajudando a organizar os livros. Acredita ter melhorado muito dos sintomas, afirmando conseguir conviver com sujeira na casa. A louça, por exemplo, só limpa quando tem vontade. E diminuiu o número de vezes que precisa verificar ou refazer uma tarefa recentemente efetuada.

**Antecedentes fisiológicos:** Nascida de parto natural, sem intercorrências na gestação. Relata que foi vacinada poucas vezes, sem saber quais vacinas tomou. Fez uso de chupeta até os 10-12 anos. Menarca aos 13 anos, urina e fezes fisiológicas, ciclos menstruais regulares.

**História patológica progressa:** Nega hipertensão arterial, diabetes mellitos, alergias e hemotransfusões. É tabagista (fuma 2 maços de cigarro industrial por dia). Etilista social.

**Desenvolvimento psicoafetivo:** Quanto à sua criação, apresenta início das queixas a partir do nascimento da irmã do meio, 1,5 anos mais nova. Sua mãe acreditava que a filha mais velha tinha ciúmes da filha recém-nascida. Por conta disso, a mãe procurava dar mais atenção à filha mais velha. A paciente afirma que sua irmã do meio queixa-se disso até hoje e que, quando criança, implicava muito com ela (a paciente). Quando nasceu a irmã mais nova, diz que seus pais abandonaram as duas irmãs mais velhas. M. afirma que gostava muito da irmã mais nova e que brincava muito com ela. No entanto, uma criança de 10 anos não apresenta desenvoltura suficiente para lidar com um bebê, e eventualmente a machucava. Sua mãe e a irmã do meio agiam como se M. tivesse a intenção de agredir sua irmã mais

nova, algo que a magoava muito. De fato, na visão de M., sua mãe não gostava dela. Também apanhava na escola, porém não conseguia provar e ninguém lhe dava crédito. Passou a ficar de recuperação na escola todo ano, reforçando sua baixa-estima. Apanhou até a primeira série, quando repetiu de ano. A turma nova era mais agradável e não lhe incomodava, mas mesmo assim ela se manteve distante dos colegas de classe. Engordou muito durante sua adolescência, chegando a pesar mais de 100 kg (SIC). Emagreceu quando teve sarampo e nunca voltou a engordar tanto. Aos 18 anos fez magistério devido à pressão dos pais. Foram os melhores anos na escola, já que seus amigos tinham mais afinidade com ela. Graduada, trabalhou durante 1 ano. Depois passou um tempo viajando para diversos lugares, sem trabalhar.

Aos 28 anos, com a vida social mais intensa, começou a fumar. Foi nesta época que deu seu primeiro beijo na boca. Gradativamente foi aumentando a quantidade de cigarros, chegando a dois maços por dia. Ela diz que o cigarro é seu único amigo. Chega a fumar sem vontade, o que atribui a carência afetiva. Vale evidenciar que M. fez uso de chupeta até os 10-12 anos.

**Antecedentes familiares:** Pai sofreu infarto do miocárdio aos 70 anos, é etilista e portador de rinite alérgica. Mãe e duas irmãs também portadoras de rinite alérgica. Nega quadros psiquiátricos na família.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 AVALIAÇÃO INICIAL DA SINTOMATOLOGIA DO TOC

Após a aplicação inicial das escalas OCI-R e Y-BOCS, pode ser avaliado de modo mais objetivo o nível dos sintomas de TOC apresentados pela paciente avaliada (ver tabelas 1 e 2). O total de pontos obtidos na escala Y-BOCS é de 16, suficiente para caracterizar a doença em nível clínico. Nesta escala, foi possível perceber que não há uma predominância de sintomas obsessivos sobre os compulsivos e vice-versa, uma vez que os escores para as 5 primeiras perguntas (componente obsessivo) e das 5 últimas perguntas (componente compulsivo) tem valor igual a 8.

O total de pontos apresentado na escala OCI-R foi de 28 pontos. Nesta escala, pode-se perceber a maior importância dos sintomas de verificação e organização. É possível também constatar um grau de colecionismo. Curiosamente, o componente limpeza recebeu pontuação menor, talvez porque a dimensão abordada pela escala tenha sido mais direcionada à higiene pessoal (lavar mãos e evitar contato com objetos “sujos”). No relato inicial da paciente, o sintoma que iniciou o quadro e também o responsável por boa parte de suas frustrações no desenvolvimento da patologia foi a compulsão por limpeza da casa.

Tabela 1 – Escore obtido a partir da aplicação da escala OCI-R no 1º encontro

Questão	1ª aplicação
Eu tenho acumulado tantas coisas que já estão me atrapalhando	2
Eu verifico coisas mais vezes do que é necessário	4
Eu fico chateado se os objetos não estão arrumados corretamente	3
Eu sinto vontade de contar quando estou fazendo coisas	1
Eu sinto dificuldade em tocar um objeto se sei que ele já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas	0
Eu tenho dificuldades em controlar meus próprios pensamentos	3
Eu guardo coisas de que não preciso	3
Eu verifico repetidamente as portas, janelas, gavetas, etc.	2
Eu fico chateado se outras pessoas mudam as coisas que arrumei	4
Eu sinto vontade de repetir certos números	0

Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado	1
Pensamentos desagradáveis que invadem minha mente contra minha vontade me deixam chateado	0
Eu evito jogar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas em um outro momento	4
Eu verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los	2
Eu necessito que as coisas estejam arrumadas em uma determinada ordem	1
Eu acredito que existam números bons e ruins	0
Eu lavo as minhas mãos mais vezes do que o necessário	0
Eu tenho pensamentos impróprios com frequência e tenho dificuldade em me livrar deles	0
<b>Total de pontos</b>	<b>28</b>

Tabela 2 – Escore obtido pela aplicação da escala Y-BOCS no 1º encontro

<b>Questão</b>	<b>1ª aplicação</b>
Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?	2
Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em sua vida social ou profissional?	2
Até que ponto seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar?	2
Até que ponto você se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta não ligar para eles ou distrair a atenção quando eles invadem sua mente?	1
Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?	1
Quanto tempo você gasta executando rituais? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras, devido aos seus rituais?	1
Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou em suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que você deixa de fazer em razão das compulsões?	2
Como você se sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?	2

Até que ponto você se esforça para resistir às compulsões?	2
Com que pressão você se sente obrigado a executar as compulsões? Até que ponto consegue controlá-las?	1
<b>Total de pontos:</b>	<b>16</b>

## 5.2 INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Seguem os relatos das intervenções realizadas por mim, à luz da literatura específica, com ênfase principal no livro Vencendo o Transtorno Obsessivo Compulsivo (CORDIOLI, 2008).

### Encontro 1:

Iniciamos listando os sintomas, que foram reportados da seguinte maneira:

1. **Limpeza.** A paciente relata sentir-se desanimada a partir do final de dezembro. Nesta época iniciou-se uma obra na escola municipal em frente à sua casa, de modo que não consegue mantê-la limpa durante muito tempo. Segundo ela, a vontade de limpar permanece, porém não tem ânimo para tal; sente-se cansada o dia inteiro. Quando toma banho, joga água nas paredes do box repetidamente, além de sentir-se compelida a cuspir durante o banho por receio de deglutir a água “suja” que lhe escorre pelo rosto, mesmo com a boca fechada.

**Grau de importância sintomatológica:** máximo (5/5).

2. **Verificação.** Sente-se compelida a fechar repetidamente recipientes, principalmente aquele no qual guarda comidas e doces. Quando sai de casa, precisa abrir novamente a porta com o intuito de averiguar se as janelas estão devidamente fechadas e os eletrodomésticos desligados.

**Grau de importância sintomatológica:** mínimo (1/5).

3. **Repetição de frases.** Costuma repetir frases suas de diálogos ocorridos, quando aproveita para complementar a frase com novas idéias ou se expressar de forma mais clara. Acredita que numa próxima ocasião debatendo aquelas idéias, poderá se sair melhor.

**Grau de importância sintomatológica:** médio (3/5). Refere ter uma importância menor devido ao fato de não ter muitos contatos sociais.

4. **Ansiedade.** Apresenta dificuldade em se relacionar com indivíduos com ritmo psíquico mais lento que o dela. Mais precisamente, tem dificuldades com aqueles que falam num ritmo mais lento. Tem vontade de terminar a frase no lugar do outro. Seu grande problema é um apresentador de TV do canal 50.  
**Grau de importância sintomatológica:** médio-alto (4/5).
5. **Organização.** Sente-se desconfortável quando mudam de lugar os livros que ela organiza na livraria. Refere não ter este tipo de problema em casa, uma vez que mora sozinha.  
**Grau de importância sintomatológica:** médio (3/5).
6. **Coleção.** Não joga roupas velhas fora pela possibilidade de poder usar em seus trabalhos de artesanato, ainda que nunca use, ou mesmo pelo receio de um dia ficar sem roupas para usar e então se arrepender de ter jogado estas foras.  
**Grau de importância sintomatológica:** máximo (5/5).
7. **Sonhos.** Apesar de não ser sintoma específico do TOC, vale a pena relatar. Em seus pesadelos, parentes de seus vizinhos ocupam cômodos de sua casa devido à limitação de espaço das casas deles, invadindo sua privacidade.

Além disso, foram referidos desânimo, hipersonia, cansaço, leve enjôo durante o dia, sintomas estes iniciados há 2 meses. Há 1 mês descontinuou o uso de fluoxetina 40mg/dia.

**Estratégia terapêutica:** conforme a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR), elegeu-se um sintoma de menor importância para início da terapia comportamental. O sintoma foi a verificação do fechamento adequado de recipientes.

**Aplicação da estratégia:** foi selecionado um recipiente onde se guardavam doces. Sugerido então sua abertura e permanência nesta condição durante 1 minuto e meio. A paciente reagiu com aumento da ansiedade, evitou contato visual com o recipiente aberto em sua frente e iniciou conversas sobre diferentes assuntos. Não fez menção de fechar o recipiente. Revelou que sua preocupação era de atrair formigas para os doces.

Sugeri então que fechasse o recipiente apenas uma vez, sem conferi-lo. Conseguiu fazê-lo, apesar de puxar de leve a tampa para assegurar-se de tê-lo fechado adequadamente.

**Tarefa de casa:** Antes de ir embora, propus evitar fechar os recipientes de alimentos e a porta de casa mais de uma vez durante o decorrer da semana. Combinada nova visita em uma semana. Sugeri a leitura e disponibilizei a xérox para a paciente do Cap. 6: A terapia comportamental de exposição e prevenção de respostas. (In: CORDIOLI A.V., **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. Porto Alegre: Artmed, 2008).

### **Encontro 2:**

Iniciamos conversando sobre como procederam as semanas em que não nos vimos, em matéria de sintomas e como lidar com eles. A partir da leitura do material recomendado, a paciente decidiu trabalhar mais sintomas simultaneamente aos propostos no último encontro. Ademais, iniciou um diário de sintomas.

1. **Verificação.** Relata ter realizado sem maiores dificuldades as tarefas propostas no último encontro (fechar os recipientes de alimentos e a porta de casa quando sai apenas uma vez). Em verdade, conta que o fator de maior incômodo durante a experiência passada de manter o recipiente de doces aberto foi o fato de eu tê-lo tocado com minhas mãos “sujas”. Após minha saída resistiu, mas acabou limpando o recipiente.
2. **Repetição de frases.** A paciente decidiu se condicionar a interromper o processo logo que é percebido. A repetição persiste, porém, afirma que, quando se dá conta da repetição, consegue dar continuidade à linha de raciocínio. Informou ainda que passou a executar estes “diálogos” internos sem a necessidade de fantasiar um interlocutor. Outras vezes, simplesmente começa a cantarolar ou bater palmas para interromper a repetição de frases. Segundo Rachman (1998), pensamentos invasivos “normais” transformam-se em obsessões pela importância e pelo significado que o indivíduo atribui à sua presença na mente. Desse modo, enquanto a maioria das pessoas ignora tais pensamentos, o portador do TOC lhes dá muita atenção, mantendo-se vigilante enquanto surgem para poder afastá-los rapidamente. Paradoxalmente, quanto maior o esforço para afastar tais pensamentos, mais intensos e frequentes eles se tornam. Sendo assim, questioneei a paciente sobre as repercussões desta prática de tentar impedir a repetição de frases. Ela refere não apresentar intensificação

- posterior da ansiedade ou aumento da necessidade de repetição. Refere apenas leve descontentamento com a percepção de que eliminar os sintomas do TOC demandam tempo e esforço.
3. **Passar a mão no assento da privada após seu uso.** Tal sintoma foi informado durante este encontro, contudo a paciente afirma tê-lo sob controle após algum esforço.
  4. **Enxaguar o box após o banho.** Relata ser um sintoma importante a ponto de não querer abordá-lo no momento.
  5. **Limpeza.** Refere desânimo em executar tarefas de limpeza. Simplesmente não tem vontade de realizá-las, postergando seu início. Nega apresentar tristeza associada, apenas apatia.
  6. **Procrastinação.** Embora não seja especificamente um sintoma do TOC, a paciente relatou sua dificuldade em iniciar processos de mudança. Como exemplo, ela cita a compra de vários livros que gostaria muito de ler, mas que simplesmente não consegue começar a lê-los. Também refere vontade de se mudar de casa. Quando compra os classificados para buscar alternativas, nem chega perto do jornal durante vários dias.
  7. **Auto-exposição.** Queixa-se de uma dificuldade em se expor aos outros. O exemplo que me conta é o de uma menina pedindo informação para uma terceira pessoa, a qual não sabia responder corretamente. Apesar de saber e querer dar a informação, não conseguiu abordar a menina. Posteriormente, relata algum grau de culpa, dizendo que a menina ficaria perdida porque ela não conseguiu parar.

No que diz respeito aos itens 6 e 7, interpretei que poderia se tratar de uma certa intolerância à frustração, onde os sentimentos conflitantes surgiriam devido ao antagonismo da vontade de se relacionar com os outros e a possibilidade de rejeição pelo outro. Sob este ponto de vista, é possível relacionar outros sintomas do TOC, como a compulsão por limpeza ou verificação, caracterizada por uma busca incessante de se chegar à perfeição sempre.

Ao ouvir meu ponto de vista, a paciente fez relação com traumas de infância relacionados à descrença dos outros em relação à sua honestidade e capacidade.

O tema frustração ainda levou a paciente a rememorar histórias de reações alérgicas cutâneas relacionadas e vivência de experiências desagradáveis, que chegavam a ocasionar “ínguas” (SIC) cervicais. As manifestações nosológicas melhoram quando ela chega em casa.

**Estratégia terapêutica:** Considerando a nova informação sobre a experiência passada com o recipiente de alimentos, propus uma nova abordagem.

**Aplicação da estratégia:** Com o devido consentimento da paciente e a garantia por parte dela que a tarefa não se revelaria desrespeitosa ou traumática, busquei novamente o recipiente e o deixei aberto. Observando uma reação bem mais natural da paciente, sugeri um aprofundamento. Pedindo novamente permissão, passei a mão “suja” na superfície interna da tampa, deixando o pote aberto na mesa por mais alguns minutos.

Ela reagiu bem, ao que me pareceu. Consegui manter o foco da conversa e demonstrou apenas uma ansiedade leve. Entretanto, avisou que provavelmente lavaria a tampa do recipiente após minha saída.

**Tarefa de casa:** Tendo chegado a uma raiz comum entre os sintomas de verificação e limpeza, propus uma abordagem que possibilite lidar melhor com a possibilidade de frustração e rejeição. A tarefa é simples, consiste em desejar bom dia a algum desconhecido. Caso a tarefa se revele de fácil execução, propus que iniciasse uma conversa informal.

### **Encontro 3:**

Iniciamos conversando sobre como foi a última semana em relação à estratégia terapêutica proposta para a semana, que seria cumprimentar na rua pessoas desconhecidas. A tarefa objetivava obter maior exposição da paciente, o que poderia lhe auxiliar a lidar com a possibilidade de rejeição e frustração.

O recipiente do último experimento permanece “sujo”. Segundo a paciente, após a ansiedade do momento, conseguiu controlar a compulsão de limpeza através da

racionalização. Ocorre que os alimentos estavam embalados, e por isso não se contaminariam mesmo que tocassem a tampa do recipiente.

Relatou que, numa análise mais profunda, o dito “bloqueio” que lhe impediu de dar informações à menina perdida (ver último encontro) estaria mais relacionado ao TOC que à timidez. Exemplificou que no mercado, ou mesmo na Unidade de Saúde que frequenta, não apresenta dificuldades em se expor e conversar. Portanto, ela não cumpriu a tarefa de casa. Ficou subentendido por mim que esta tarefa não era necessária. Contudo, devido ao grau de simplicidade da tarefa, questiono se não se trata de um mecanismo de defesa do ego<sup>1</sup> do qual a paciente se utilizou para evitar confrontar sua dificuldade. Por hora, creio que não valha a pena insistir neste aspecto, mas esperar que a dificuldade se manifeste de outra maneira que crie menos resistência.

Queixa-se de não aproveitar melhor o tempo livre, aquele que ganha não limpando. Relata que deita na rede na parte da tarde para ver TV. Afirma que não consegue levantar antes da novela terminar. Quando levanta já é hora de dormir, o que traz consigo um sentimento de culpa por não ter aproveitado melhor o dia.

Em minha análise, a culpa evidencia um conflito interno entre dever e lazer. Por um lado, a paciente se cobra por não ser produtiva como gostaria, uma vez que o TOC a impede de conseguir um emprego que lhe dê a autonomia financeira que ela e sua família gostariam que tivesse (sua mãe lhe manda dinheiro para complementar sua renda). A limitação advinda do TOC era uma desculpa inquestionável para sua incapacidade laborativa, mas agora que os sintomas diminuíram significativamente com o tratamento farmacológico e psicoterápico, afloram-se as cobranças por maior produtividade. Por outro lado, a paciente possui um emprego de meio expediente, do qual é liberada na hora do almoço, além de morar sozinha e não ter muitos amigos com quem conversar. Sendo assim, uma das poucas atividades de lazer que lhe sobra é assistir à TV. Caso a paciente abra mão desta atividade, ela viveria praticamente em função de cumprir suas obrigações diárias. Seguindo esta linha de

---

<sup>1</sup> Mecanismo de defesa do ego: técnica ou conjunto de técnicas dos quais o ego faz uso em situações que possam desencadear o surgimento de ansiedade ou conflitos internos (ESCOBAR; ZASLAVSKY, 2003).

raciocínio, poderiam ser estimuladas outras atividades recreativas, principalmente aquelas que envolvem outras pessoas. Isto ajudaria em sua auto-estima e relacionamento interpessoal.

A paciente acrescentou em seu diário de sintomas o que chamou de tricotilomania. Trata-se de fazer movimentos circulares em um pequeno chumaço de cabelos. Uma sensação de grande felicidade acompanha o momento em que os fios são arrancados. Segue-se um sentimento de culpa.

Segue uma relação dos sintomas do TOC abordados neste encontro:

1. **Cuspir no box durante o banho.** Conseguiu engolir algumas poucas vezes, o que representa progresso.
2. **Banho.** É demorado, o que lhe causa desânimo. Adia o quanto for possível o começo, já que não consegue terminar o banho rápido.
3. **Louça.** Problema semelhante ocorre quando vai lavar a louça, uma vez que tem que lavar toda a pia da cozinha quando termina.
4. **Repetir frases.** Estão vindo com menos frequência à cabeça. Consegue interromper melhor o processo quando começa.

Vale evidenciar aqui que os sintomas tem se tornado mais vagos. No começo, abordamos os sintomas que mais incomodavam a paciente de uma forma mais objetiva, de um modo classicamente cognitivo- comportamental. Observo que ultimamente as queixas tem abordado mais questões existenciais, como dificuldade de relacionamento com outras pessoas e problemas de auto-estima. Estas questões necessitam de interpretações mais elaboradas.

**Tarefa de casa:** Sugeri à paciente visitar uma amiga no próximo final de semana para se distrair e fortalecer sua capacidade de relacionamento com outras pessoas. Sugeri também que a paciente pensasse em outros exemplos de “bloqueio” que já lhe ocorreram enquanto tentava se relacionar com outra pessoa.

**Encontro 4:**

Iniciamos conversando sobre a tarefa de casa proposta no último encontro, que não foi cumprida. Segundo ela, a amiga teve compromissos no final de semana que a impediram de sair de casa. Apresenta-se mais triste e desanimada.

De fato, a paciente relata estar mais sonolenta e desanimada durante esta semana. Está em busca de atividades prazerosas para realizar durante o dia, já que só faz suas obrigações. Nos últimos dias não conseguiu trabalhar nada no TOC devido ao desânimo. Relata, inclusive, piora na repetição de frases e cuspir no box durante o banho. Contudo, consegue se manter sem verificar a porta de casa quando sai e se os recipientes estão realmente fechados. Também não passa a mão no assento da privada.

Queixa-se de ganho de peso recentemente, pois anda comendo muitos doces. Relata a visita de um grupo de agentes de saúde da dengue à sua casa na última semana. Era um dia chuvoso, de modo que os sapatos deles estavam sujos de barro. Além disso, ela estava atrasada para o trabalho na livraria, mas mesmo assim os deixou entrar, desde que fossem rápidos. Afirma ter sentido sensação de nojo importante com as pegadas dos agentes no chão da sua casa. No entanto, conseguiu se segurar para limpar a casa quando voltasse.

Semana passada, visitou apartamentos para alugar com amiga, com a qual pensa em morar junto. Considera fazer algumas experiências antes de se mudar definitivamente, caso encontre local adequado, para ver se conseguiria conviver bem com outra pessoa.

Vale evidenciar que a paciente é muito autocrítica, principalmente em dias como hoje, nos quais está triste. Isto lhe provoca desânimo ainda maior. Em dias como hoje, a sintomatologia se exacerba, demonstrando que o componente humor exerce influência importante nos transtornos da ansiedade. A baixa auto-estima permeia todas as suas queixas, o que mostra a visão negativa que a paciente tem de si mesma.

**Tarefa de casa:** Julgo que não vale a pena realizar nenhuma abordagem cognitivo-comportamental no momento, para não exacerbar o humor negativo da paciente. Resta trabalhar a auto-estima da paciente. Desse modo, a tarefa de casa persiste como sendo visitar uma amiga e se divertir.

**Encontro 5:**

Iniciamos conversando sobre a última semana. A paciente apresenta-se mais alegre e bem-disposta.

De fato, a paciente relata estar mais tranquila e com melhor astral esta semana. Conta que no final de semana se desobrigou a limpar a casa; ficou apenas se divertindo.

Devido ao final de semana reparador, afirma não ter repetido frases durante a semana.

Relata náuseas durante a última semana. Tudo começa com o nojo da sujeira, se agravando até uma sensação próxima ao pânico. O quadro teve início há 1 mês, desde que voltou de Salvador. Afirma nunca ter sentido estas manifestações gastrointestinais, mesmo quando estava no auge de seus sintomas obsessivo-compulsivos. Relata também aparecimento de lesões de pele pruriginosas nos braços após a visita do agente de saúde da dengue, há duas semanas.

A paciente associa esta piora sintomática a um mecanismo de defesa do ego. Ela acredita que seu cérebro encontra um jeito de adoecê-la para manter seus ganhos secundários: ajuda financeira dos parentes e se manter sem necessidade de assumir responsabilidades nem trabalhar.

Aqui vale um apontamento. A piora do quadro sintomático se apresenta dissociada das manifestações do humor, o que corrobora a hipótese de somatização.

Impõe-se um questionamento à paciente: qual a necessidade da doença na sua vida? Ela conta que era “capacho” da família (SIC). Estava receosa em contar de suas dificuldades à época do diagnóstico do TOC, se surpreendendo ao ser tratada de modo mais carinhoso pela família.

Aprofundando um pouco mais o raciocínio, fomos capazes de entender um pouco melhor o mecanismo psicológico da baixa auto-estima vivenciada pela paciente. Segundo ela, sentia-se como menos querida que suas irmãs, e, como tal, sentia-se na obrigação de realizar a maioria das tarefas de casa. Também sentia-se desamparada do ponto de vista afetivo, como se ninguém acreditasse em seu potencial ou no que dizia. Esta necessidade em fazer as tarefas de casa e agradar

aos outros membros de sua família seriam, então, uma tentativa de se sentir querida e que lhe dessem mais valor. A atenção que não recebeu naquela época recebe agora, como doente, fato que dificulta alcançar a cura.

Desse modo, trabalhar a auto-estima da paciente seria diminuir a necessidade de que outros lhe atribuam valor. E sem ganhos secundários com a doença, a cura seria mais fácil de ser alcançada.

**Estratégia terapêutica:** considerando as questões psicológicas que se escondem por trás dos sintomas, acredito ser fundamental aumentar a auto-confiança e auto-estima da paciente, de modo a lhe dar estrutura psicológica mais sólida para enfrentar suas questões no dia-a-dia. A sugestão é que a paciente tenha uma visão mais positiva de si mesma, objetivo a ser alcançado com a construção de uma lista das suas qualidades.

**Aplicação da estratégia:** A princípio, a paciente se mostrou desanimada com a proposta, já que fantasiava que não teria qualidades suficientes. Foi capaz de escrever duas qualidades espontaneamente e deu a lista como finalizada. Abordei alguns aspectos positivos de sua vida, procurando focar o modo como ela lidava com suas dificuldades. Usando da história de vida que ela me contou em nossos primeiros encontros, bem como todas as questões abordadas em nossos últimos encontros, ficou mais fácil conduzir a conversa para que ela, por si mesma, fosse enxergando mais e mais qualidades suas.

Por fim, chegamos a uma lista de quinze itens. Deixei claro que poderíamos aumentar ainda mais aquela lista, se quiséssemos. Era visível sua surpresa com o tamanho da lista, uma vez que não acreditava que tivesse tantas qualidades.

**Tarefa de casa:** Procurando deixar esta visão positiva sobre si mesma ainda mais sedimentada em sua mente, sugeri como tarefa para a semana que afixasse a lista na geladeira e lesse todo dia.

## **Encontro 6:**

Iniciamos conversando sobre como foi o período no qual não nos vimos. Este período incluiu uma semana e dois finais de semana. No primeiro deles, saiu com amiga no sábado e domingo. A amiga apresenta, segundo a paciente, sintomas

semelhantes aos dela e, juntas, decidiram não limpar nada durante estes dois dias. A semana passou sem intercorrências. No segundo final de semana a amiga estava viajando, motivo pelo qual ela passou o final de semana em casa. No entanto, limpou apenas algumas coisas que julgava estar muito sujas, sem culpa em não limpar mais coisas.

Iniciou a sessão avaliando a técnica comportamental utilizada nas últimas semanas. Acredita que os fundamentos da técnica a ajudaram a lidar melhor com a ansiedade. Quando ansiosa, ao invés de executar um ritual imediatamente para se tranquilizar, aprendeu que é possível aguardar e suportar um pouco mais a ansiedade. Assim, conseguiu enxergar que nada ruim decorre da não execução dos rituais. Ela diz: “se eu esperar um pouco antes de realizar um ritual para eliminar minha ansiedade, quem sabe a vontade não passa?”. E realmente é isto que tem ocorrido, segundo ela.

Relata já realizar o ritual de lavar o Box durante o banho há mais de 20 anos (os sintomas do TOC começaram há 7 anos, porém a paciente realmente lava o box há mais tempo. É que nos últimos 7 anos a prática ganhou uma dimensão patológica.), e acha difícil parar em algumas semanas. Porém, percebeu uma melhora. Antes havia uma sequência bastante estrita, cuja execução perfeita tomava horas. Atualmente, afirma que esta sequência se tornou mais flexível. Avalia que, de modo geral, consegue executar as compulsões mais rapidamente, ou seja, de modo menos estrito e metódico.

Desde o último encontro não sente nojo de nada, nem as náuseas decorrentes deste processo.

A sonolência ainda incomoda. Vale evidenciar que, na minha percepção, esta questão tomou um caráter mais secundário, já que ela só se queixa disso quando perguntado. Acredito que sua importância tenha sido diminuída pela melhora do tônus do humor.

Quanto à tarefa proposta no último encontro, afirma que leu diariamente a lista de suas qualidades, afixada na geladeira. Afirma que não sentiu muita diferença, que sempre foi muito ciente de suas capacidades. Entretanto, diz que vai mantê-las na geladeira por gostar de olhar para elas.

Queixa-se de não ter um salário digno, um emprego decente, dinheiro para sair, fazer cursos, comprar roupas e sapatos e até uma comida mais cara eventualmente. Gostaria de um emprego melhor, já que o atual conta com apenas 2 horas de expediente e paga mal.

Acredita que não consegue emprego devido aos seus muito traumas de infância. Aqui fez-se necessária uma abordagem que visasse uma mudança de ponto de vista. Foi explicado à paciente que é importante que se conheça os traumas de infância, para que se possa entender melhor as dificuldades da pessoa e auxiliar melhor na elaboração dessas questões. Mas é importante que o conhecimento deste traumas não vire uma desculpa para nem sequer tentar realizar algo novo.

A paciente reconheceu o que chamou de “reino do não pode”. Diz que sempre há desculpas para não fazer as coisas. Foi questionado então qual a função do não pode na vida da paciente, pergunta que não foi respondida.

Quanto ao sintoma de repetição de frases, a paciente relata que ainda tem a necessidade de voltar ao mesmo assunto em sua mente, mas não repete mais frases.

**Estratégia terapêutica:** Tendo em vista que a questão principal trazida hoje pela paciente foi a necessidade de conseguir um emprego melhor e os bloqueios impostos por ela mesma para alcançar este objetivo, realizei uma abordagem sócrática. Solicitei à ela que me listasse as qualidades que acreditava que um bom empregado deveria ter. A seguir, questionei quais daquelas qualidades ela tinha.

**Aplicação da estratégia:** Foi possível perceber o entendimento, do ponto de vista racional, de que a personalidade atual da paciente atendia perfeitamente às especificações que ela atribuía a um bom empregado. Era visível, contudo, uma resistência grande à aceitação desta idéia como verdadeira, do ponto de vista emocional. Uma parcela desta resistência, acredito, pode ser atribuída aos traumas de infância que ela relata.

**Tarefa de casa:** Foi solicitado à paciente para amadurecer a idéia de conseguir um novo emprego. Para tanto, seria necessário se expor, o que acarretou um aumento da ansiedade. A sugestão, portanto, foi de que se imaginasse indo pedir emprego em alguma loja com riqueza de detalhes. Solicitei que vivenciasse a experiência com

tudo dando certo durante a semana. A partir daí, chegaria o momento no qual ela se sentiria pronta para vivenciar a experiência de verdade.

### **Encontro 7:**

Antes mesmo de iniciar a conversa com a paciente, foi possível perceber seu estado de desânimo e raiva. Questionada, ela atribuiu tal estado de espírito à impossibilidade de lavar suas roupas devido a obras no terraço. Observei que nas sessões anteriores ela afirmou não lavar roupas por vontade própria, no que ela respondeu que de fato não lava suas roupas há um mês por falta de vontade. No entanto, as roupas limpas estão acabando, surgindo a necessidade de lavá-las. E, agora que tem vontade, sente-se frustrada por não poder.

No último encontro foi sugerido que se imaginasse solicitando emprego a alguém ou em alguma loja. Ao tentar realizar a tarefa, teve vontade de retornar aos tempos antigos, quando era sustentada pelos pais e não tinha grandes responsabilidades. Do ponto de vista racional, reconhece que não conseguiria viver bem com eles atualmente.

Ela gostaria de conseguir emprego numa das cooperativas locais de artesanato, profissão que julga mais afim à ela e que lhe daria boa flexibilidade quanto as horas de trabalho. Sua dificuldade com empregos convencionais é que não consegue acordar cedo e gosta muito de viajar. Rotina fixa seria um problema. Outra questão é que gostaria de ter um ateliê onde pudesse fazer artesanato e guardar suas peças. Atualmente, sua residência é muito pequena para comportar uma estrutura desse porte.

Segue uma avaliação geral dos sintomas abordados:

1. **Limpeza.** Consegue permanecer bastante tempo sem precisar limpar nada. Na maior parte do tempo, sente-se desanimada para limpar e só limpa quando acredita ser realmente necessário. Contudo, há períodos que o fato de não limpar gera raiva e ansiedade, mas acarreta compulsão por limpeza.
2. **Banho.** Consegue tomar banhos menos demorados atualmente. Ainda se sente compelida a lavar o box enquanto toma banho. Sua compulsão por

cuspir a água que lhe escorre pela boca encontra-se parcialmente sob controle, exacerbando-se em períodos de tristeza ou angústia.

3. **Verificação.** Sente uma vontade fraca de verificar se os recipientes, portas e janelas de casa estão bem fechados, vontade que permanece totalmente sob controle sem gerar ansiedade.
4. **Repetição de frases.** Eventualmente se percebe repetindo frases, o que descontinua rapidamente continuando o assunto abordado nas frases ou simplesmente interrompendo o processo voluntariamente.
5. **Tolerância ao ritmo de pensamento lento dos outros.** Durante o primeiro encontro queixou-se de não conseguir manter um diálogo com indivíduos que pensam e agem de modo muito mais lento ao dela. Manifestava este desagrado principalmente quando assistia à um apresentador específico de um programa de TV que não se lembra o nome. O canal onde passava o apresentador saiu do ar, de modo que a paciente não sabe informar em que nível está ansiedade gerada pelo bradipsiquismo.
6. **Organização.** Afirma que não se incomoda mais com a alteração na posição dos livros que organiza na livraria. Como referido no primeiro encontro, não sabe dizer o quanto incomodaria a mudança de lugar de suas coisas em casa por outra pessoa, uma vez que mora sozinha.
7. **Coleção.** Diz ter lembrado o real motivo que a leva a guardar roupas que não usa. A paciente refere engordar e emagrecer frequentemente, mudando constantemente o tamanho das roupas que precisa usar. Devido à sua condição financeira delicada, prefere guardar todas as roupas em bom estado, já que não poderia comprar outras.
8. **Passar a mão no assento da privada após o uso.** Compulsão atualmente sob controle. Embora ainda tenha vontade de realizá-la, consegue não o fazer sem gerar ansiedade.
9. **Tristeza e desânimo.** Tais sintomas não são específicos do TOC. Na realidade, trata-se de sintomas presentes em muitas doenças crônicas, além de serem muito difíceis de serem quantificados objetivamente. Ao longo da

realização deste trabalho a paciente apresentou muitas variações do humor. Contudo, foi possível observar um aumento da auto-estima da paciente, algo possivelmente conseguido devido à obtenção de um maior controle da paciente sobre seus pensamentos e ações.

**Tarefa de casa:** Trata-se do nosso último encontro na realização deste trabalho. Desse modo, não há dever de casa. Somente sugeri à paciente que avaliasse a viabilidade das opções de emprego que imagina para ela, já que esta é uma questão tão importante na vida da paciente. Será que o emprego de artesã é viável para conseguir o estilo de vida que ela almeja para si? Aqui há mercado para essas peças de artesanato? Como seria a rotina diária dela se ela tivesse o ateliê? A paciente admitiu ter medo de pensar sobre estas questões, de modo que lhe sugeri não ter pressa. Respeitando seus limites, chegará um momento mais propício em que sua estrutura psíquica suportará avaliar estas opções, decidir a que lhe serve melhor e sustentar o processo de mudança.

Foi esclarecido que a paciente continuará normalmente com seu acompanhamento na Unidade de Saúde da Família com seu psiquiatra e também em suas sessões de terapia de grupo.

### 5.3 AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DO TOC APÓS INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Seguem duas tabelas contendo os resultados das aplicações das escalas propostas antes e após a intervenção cognitivo-comportamental.

Tabela 3 – Comparativo entre os escores obtidos na escala OCI-R antes e após a intervenção cognitivo-comportamental

Questão	1ª aplicação	2ª aplicação
Eu tenho acumulado tantas coisas que já estão me atrapalhando	2	0
Eu verifico coisas mais vezes do que é necessário	4	0
Eu fico chateado se os objetos não estão arrumados corretamente	3	0
Eu sinto vontade de contar quando estou fazendo coisas	1	0
Eu sinto dificuldade em tocar um objeto se sei que ele já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas	0	0

Eu tenho dificuldades em controlar meus próprios pensamentos	3	1
Eu guardo coisas de que não preciso	3	0
Eu verifico repetidamente as portas, janelas, gavetas, etc.	2	0
Eu fico chateado se outras pessoas mudam as coisas que arrumei	4	0
Eu sinto vontade de repetir certos números	0	0
Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado	1	1
Pensamentos desagradáveis que invadem minha mente contra minha vontade me deixam chateado	0	0
Eu evito jogar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas em um outro momento	4	2
Eu verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los	2	0
Eu necessito que as coisas estejam arrumadas em uma determinada ordem	1	0
Eu acredito que existam números bons e ruins	0	0
Eu lavo as minhas mãos mais vezes do que o necessário	0	1
Eu tenho pensamentos impróprios com frequência e tenho dificuldade em me livrar deles	0	0
<b>Total de pontos</b>	<b>28</b>	<b>5</b>

Tabela 4 – Comparativo entre os escores obtidos na escala Y-BOCS antes e após a intervenção cognitivo comportamental

<b>Questão</b>	<b>1ª aplicação</b>	<b>2ª aplicação</b>
Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?	2	1
Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em sua vida social ou profissional?	2	0
Até que ponto seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar?	2	0
Até que ponto você se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta não ligar para eles ou distrair a atenção quando eles invadem sua mente?	1	0
Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?	1	0
Quanto tempo você gasta executando rituais? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita,	1	1

quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras, devido aos seus rituais?		
Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou em suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que você deixa de fazer em razão das compulsões?	2	1
Como você se sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?	2	2
Até que ponto você se esforça para resistir às compulsões?	2	1
Com que pressão você se sente obrigado a executar as compulsões? Até que ponto consegue controlá-las?	1	1
<b>Total de pontos:</b>	<b>16</b>	<b>7</b>

Como se pode perceber, foi possível quantificar uma melhora significativa nos sintomas da paciente. Na escala Y-BOCS, cujo escore inicial foi de 16, a pontuação foi reduzida a menos da metade dos pontos. Segundo os critérios propostos de avaliação da escala, um escore menor que 8 representa ausência de sintomas (GOODMAN et al, 1989). Já na escala OCI-R, pode-se perceber também um decréscimo significativo da pontuação, que passou de 28 para 5 pontos. As afirmativas iniciais que geravam maior pontuação foram a verificação e a organização, estas apresentando escore de 0 após a intervenção. Outra questão importante que talvez não tenha sido bem representada na OCI-R foi a compulsão por limpeza de locais e objetos, mas este sintoma já estava sendo elaborado e trabalhado pela paciente em sessões de terapia de grupo e já não representava, ao momento de realização deste trabalho, grande gerador de ansiedade ou compulsões.

A obtenção e manutenção das obsessões e compulsões, de acordo com o modelo comportamental do TOC (SALKOVSKIS; FORRESTER; RICHARDS, 1998 e CORDIOLI, 2001), ocorrem porque em algum momento da vida do paciente, por razões desconhecidas, estímulos geralmente neutros como banheiros, facas, números ou cores tornam-se associados a medo, ansiedade ou sensação de desconforto. Num segundo momento, o medo, ansiedade ou desconforto são estendidos a objetos próximos ou semelhantes aos iniciais, passando a serem evitados também. O indivíduo descobre, por acaso, que realizar rituais pode reduzir ou eliminar os sintomas, mesmo que temporariamente. E como a estratégia dá

resultado, o indivíduo persiste na impressão de que está no caminho adequado para a resolução dos sintomas.

A técnica de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) objetiva desfazer esta associação patológica entre ansiedade e ritual (alívio). Conforme relatado pela própria paciente no encontro 6, seu uso acarreta num aumento momentâneo da ansiedade. No entanto, o indivíduo logo percebe que nada de ruim ocorreu após a não-execução do ritual. A ansiedade desaparece, trazendo consigo um outro condicionamento: o de que o ritual é desnecessário. Além disso, ocorre um aumento da tolerância à ansiedade, que é entendida como inerente ao ser humano e, portanto, não precisa ser eliminada de imediato.

Devido ao nível intelectual da paciente, foi possível disponibilizar a ela alguns capítulos do livro **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (CORDIOLI, 2008)** a fim de promover um maior entendimento da doença e de seu tratamento. Ela conseguiu ainda estrapolar a EPR para sintomas do TOC que não foram trabalhados em nossos encontros, o que justifica seu ótimo desempenho após poucas sessões de terapia.

O questionamento socrático também se mostrou bastante produtivo e adequado ao perfil da paciente, que naturalmente questionava a origem e necessidade das compulsões e obsessões. Vale evidenciar o juízo de morbidade da paciente, que sempre manteve bastante crítica em relação aos seus sintomas.

Do ponto de vista psicoterápico, deve ser levado em consideração também a relação médico-paciente estabelecida. Neste aspecto, a paciente apresenta melhora em função de um espaço para expor suas questões íntimas de forma aberta, sabendo que não será julgada, mas receberá ajuda e compreensão para lidar melhor com estes assuntos. Pesa ainda o fato de a paciente morar sozinha e longe de seus familiares, possuindo também um círculo de amizades restrito. Isto facilita a criação de um vínculo com a paciente. E devido à confiança do terapeuta (no caso em questão o interno de medicina atuando como psicoeducador) na terapia, a paciente passa a acreditar que vai melhorar, o que ajuda a potencializar o resultado. Contudo, devido a uma tentativa de preservação do vínculo com o terapeuta, é necessário considerar a possibilidade de viés na resposta às escalas.

É importante destacar o papel fundamental do respeito mantido à paciente e à seus limites durante a execução do trabalho. As técnicas contidas na literatura utilizada, em especial o livro **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (CORDIOLI, 2008)**, tem papel fundamental nas terapias, mas o bom senso e experiência de vida do terapeuta não podem ser deixados de lado. Cada indivíduo é único e suas particularidades devem ser levadas em consideração na realização de um tratamento mais adequado.

Aqui vale citar Balint (2005), que afirma que a personalidade do médico é a primeira “droga” que se administra aos pacientes.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Durante a realização deste trabalho foi possível vivenciar a aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais na abordagem do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, observando a resposta dos sintomas da paciente durante o decorrer deste processo. Mais que isso, foi possível aprender mais sobre a condição humana presente nos pacientes, redimensionando, em meu ponto de vista, a importância de ouvir com atenção as queixas do indivíduo. A relação inter-humanos consegue obter resultados superiores aos fármacos em alguns aspectos. A exemplo disso, a paciente do presente trabalho obteve melhora significativa quando o medicamento já não apresentava maiores benefícios (foi retirado pelo psiquiatra responsável 1 mês antes do primeiro encontro terapêutico).

Vale ressaltar a relativa facilidade de execução deste método terapêutico, que consiste basicamente em psicoeducação sobre a patologia do paciente e seu acompanhamento em busca de uma resolução para seu problema. A questão central, neste aspecto, é que não é imperioso um acompanhamento especializado, mas apenas um indivíduo minimamente capacitado em saúde física e mental e disposto a ouvir o paciente e se informar sobre o assunto. Num primeiro momento, seria importante um acompanhamento de um profissional especializado a título de capacitação do psicoeducador.

Novos trabalhos podem ser desenvolvidos com o objetivo de colocar em prática esta estratégia psicoeducativa em escala maior e avaliar seus efeitos. Caso profícua a iniciativa, seria uma boa alternativa ao atendimento especializado, que infelizmente não é suficiente para a grande demanda da população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (1995). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV**. 4ª edição. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CORDIOLI A.V. **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008a.

CORDIOLI et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. **Psychother Psychosom**. 2003, vol. 72 suppl. 4, pp. 211-6.

CORDIOLI, A.V. et al. Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Rev Psiquiatria Clínica** 2001, vol 28 suppl 4.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

EISEN et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. **Compr Psychiatry** 47: 270-275, 2006.

ESCOBAR, J.R.; ZASLAVSKY, J. Mecanismos de defesa do ego. In: NETO, A.C.; GAUER, G.J.C.; FURTADO, N.R. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Edipucrs, 2003. Cap 5, p. 40-46.

FERRÃO Y.A. et al. Resistência e refratariedade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr**. 2007, vol.29, suppl.2

GOODMAN, W.K. et al. The yale-brown obsessive-compulsive scale. I. Development, use and reliability. **Arch Gen Psychiatry**. 1989 Nov vol 46. [Escala traduzida por ASBAHAR et al. In: MIGUEL EC. Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996.]

HOLLANDER et al. - Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. **J Clin Psychiatry** 57(supl 8): 3-6, 1996.

HOUNIE, A.G. et al. Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol.23, suppl.2, pp. 13-16.

KAPLAN A., HOLLANDER E. A Review of Pharmacologic Treatments for Obsessive-Compulsive Disorder. **Psychiatr Serv** 54:1111-1118, August 2003.

LOCHNER et al. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessivecompulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. **Psychopathol** 36: 255-262, 2003.

MERCADANTE M. T., ROSARIO-CAMPOS M. C., QUARANTINI L. C., SATO F. P. As bases neurobiológicas do transtorno obsessivo-compulsivo e da síndrome de Tourette. **J. Pediatr.** Rio J. 2004, vol.80, n.2, suppl., pp. 35-44.

MORITZ et al. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. **Compr Psychiatry** 46: 453-454, 2005.

PRAZERES A.M., SOUZA W.F., FONTENELLE L.F. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Rev Bras. Psiquiatr.** 2007, vol.29, n.3, pp. 262-270.

RACHMAN, S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. **Beh Res and Ther.** Vol. 36, Issue 4, April 1998, Pages 385-401.

SALKOVSKIS P.M, FORRESTER E., RICHARDS C. Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. **Brit J Psychiatry.** 1998, vol 173, suppl 35, pp 53-63.

SOUZA et al. Obsessive-Compulsive Inventory and Obsessive-Compulsive Inventory-Revised scales: translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. **Rev Bras Psiquiatria.** 2008, vol 30 pp. 42-46.

STEIN et al. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. **CNS Spectr** 5(6) [supl 4]: 37-39, 2000.

TORRES A. R., LIMA M. C. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. **Rev. bras. psiquiatr.** vol. 27, suppl. 3, pp. 237-242, set. 2005.

TORRES A. R., SMAIRA S. I. Quadro Clínico do Transtorno Obsessivo Compulsivo.  
**Rev Bras Psiquiatr** 2001, vol.23, supl. 2, pp. 6-9.

ANEXOS

## ANEXO I

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, de um trabalho científico a ser divulgado em congresso médico e/ou em revista científica. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**NOME DA PESQUISA: ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA DE BASE COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: um relato de caso.**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Prof. Dr. Luiz Henrique Borges.

**PESQUISADORES PARTICIPANTES:** Dr. Luiz Henrique Borges, Evandro de Oliveira Gavi.

**OBJETIVOS:** A pesquisa tem como objetivo observar a resposta de um paciente portador do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) à utilização de estratégia terapêutica de base cognitivo-comportamental.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Se concordar em participar da pesquisa, você deverá se submeter à aplicação de duas escalas sintomatológicas, bem como se comprometer a aplicar as técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental conforme orientação dos pesquisadores. Além disso, deverá autorizar o uso dos dados dos questionários na realização da pesquisa e sua divulgação em eventos médicos e publicado em revistas científicas.

**RISCO:** O participante não estará exposto a nenhum tipo de risco.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Não haverá nenhum gasto com sua participação. O participante não receberá nada pela sua participação.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** A pesquisa assegura a sua privacidade e garante sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os dados pessoais não serão divulgados.

**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/CPF \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelos pesquisadores:- Dr. Luiz Henrique Borges e Evandro de Oliveira Gavi - dos procedimentos que serão utilizados, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Município/Estado de Residência: \_\_\_\_\_.

Telefone para contato: Dr. Luiz Henrique Borges – 33253797, Evandro Gavi – 88094920. Comitê de Ética – EMESCAM – 3334-3586.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2010.

**NOME E ASSINATURA**

\_\_\_\_\_ data:  
(Nome por extenso) (Assinatura)

**TESTEMUNHA**

\_\_\_\_\_ data:  
(Nome por extenso) (Assinatura)

## ANEXO II

### INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES (OCI-R)

As afirmações a seguir referem-se a experiências que muitas pessoas vivenciam diariamente.

Circule o número que melhor descreve **o quanto** a experiência mencionada tem incomodado ou causado aflição **neste último mês**. Os números referem-se às seguintes expressões verbais:

0 = Nem um pouco                      3 = Muito  
1 = Um pouco                            4 = Extremamente  
2 = Moderadamente

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. Eu tenho acumulado tantas coisas que elas já estão me atrapalhando                                       | 0 1 2 3 4 |
| 2. Eu verifico coisas mais vezes do que é necessário  | 0 1 2 3 4 |
| 3. Eu fico chateado se os objetos não estão arrumados corretamente  | 0 1 2 3 4 |
| 4. Eu sinto vontade de contar enquanto estou fazendo coisas   | 0 1 2 3 4 |
| 5. Eu sinto dificuldade em tocar um objeto se sei que ele já foi tocado por estranhos ou por certas pessoas | 0 1 2 3 4 |
| 6. Eu tenho dificuldades em controlar meus próprios pensamentos   | 0 1 2 3 4 |
| 7. Eu guardo coisas de que não preciso  | 0 1 2 3 4 |
| 8. Eu verifico repetidamente as portas, janelas, gavetas, etc.  | 0 1 2 3 4 |
| 9. Eu fico chateado se outras pessoas mudam as coisas que arrumei   | 0 1 2 3 4 |
| 10. Eu sinto necessidade de repetir certos números  | 0 1 2 3 4 |
| 11. Às vezes tenho que me lavar simplesmente porque me sinto contaminado                                    | 0 1 2 3 4 |
| 12. Pensamentos desagradáveis que invadem minha mente contra a minha vontade me deixam chateado             | 0 1 2 3 4 |
| 13. Eu evito jogar coisas fora, pois tenho medo de precisar delas em um outro momento                       | 0 1 2 3 4 |
| 14. Eu verifico repetidamente o gás, as torneiras e os interruptores de luz após desligá-los                | 0 1 2 3 4 |
| 15. Eu necessito que as coisas estejam arrumadas em uma determinada ordem                                   | 0 1 2 3 4 |
| 16. Eu acredito que existam números bons e ruins  | 0 1 2 3 4 |
| 17. Eu lavo as minhas mãos mais vezes do que o necessário   | 0 1 2 3 4 |
| 18. Eu tenho pensamentos impróprios com frequência e tenho dificuldade em me livrar deles                   | 0 1 2 3 4 |

Total de pontos: \_\_\_\_\_

## ANEXO III

### YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (Y-BOCS)

#### Instruções para o preenchimento

Para responder às perguntas da Y-BOCS, identifique junto com o terapeuta uma ou mais de suas obsessões (as que mais o incomodam) e procure responder às cinco questões relativas a obsessões. Depois, identifique uma ou mais das suas compulsões (as que mais o prejudicam) e, da mesma forma, responda às cinco perguntas relativas a compulsões. Você obterá três notas: uma correspondente à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre obsessões, outra relativa à soma dos escores obtidos nas perguntas sobre compulsões e o escore total.

#### ESCALA Y-BOCS

#### OBSESSÕES

##### 1. Tempo ocupado pelos pensamentos obsessivos (ou obsessões)

Pergunta: Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?

- 0. Nenhum
- 1. **Leve:** menos de uma hora por dia ou intrusões (invasões de sua mente) ocasionais
- 2. **Moderado:** uma a três horas por dia ou intrusões freqüentes
- 3. **Grave:** mais de três horas (até oito horas) por dia ou intrusões muito freqüentes
- 4. **Muito grave:** mais de oito horas por dia ou intrusões quase constantes

##### 2. Interferência gerada pelos pensamentos obsessivos

Pergunta: Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem em sua vida social ou profissional?

- 0. Nenhuma interferência
- 1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
- 2. **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar tarefas
- 3. **Grave:** provoca comprometimento considerável no desempenho social ou ocupacional
- 4. **Muito grave:** incapacitante

##### 3. Sofrimento relacionado aos pensamentos obsessivos

Pergunta: Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar?

- 0. Nenhuma perturbação
- 1. **Leve:** pouco perturbador
- 2. **Moderada:** perturbador, mas ainda controlável
- 3. **Grave:** muito perturbador
- 4. **Muito grave:** mal-estar quase constante e incapacitante

##### 4. Resistência às obsessões

Pergunta: Até que ponto você se esforça para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que freqüência tenta não ligar para eles ou distrair a atenção quando eles invadem sua mente?

- 0. **Sempre faz esforço para resistir,** ou tem sintomas mínimos, que não necessitam de resistência ativa
- 1. **Tenta resistir na maior parte das vezes**
- 2. **Faz algum esforço para resistir**
- 3. **Cede a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça algum esforço para afastá-las**
- 4. **Cede completamente a todas as obsessões, de modo voluntário**

### 5. Grau de controle sobre os pensamentos obsessivos

Pergunta: Até que ponto você consegue controlar seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?

0. **Controle total**

1. **Bom controle:** habitualmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração
2. **Controle moderado:** algumas vezes é capaz de interromper ou afastar as obsessões
3. **Controle leve:** raramente bem-sucedido; quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade
4. **Nenhum controle:** as obsessões são experimentadas como completamente involuntárias; raras vezes você é capaz, mesmo que de forma momentânea, de modificar seus pensamentos obsessivos

### COMPULSÕES (RITUAIS)

#### 6. Tempo gasto com comportamentos compulsivos (compulsões ou rituais)

Pergunta: Quanto tempo você gasta executando rituais? Se compararmos com o tempo habitual que a maioria das pessoas necessita, quanto tempo a mais você usa para executar suas atividades rotineiras, devido aos seus rituais?

0. **Nenhum**

1. **Leve:** passa menos de uma hora por dia realizando compulsões, ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos
2. **Moderado:** passa de uma a três horas por dia realizando compulsões, ou execução freqüente de comportamentos compulsivos
3. **Grave:** passa de três a oito horas por dia realizando compulsões, ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos
4. **Muito grave:** passa mais de oito horas por dia realizando compulsões, ou execução quase constante de comportamentos compulsivos muito numerosos para contar

#### 7. Interferência provocada pelos comportamentos compulsivos

Pergunta: Até que ponto suas compulsões interferem em sua vida social ou em suas atividades profissionais? Existe alguma atividade que você deixa de fazer em razão das compulsões?

0. **Nenhuma interferência**

1. **Leve:** leve interferência nas atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está comprometido
2. **Moderada:** clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas ainda consegue desempenhar
3. **Grave:** comprometimento considerável do desempenho social ou ocupacional
4. **Muito grave:** incapacitante

#### 8. Desconforto relacionado ao comportamento compulsivo

Pergunta: Como você se sentiria se fosse impedido de realizar suas compulsões? Até que ponto ficaria ansioso?

0. **Nenhum desconforto**

1. **Leve:** ligeiramente ansioso se as compulsões fossem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução
2. **Moderado:** a ansiedade subiria para um nível controlável se as compulsões fossem interrompidas, ou ansioso durante a sua execução
3. **Grave:** aumento acentuado e muito perturbador da ansiedade se as compulsões fossem interrompidas, ou aumento acentuado e muito perturbador durante a sua execução
4. **Muito grave:** ansiedade incapacitante com qualquer intervenção que possa modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante durante a execução das compulsões

### 9. Resistência às compulsões

Pergunta: Até que ponto você se esforça para resistir às compulsões?

0. **Sempre faz esforço para resistir**, ou tem sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa
1. **Tenta resistir na maioria das vezes**
2. **Faz algum esforço para resistir**
3. **Cede a quase todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que as faça com alguma relutância**
4. **Cede completamente a todas as compulsões, de modo voluntário**

### 10. Grau de controle sobre as compulsões

Pergunta: Com que pressão você se sente obrigado a executar as compulsões? Até que ponto consegue controlá-las?

0. **Controle total**
1. **Bom controle:** sente-se pressionado a executar as compulsões, mas tem algum controle voluntário
2. **Controle moderado:** sente-se fortemente pressionado a executar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade
3. **Controle leve:** pressão forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem de ser executado até o fim, e somente com dificuldade consegue retardar a realização das compulsões
4. **Nenhum controle:** sente-se completamente dominado pela pressão para executar as compulsões; tal pressão é sentida como fora do controle voluntário. Raramente se sente capaz de retardar a execução de compulsões

Registre as notas: Obsessões: \_\_\_\_\_ Compulsões: \_\_\_\_\_ Escore total: \_\_\_\_\_

Se o escore total foi igual ou maior que 16, você apresenta sintomas do TOC em nível clínico. Entre 8 e 16, é considerado um nível de sintomas subclínico e, abaixo de 8, como sintomas mínimos ou ausentes.