

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**PUC – SP**

Lilian Boarati

**Efeitos de uma intervenção analítico-comportamental em familiares de portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo sobre a Acomodação Familiar**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL:  
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**

São Paulo

2015

Lilian Boarati

**Efeitos de uma intervenção analítico-comportamental em familiares de portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo sobre a Acomodação Familiar**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento sob a orientação da Profa. Dra. Fani Eta Korn Malerbi.

Projeto financiado pela CAPES

São Paulo

2015

**Banca Examinadora**

---

---

---

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processo de fotocópia ou eletrônico.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de agosto de 2015.

Assinatura:

---

*Dedico esse trabalho ao meu marido e único amor, **Edvan Andrade**, a quem sou imensamente grata por todo amor, incentivo e paciência.*

*Obrigada lindo, por ser a fonte de reforçadores positivos na minha vida!*

*Amo você para sempre!*

## **Agradecimentos**

*Primeiramente, agradeço a **Deus** e a **Nossa Senhora da Aparecida**, por me darem forças para agir de modo a conquistar meus objetivos pessoais e profissionais e por terem me ajudado a superar obstáculos e dificuldades ao longo desta jornada. Obrigada!*

***Gabi**, filho lindo e muito amado, como tenho que lhe agradecer pela sua paciência e compreensão de minha ausência, em muitos momentos da sua vida nesses dois últimos anos. Obrigada filho, obrigada pelo seu amor! Você me ajuda diariamente a ser uma pessoa melhor, mesmo sem saber... Meu amor por você é a minha maior fonte de inspiração e motivação para transformar momentos difíceis em grandes aprendizados. Amo você para sempre! Forever and Always!*

***Edvan**, amor... Impossível não me apaixonar todos os dias por você! Você é meu porto seguro, minha força, minha luz. Doze anos ao seu lado é um presente de Deus. Me encanto com a sua doçura, com sua alegria, com seu bom humor e otimismo inato. Você tem uma incrível habilidade de harmonizar nosso casamento e a nossa família com sua paz espiritual. Obrigada pela compreensão das minhas ausências, pelo apoio nos momentos difíceis e acima de tudo, por respeitar meu trabalho e por me incentivar sempre a me aperfeiçoar. Te amo lindo!!!*

***Eliana Boarati (Dora)**, irmã querida, suas frequentes mensagens de força, incentivo e otimismo neste período do mestrado, me fizeram sentir em companhia. Obrigada pela sua constante presença e pelo seu carinho, tão importante em momentos de exaustão. Te amo!*

***Miguel Boarati**, primo querido, pessoa incrível, que admiro cada dia mais. Obrigada por cuidar da minha saúde mental, tão fundamental para que eu sobrevivesse neste período de estresse diário e ao mesmo tempo prazeroso, que é o mestrado.*

***Luciane Marra e Patrícia Dognini**, amigas de todas as horas, minutos e dias. Quantas conversas, risos, choros, desabafos.... Obrigada queridas, por me resgatarem várias vezes dos momentos de angústia, de ansiedade, de exaustão, de desânimo. Obrigada pelo carinho, incentivo, torcida e amizade. Obrigada pela companhia nos assuntos turbulentos sobre filhos, escolas, futuro, profissão e muitos outros. A presença diária de vocês deixou meus dias mais leves!*

***Patrícia Poças**, obrigada amiga pelo carinho e pela grande ajuda em levar e trazer o Gabi nos treinos de futebol, enquanto eu me dedicava quase que exclusivamente na escrita deste trabalho.*

**Carlos Marra, Edvan Andrade, Grace Carapiá, Luciane Marra, Patrícia Poças e Samira Abdala**, obrigada queridos amigos pelo incrível dia de gravação das cenas de acomodação familiar. Como é bom ter a amizade de vocês! O Óscar de melhor atriz ficou para a revelação do ano, Grace Carapiá!

**Andrea Barberá e Rosana D´avilla**, amigas queridas, obrigada pela torcida e pela compreensão de minhas ausências.

**Paulo Eduardo da Silva**, grande companheiro de mestrado! Obrigada querido pelas trocas de conhecimentos, pelas conversas, pelos momentos divertidos que você nos proporcionou com seu humor e por toda a sua ajuda. Não houve um dia sequer que você não estivesse pronto a me ajudar, a conversar, a discutir ideias. Me sinto grata por sua amizade e feliz por seu ingresso no Doutorado. Arrase sempre!

**Luiza Schivek**, amiga, você sempre muito presente, muito querida, muito solícita em ajudar a todos do laboratório. Não poderia ter observadora melhor do que você, para me ajudar nas análises de concordância entre observadores dos meus registros. Obrigada querida!

**Isabella Debone, Luiza Schivek, Rafael Silveira e Renan Floriano**, que alegria os terem por perto! Amigos queridos, profissionais incríveis! Tive o privilégio de ter tido a companhia de vocês no mestrado e, hoje, tenho o privilégio de os terem como parceiros de profissão. Que possamos realizar muitos outros encontros clínicos para continuarmos trocando experiências de nossa prática clínica. Obrigada por terem cruzado meu caminho! Certamente meus pacientes também agradecem, rsrs.

**Juliana Castelo Branco, Laiz Furini, Luciana Domizio, Patrícia Azevedo, Meiriele Totti e Marcos Azoubel**, companheiras(o) de jornada. Obrigada pelos inúmeros momentos de trocas e orientações. Todos muito preciosos para mim.

**Carlos**, nosso anjo do laboratório de psicologia experimental, obrigada pela disponibilidade sempre imediata de dar orientações sempre que precisei.

Professores do PEXP: **Fani Malerbi, Mare Pereira, Monica Gianfaldoni, Nilza Micheletto, Nicolau Pergher e Paula Gioia**, grandes conhecedores do Behaviorismo Radical e Análise do Comportamento. Muita honra ter sido aluna de vocês, gratidão pelo imenso aprendizado. Muito obrigada!

**Fani Malerbi**, querida orientadora, são muitos os agradecimentos. Esta pesquisa não teria existido, não desta maneira fantástica, sem a sua experiência, sem os seus conhecimentos da análise do comportamento e em pesquisa, sem a sua praticidade em compilar os infinitos dados dessa coleta e acima de tudo, sem a sua presença quase que diária. Sou muito grata pelo seu envolvimento nesta pesquisa, que também é sua. Não houve um dia em que eu não pensasse “estou em débito com a Fani, preciso mandar o arquivo”, pois

*suas correções chegavam sempre no dia seguinte do envio. Reforço imediato! Obrigada pela sua paciência em ensinar uma principiante a fazer pesquisa, sem julgamentos e punições dos erros, falhas e dificuldades que tive ao longo deste processo. Feliz por tê-la como orientadora!*

**Ana Tereza Cerqueira e Paola Almeida**, obrigada por terem aceito meu convite, em fazer parte da minha banca de qualificação e defesa. As contribuições de vocês na qualificação foram muito importantes nesta pesquisa; muitas mudanças no método e procedimento foram feitas e o resultado desta pesquisa foi surpreendentemente positiva.

**Miriam Marinotti**, obrigada pelo acolhimento em momentos difíceis! Sua ajuda foi muito importante para que eu conseguisse manter minha saúde psicológica e dar qualidade a esta pesquisa.

**Regina Wielenska**, obrigada pela receptividade em ouvir meu pré-projeto de mestrado, por suas infinitas contribuições e pelos maravilhosos chocolates.

**ASTOC**, obrigada pela oportunidade de contatar familiares cadastrados na Instituição, para a participação na minha pesquisa.

**Roseli Schavitt**, coordenadora do Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC – IPq-HC-FMUSP), muito obrigada por ter me recebido com muito carinho no ambulatório, obrigada por acreditar na relevância de pesquisas qualitativas para o tratamento do TOC, por ter acolhido meu projeto de mestrado, por ter viabilizado a coleta no ambulatório e, especialmente, pelo convite de uma parceria no PROTOC. Estou muito feliz com a possibilidade de realizar novas pesquisas de intervenção analítico-comportamental no PROTOC e, também, por ter a oportunidade de trabalhar em equipe, com familiares-portadores do TOC.

**Marinês**, enfermeira do ambulatório PROTOC, sou imensamente grata pelo seu acolhimento, desde o dia em que cheguei no ambulatório até o término da minha coleta. Obrigada pela ajuda em convidar os familiares dos portadores a virem conversar comigo. Você foi a pessoa que iniciou a primeira fase desta pesquisa! Admiro seu trabalho e a forma como se relaciona com os pacientes e seus familiares, sempre com respeito, assertividade e doçura.

**Participantes desta pesquisa**, muito, muito, muito obrigada! Nunca, em 15 anos de profissão clínica, vi o TOC e a relação dos familiares-portadores de forma tão humana. O que aprendi com vocês transcende qualquer aprendizado teórico-técnico-profissional. Vocês me ensinaram que há outras formas de demonstrar amor por um filho. A mídia nos mostra gestos de amor de mãe muito diferentes dos que vi nesta pesquisa. Demonstrar amor com atitudes que agrada o filho e o faz bem é fácil e são maravilhosos para ambos; traz harmonia e paz para a relação e para a família. No entanto, demonstrar amor a

*um filho, com atitudes contrárias ao que ele deseja e solicita, em prol da saúde dele e, diante das recusas por “ajuda”, ver as reações emocionais do filho sem nada poder fazer, mostrou um significado de amor bastante diferente. Por amor aos seus filhos, vocês agiram com coragem, com determinação, enfrentando suas próprias dificuldades e sentimentos, diante das eliminações de cada uma de suas respostas de acomodação familiar. Obrigada minhas queridas, por acreditarem nas minhas orientações e por mostrarem a elasticidade e a profundidade do amor incondicional materno.*

**Pacientes queridos,** agradeço a cada um de vocês, a confiança que depositam em mim, terapeuta, e no meu trabalho. A cada atendimento realizado, aprendo algo novo sobre o ser humano e me humanizo mais. Obrigada pela oportunidade de ser modificada a cada encontro com vocês e de aprender um pouco mais o exercício da minha profissão. Se continuo atuando como psicóloga clínica é porque sou muito reforçada positivamente por vocês. Obrigada pelo carinho e pela torcida de que a intervenção feita neste trabalho gerasse bons frutos a todos.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>27</b>
Participantes .....	27
Díade 1 .....	28
Díade 2 .....	30
Díade 3 .....	32
Local de Coleta de Dados .....	35
Material .....	36
Variável Dependente .....	38
Delineamento .....	40
Procedimento .....	40
Entrevistas Iniciais .....	40
Pré-intervenção .....	41
Intervenção .....	42
Seguimento .....	46
Acordo entre Observadores .....	46
Considerações Éticas .....	46
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
Díade 1 .....	47
Pré-intervenção .....	47
Intervenção .....	49
Seguimento .....	54
Díade 2 .....	57
Pré-intervenção .....	57
Intervenção .....	60
Seguimento .....	65
Díade 3 .....	70
Pré-intervenção .....	70

Intervenção .....	76
Seguimento .....	82
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>102</b>
A. Entrevista Inicial com o Familiar .....	102
B. Entrevista Inicial com o Portador .....	104
C. Entrevista Final com o Portador .....	105
D. Termo de Consentimento Pós-Informação .....	106
E. Folha de Registro Diário do Familiar .....	108
F. Escala de Acomodação Familiar - FAS-IR .....	109
G. Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (YBOCS) .....	110

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> – Frequência diária das respostas ritualísticas de P1 que solicitavam a participação da mãe e das respostas de acomodação apresentadas por F1, em 56 dias de registros .....	50
<i>Figura 2</i> – Frequência diária das respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação da mãe e das respostas de acomodação apresentadas por F2, em 56 dias de registros .....	61
<i>Figura 3</i> – Frequência diária das respostas ritualísticas de P3 que solicitavam a participação da mãe e das respostas de acomodação apresentadas por F3, em 63 dias de registros .....	77

## LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1</i> – Respostas ritualísticas dos portadores que solicitam a participação das familiares e respostas de acomodação familiar para cada díade .....	39
<i>Tabela 2</i> – Frequência de respostas de acomodação e de episódios de TOC em que P1 solicitava a participação da mãe por dia registrados por F1 durante 13 dias de registros, na fase Pré-intervenção .....	47
<i>Tabela 3</i> – Frequência média diária das respostas ritualísticas de P1, nos 13 dias da fase de Pré-intervenção .....	48
<i>Tabela 4</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F1, registradas por essa familiar na fase Pré-intervenção .....	49
<i>Tabela 5</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F1, registradas por essa familiar na fase Intervenção .....	51
<i>Tabela 6</i> – Frequência média diária das respostas ritualísticas de P1 solicitando que sua mãe participasse, registradas por F1 no Seguimento .....	54
<i>Tabela 7</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F1, registradas por essa familiar no seguimento .....	55
<i>Tabela 8</i> – Frequência de respostas de acomodação e de respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação da mãe, por dia registrados por F2, durante 23 dias de registro na fase Pré-intervenção que durou 42 dias.....	58
<i>Tabela 9</i> – Frequência média diária das respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação de F2 na fase de Pré-intervenção em 23 dias registrados .....	59
<i>Tabela 10</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F2 registradas por essa familiar, na fase Pré-intervenção .....	60
<i>Tabela 11</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F2 registradas por essa familiar, na fase de Intervenção .....	63

<i>Tabela 12</i> – Frequência média diária das respostas ritualísticas de P2, registradas por F2 na fase de Seguimento .....	65
<i>Tabela 13</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F2, registradas por essa familiar na fase de Seguimento .....	66
<i>Tabela 14</i> – Frequência diária de episódios do TOC em que P3 solicitava a participação de seus familiares e de respostas de acomodação de cada familiar registradas por F3, na fase Pré-intervenção .....	70
<i>Tabela 15</i> – Frequencia média diária das respostas ritualísticas de P3 dirigidas aos seus familiares, nos 25 dias de registro da fase Pré-intervenção .....	72
<i>Tabela 16</i> – Frequencia média diária das diferentes respostas de acomodação dos familiares de P3, registradas por F3, na fase Pré-intervenção .....	74
<i>Tabela 17</i> – Frequência média diária das respostas ritualísticas de P3 dirigidas apenas a F3, nos 25 dias de registro da fase Pré-intervenção .....	75
<i>Tabela 18</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F3 dirigidas a P3, nos 25 dias de registro da fase Pré-intervenção .....	75
<i>Tabela 19</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F3 registradas por essa familiar, na fase de Intervenção .....	78
<i>Tabela 20</i> – Frequência média diária das respostas ritualísticas de P3, registradas por F3 na fase de Seguimento .....	83
<i>Tabela 21</i> – Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F3, registradas por essa familiar na fase de Seguimento .....	83

Boarati, L. (2015). *Efeitos de uma intervenção analítico-comportamental em familiares de portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo sobre a Acomodação Familiar. Dissertação de Mestrado*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Orientadora:** Fani Eta Korn Malerbi

**Linha de Pesquisa:** Desenvolvimento de metodologia e procedimentos tecnológicos em saúde em diferentes contextos institucionais.

### **Resumo**

A participação nos rituais do portador do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é frequentemente observada em familiares que mudam sua rotina, contribuindo para a manutenção e fortalecimento das respostas ritualísticas. Essa participação tem sido denominada Acomodação Familiar. De acordo com a perspectiva da Análise do Comportamento, tanto os comportamentos do portador do TOC quanto de seus familiares são controlados por variáveis ambientais em interação com o organismo. O presente estudo teve como objetivo avaliar um procedimento de intervenção dirigido a familiares com vistas a reduzir a acomodação familiar. Participaram três díades compostas de adultos portadores de TOC e suas mães. Antes de se aplicar o procedimento de intervenção foram realizadas entrevistas separadamente com os dois participantes de cada díade, com o objetivo de fazer um levantamento dos rituais apresentados pelos portadores e das respostas de acomodação familiar. Em seguida, foram realizados encontros semanais entre a pesquisadora e as mães durante 12 a 14 semanas. As mães foram instruídas a registrar diariamente as respostas ritualísticas de seus filhos que solicitavam sua participação e se haviam atendido a essas solicitações ou não. Estes registros permitiram que se estabelecesse uma ordem das respostas de acomodação familiar em termos de sua frequência diária da menor para a maior. Depois de explicar para as mães como seus comportamentos poderiam estar mantendo as respostas ritualísticas de seus filhos, a pesquisadora instruiu as mães para que começassem a deixar de atender (Extinção) as solicitações de participação nos rituais nas situações que ocorriam menos frequentemente (supostamente mais fáceis de eliminar) e simultaneamente reforçassem diferencialmente qualquer outra classe de respostas diferente da ritualística (DRO). Durante a intervenção, a cada encontro, a pesquisadora analisava os registros trazidos pelas mães e ao perceber que estas haviam seguido as instruções de colocar em Extinção as solicitações de participação nos rituais e reforçar outras respostas dos filhos, fornecia-lhes elogios. Uma vez eliminada uma classe de respostas de acomodação (avaliada pelos registros diários das mães), a pesquisadora instruída as mães para que deixassem de atender a solicitação de participação no próximo ritual dos filhos, seguindo a ordem de menor para maior frequência. Nos encontros semanais, a pesquisadora também pôde

analisar junto com as mães as principais dificuldades enfrentadas na tarefa de deixar de apresentar as respostas de acomodação e fornecer orientação de como agir nas situações cotidianas. A análise da concordância entre a pesquisadora e uma avaliadora independente realizada em 30% dos registros indicou um acordo geral de 90,57%. Os resultados mostraram que embora as classes de respostas ritualísticas e de acomodação das três díades fossem muito diferentes entre si, houve eliminação da maioria das respostas de acomodação apresentadas pelas três mães. Paralelamente, observou-se também uma redução nas solicitações dos portadores de TOC dirigidas às suas mães para que participassem de seus rituais. Uma avaliação realizada 21 dias após o término da intervenção (seguimento) mostrou que duas das três mães mantiveram a eliminação completa das classes de respostas de acomodação abordadas na intervenção. A terceira mãe apresentou a eliminação completa de duas classes de respostas de acomodação, diminuiu a frequência média diária de uma classe de respostas de acomodação e manteve a mesma frequência média diária de outra classe em comparação com última semana da intervenção. Concluiu-se que a acomodação familiar pode ser alterada pelo fornecimento de informações sobre o seu papel na manutenção das respostas ritualísticas do portador de TOC associado com instruções para o familiar colocar em extinção as solicitações para participar dos rituais e a liberação de reforços sociais para a mudança de comportamento do familiar.

**Palavras-chaves:** análise do comportamento, acomodação familiar, comportamento obsessivo-compulsivo, instruções.

Boarati, L. (2015). Effects of intervention analytic-behavior on parents of patients with disorder Obsessive Compulsive about family accommodation. Master thesis. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Advisor:** Fani Eta Korn Malerbi

**Research Line:** Development of methodology and technological procedures on health in different institutional contexts.

### **Abstract**

Participation in rituals is often observed in relatives of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) patients. Family members change their routine, contributing to the maintenance and the strengthening of ritualistic responses. This participation has been called Family Accommodation. According to the perspective of Behavior Analysis, both the behaviors of OCD patients as of their relatives are controlled by environmental variables. This study aimed to evaluate a family-directed intervention procedure in order to reduce family accommodation. The subjects were three dyads of adults patients with OCD and their mothers. Before the intervention procedure, interviews were performed separately with the two participants from each dyad, in order to screening the patients' rituals and the mothers' accommodation responses. Then, weekly meetings were held between the researcher and the mothers for 12 to 14 weeks. Mothers were instructed to record the daily rituals demanding their participation and if they had adhered to them or not. These records allowed the researcher to establish an order of family accommodation responses according to their frequency, from the lowest to the highest ones. After explaining to mothers how their behavior could be maintaining the ritualistic responses of their offsprings, the researcher instructed them not participate in rituals (Extinction) that occurred less often (supposedly easier eliminating) and to differentially reinforce any other class of responses (DRO). During the intervention, at each meeting, the researcher analyzed the records brought by mothers and if she realized that mothers had followed the instructions to extinguish the rituals and reinforce their offsprings' other responses, she provided them with praise. Once one class of accommodation responses was eliminated (measured by daily records of mothers), the researcher instructed the mothers to extinguish the next ritual following the order from low to high frequency. In weekly meetings, the researcher could also review with mothers the main difficulties faced in extinguishing the accommodation responses and provide guidance on how to act in everyday situations. The analysis of the agreement conducted in 30% of records between the researcher and an independent evaluator indicated a general agreement of 90.57%. The results showed that although the ritualistic and the accommodation responses presented by the three dyads were very different, mothers succeeded to eliminate most of their accommodation responses. At the

same time, there was also noted a reduction in requests from the OCD patients directed their mothers to take part of their rituals. An assessment carried out 21 days after the end of the intervention (follow-up) showed that two of the three mothers kept the complete elimination of their accommodation responses addressed in the intervention. The third mother presented the complete elimination of two classes of accommodation responses, decreased the average frequency of one class of accommodation responses and maintained the frequency of another class as that presented at the last week of the intervention. It was concluded that family accommodation can be changed by providing information on its role in maintaining the ritualistic responses of OCD patients associated with instructions for family to extinguish the rituals and by social reinforcement of family behavior change.

**Keywords:** behavior analysis, family accommodation, obsessive-compulsive behavior, instructions.

Os chamados transtornos mentais são geralmente diagnosticados pela presença de critérios apresentados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), que descrevem um conjunto de comportamentos considerados característicos para cada tipo de transtorno clínico. O diagnóstico, costumeiramente realizado por médicos psiquiátricos, considera principalmente os aspectos topográficos dos comportamentos e o desenvolvimento dos sintomas (frequência, intensidade, magnitude, tempo).

Um estudo epidemiológico sobre transtornos psiquiátricos, feito por Viana e Andrade (2012) teve como objetivo estimar a prevalência, idade de início, distribuição por sexo e idade e identificar fatores correlacionados à morbidade psiquiátrica na região metropolitana de São Paulo. Foram entrevistados 5.037 adultos com mais de 18 anos. A prevalência de pelo menos um transtorno mental ao longo da vida foi de 44,4% e o risco estimado de apresentar um transtorno psiquiátrico aos 75 anos de idade foi de 57,7%. De acordo com as autoras, estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em vários países, utilizando metodologia comparável, mostraram que nos EUA a prevalência de distúrbios mentais é a mais alta (47,4%), seguida pelo Brasil (44,4%), Nova Zelândia (39,3%), Colômbia (39,1%), França (37,9%) e Ucrânia (36,1%).

Viana e Andrade (2012) também verificaram que entre os transtornos psiquiátricos identificados nos participantes do seu estudo, os transtornos de ansiedade e os transtornos de humor foram os mais comuns, sendo que a depressão maior, as fobias e o abuso de álcool foram os mais prevalentes. Fobias específicas e os transtornos do controle de impulsos tiveram idade de início mais precoce em comparação com o transtorno de humor. As mulheres apresentaram taxas mais elevadas de transtorno de humor e de ansiedade e os homens de transtornos relacionados ao uso de substâncias, como álcool e drogas e de transtornos de conduta. Esse estudo detectou a presença do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) em 6,7% dos participantes. As variáveis ambientais de desenvolvimento dos transtornos mentais, encontradas nesse estudo, estão relacionadas à vida urbana, uma vez que níveis mais altos de morbidade psiquiátrica foram associados às más condições de vida em grandes centros urbanos, à privação social, à faixa etária da população com

início precoce na maior parte dos transtornos avaliados, ao setor censitário, à baixa escolaridade (principalmente em transtornos decorrentes do uso de álcool e de drogas) e à exposição a eventos traumáticos violentos ao longo da vida.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM-5), **TOC** é um transtorno mental e crônico, que nesta última edição do manual está classificado em uma nova categoria chamada de Transtornos Obsessivo-Compulsivos Relacionados (“obsessive-compulsive related disorders”). De acordo com o DSM-5, o TOC é definido pela presença de obsessões e/ou compulsões. Esse manual caracteriza as **obsessões** como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento. O portador de TOC tenta suprimir ou ignorar as obsessões, ou neutralizá-las com outro pensamento ou ação. As obsessões podem ser categorizadas como: (1) obsessões de conteúdo de agressão, sexo ou religião; (2) obsessões de simetria e/ou ordenação; (3) obsessões de limpeza e contaminação e (4) obsessões de colecionismo.

As **compulsões** são definidas pelo DSM-5 por comportamentos repetitivos evidentes como lavar as mãos, organizar, verificar, colecionar, etc., ou privados como orar, contar ou repetir palavras em silêncio, trocar um pensamento “mau” por um pensamento “bom”, apresentar imagens de agressividade, etc., em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas. Esses comportamentos supostamente visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou evitar algum evento temido. Entretanto, esses comportamentos não parecem ter uma conexão realista com o que supostamente visam evitar ou são claramente excessivos. As compulsões podem ser categorizadas nas seguintes dimensões: (1) limpeza (lavar compulsivo das mãos, do corpo, do cabelo, escovar compulsivamente os dentes, etc.); (2) verificação, conferência e reasseguramento (verificar repetidas vezes a tranca das portas, o acendedor do fogão, conferir repetidamente uma informação, etc.); (3) ordenação e arrumação (enfileirar objetos, arrumar compulsivamente de acordo com critérios próprios); (4)

contagem (contar um determinado número de vezes, contar coisas, contar números ímpares, etc.) e (5) simetria e lateralidade (arrumar objetos, encostar em coisas de forma simétrica, etc.).

Torres, Shavitt, Miguel, Rosário, Mathis, Braga, Chacon, Fontenelle, Gonzalez, Hoexter, Hounie, Mastroso, Perin, Petribu, Prado, Quarintini, Velloso e Andrada (2009) fizeram uma revisão da literatura sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e verificaram que muitos indivíduos com TOC apresentam um fenômeno comum chamado de “fenômeno sensorial”, que é caracterizado por sensações ou percepções físicas desconfortáveis que precedem ou acompanham as respostas ritualísticas. A revisão também identificou ser bastante comum os portadores apresentarem crenças distorcidas, que constituem vieses no modo como os portadores interpretam algumas situações aversivas, relacionadas ou não às obsessões e compulsões. De acordo com esses autores as distorções cognitivas mais comuns apresentadas pelos portadores de TOC são: (1) avaliação exagerada dos riscos (os portadores superestimam a gravidade das consequências e da probabilidade de que eventos negativos aconteçam); (2) responsabilidade exagerada (os portadores acreditam que precisam impedir situações negativas, como doenças, acidentes, desastres ou danos); (3) valorização excessiva de pensamentos e a necessidade de controlá-los (os portadores acreditam ter o poder de provocar ou impedir acontecimentos negativos futuros, acreditam que pensar num evento inaceitável aumenta as chances deste acontecer, o que gera a necessidade de fazer rituais para neutralizar esses pensamentos ou impedir que algo ruim aconteça); (4) necessidade de controlar o pensamento e o efeito “urso branco” (os portadores tendem a exercerem um controle completo sobre pensamentos, imagens e impulsos intrusivos, e acreditam que isto é possível. No entanto, tentar afastar ou suprimir pensamentos ou imagens provoca o efeito paradoxal de aumentar a intensidade e a frequência do pensamento ou da imagem que desejam afastar ou eliminar); (5) valorização da necessidade de ter certeza (acreditam ser possível ter certeza absoluta em relação ao presente e ao futuro), e (6) perfeccionismo (os portadores acreditam existir a solução perfeita para cada problema e acreditam que seus erros, mesmo que pequenos, têm sérias consequências).

As crenças dos portadores de TOC têm sido caracterizadas por vários autores, como por exemplo Cordioli (2014), em: 1) *insight bom ou razoável* (o portador reconhece que suas crenças relacionadas ao TOC definitivamente ou provavelmente não são verdadeiras ou que elas podem ser ou não verdadeiras); 2) *insight pobre* (o portador considera que suas crenças relacionadas ao TOC são provavelmente verdadeiras); e 3) *insight ausente* (o portador está completamente convencido de que suas crenças relacionadas ao TOC são verdadeiras). De acordo com Cordioli (2014) as crenças do portador podem variar quantitativamente e geralmente melhoram com o tratamento.

Segundo o DSM-5, a prevalência internacional do TOC está entre 1,1% a 1,8% da população geral. De acordo com o DSM-5, a prevalência do TOC varia nas diversas faixas etárias, sendo o sexo feminino mais afetado pelo transtorno quando comparado ao sexo masculino na idade adulta. O Manual também destaca que o TOC se desenvolve mais comumente na infância e que, em geral, o sexo masculino apresenta mais precocemente o distúrbio que o sexo feminino. Segundo esse Manual, o TOC que teve início na infância ou na adolescência pode permanecer durante a vida inteira, porém em 40% dos casos pode ocorrer a remissão até o início da idade adulta.

Um estudo de prevalência do TOC realizado no Brasil por Oliveira, Silva, Teles e Machado (2012) mostrou que aproximadamente 2,5% da população, ou seja, cerca de uma em cada 40 pessoas são portadores de TOC, e destas, 10% ficam gravemente incapacitados pela doença.

Com relação ao desenvolvimento e evolução do TOC, o estudo de Mathis et al. (2012), realizado com 1.001 adultos brasileiros portadores de TOC, apontou que esse distúrbio está associado a eventos marcantes que ocorrem no desenvolvimento da criança. Em 58% dos portadores entrevistados pela autora, o TOC havia começado antes dos 10 anos de idade, porém a autora observou que nestes casos, os sintomas obsessivo-compulsivo não foram os primeiros a se manifestarem e sim o medo de ficar longe dos pais ou de casa (transtorno de ansiedade de separação). Somente aos 12 e 13 anos de idade, os sintomas do TOC surgiram para esses portadores.

O DSM-5 aponta que há diferenças dos sintomas do TOC nas diferentes faixas etárias. Segundo o Manual, na idade adulta o sexo feminino tem maior probabilidade de apresentar sintomas na dimensão da limpeza e o masculino, nas dimensões dos pensamentos proibidos e de simetria.

Os estudos de Geller, Biederman, Jones, Park, Schwartz, Shapiro et al. (1998), Andrade, Walters, Gentil e Laurenti (2002), Fontenelle, Mendlowicz e Versani (2003) e Mathis, Rosário, Diniz, Torres, Shavitt, Ferrão et al. (2008) (*apud* Torres et al., 2009) mostraram que o TOC que se inicia precocemente na infância está associado a um maior número de comorbidades (transtornos de ansiedade, como de separação e fobia social), maior número de obsessões e compulsões, ocorrendo mais compulsões que obsessões, à maior gravidade dos sintomas, à maior frequência de fenômenos sensoriais e à maior proporção de compulsões de limpeza, contagem, tocar/esfregar. Esses estudos também mostraram que em crianças ou em adultos, que tiveram início precoce do TOC, frequentemente as compulsões precedem cronologicamente as obsessões.

Segundo o DSM-5 mais da metade dos indivíduos adultos com TOC desenvolve algum outro transtorno psiquiátrico ao longo da vida e as comorbidades mais encontradas são: (1) transtorno de ansiedade (76%); (2) transtorno depressivo ou bipolar (63%), sendo o mais comum o transtorno depressivo maior com 41%; (3) transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo (variação de 23 a 32%); e (4) transtorno de tique (30%). Em crianças, as comorbidades mais frequentes são: (1) transtorno da ansiedade de separação; e (2) fobia social.

Um estudo realizado por Torres et al. (2011) que pretendeu avaliar as taxas de suicídio em portadores de TOC, na cidade de Botucatu/SP, realizado com 582 brasileiros portadores de TOC, revelou que 36% desses pacientes relataram que já tinham apresentado o pensamento de tirar a própria vida, 20% já tinham planejado se matar e 11% tentaram suicídio. A autora constatou também que o risco de planejar ou tentar cometer suicídio era mais alto entre os pacientes, que além do TOC, apresentavam outro tipo de transtorno mental, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de controle do impulso.

Quanto à etiologia do TOC, o DSM-5 aponta fatores como a genética e fisiologia do portador (presença do distúrbio em parentes de primeiro grau, em gêmeos monozigóticos e dizigóticos e por disfunção no córtex); o fator ambiental (abuso físico e sexual na infância e outros eventos estressantes ou traumáticos); e o fator “temperamental” do portador (sintomas internalizantes, afetividade negativa e inibição do comportamento na infância).

Miguel (2008) salientou a necessidade de investir em tratamentos para evitar que o TOC se instale, em vez de esperar sua manifestação, para então tratar os sintomas. O autor considera necessário identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do TOC, intervir precocemente e evitar, assim, que os indivíduos com genética favorável ao desenvolvimento desse transtorno, desenvolvam o TOC ao longo da sua vida. O autor desenvolveu um projeto no Instituto Nacional da Psiquiatria do Desenvolvimento, em 2008, no qual propõe como estratégia de prevenção ao desenvolvimento do TOC, cuidar da saúde mental e física das grávidas e das crianças, uma vez que, segundo ele, há indícios de que o TOC é uma doença do neurodesenvolvimento.

### **Modelos de Tratamento para o TOC**

De acordo com Torres, Shavitt, Miguel, Fontenelle, Diniz, Belotto, Braga, Cordioli, Diniz, Rosário, Ferrão, Gomes, Hounie, Lopes, Meyer, Raffin e Andrada (2011), o tratamento do TOC baseia-se em intervenções farmacológica, psicológica e educacional.

#### **Tratamento Farmacológico**

De acordo Torres et al (2011) o tratamento farmacológico usual do TOC, chamado de primeira linha, consiste de medicamentos inibidores da recaptção de serotonina (IRS), de antidepressivos que incluem os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e da clomipramina (tricíclico).

Ferrão et. al. (2007) apontam que a ausência de respostas positivas ao tratamento medicamentoso pode estar relacionada a quatro fatores: (a) o uso de medicações que não de primeira linha; (b) o emprego de doses insuficientes; (c) o uso por tempo insuficiente; e (d) as características biológicas

do portador que podem modificar a farmacocinética das drogas e prejudicar sua eficácia.

Torres et. al. (2011) ressaltam que a resposta do organismo ao tratamento farmacológico não é imediata, e que a melhora nos sintomas costuma ser percebida após um mês de tratamento medicamentoso e quando não há melhoras neste período, é necessário aumentar a dose do remédio até a máxima recomendada e aguardar 12 semanas antes de tentar outro medicamento. Quando a melhora é parcial ou nula, é necessário aguardar até seis semanas com a dose máxima do medicamento para depois trocar por outro.

O'Connor, Aardema, Robillard, Guay, Pélissier, & Todorov, et al. (2006) enfatizam que não se deve esperar remissão completa dos sintomas do TOC apenas com o tratamento farmacológico, fazendo-se necessário associar a psicoterapia e intervenções educativas com os familiares dos pacientes com TOC.

### **Tratamento Psicológico**

A revisão realizada por Torres et al. (2011) apontou que o tratamento psicológico para o TOC pode ocorrer em formato individual ou em grupo. Esses autores salientaram que a terapia em grupo permite que os participantes compartilhem suas experiências relacionadas aos problemas decorrentes dos sintomas de TOC e propicia uma coesão grupal. Também enfatizaram a aprendizagem social que decorre da observação do comportamento dos demais participantes na terapia em grupo. Para Torres et al. (2011) a terapia individual tem as vantagens de adaptar-se aos sintomas e às condições pessoais de cada paciente, visto a diversidade de expressão dos sintomas de cada portador [tipos de obsessões e compulsões, frequência, duração e intensidade dos sintomas], além de ser mais flexível quanto a horários e número de sessões, embora tenha um alto custo financeiro.

Na modalidade de terapia individual para o tratamento do TOC, Salkovskis (1999) e Cordioli et al. (2002) recomendam a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) que emprega técnicas como a correção de crenças

disfuncionais, experimentos comportamentais e reavaliação das probabilidades de risco, e a Terapia Comportamental (TC) que geralmente utiliza a técnica da Exposição com Prevenção de Resposta (EPR) e a análise funcional das classes de resposta.

A EPR é um procedimento que submete o portador repetidas vezes a exposições prolongadas às situações que provocam intenso desconforto e ansiedade, de forma imaginária ou ao vivo, de forma gradual e de modo que os estímulos que produzem sofrimento leve e moderado são enfrentados antes dos mais perturbadores. As exposições podem durar de 45 minutos a 2 horas, cada. Quando há um contato prolongado e repetitivo com um estímulo ansiogênico, gradativamente ocorre uma diminuição da ansiedade diante do mesmo estímulo e o fenômeno chamado habituação (Salkovisk, 1999; Riggs & Foa, 1999).

A EPR coloca o portador do TOC em contato com situações, objetos ou com o próprio pensamento obsessivo, sempre de forma gradativa e contínua, até surgir o efeito da habituação e, conseqüentemente, a redução do sintoma obsessivo ou compulsivo relacionado ao estímulo ansiogênico, ao qual o portador foi exposto.

Foa et al. (2005) realizaram um estudo randomizado com três grupos de portadores do TOC, sendo que o primeiro grupo recebeu apenas o tratamento farmacológico (clomipramina), o segundo recebeu o tratamento farmacológico associado à técnica EPR e o terceiro grupo apenas a EPR. Os resultados mostraram que a modalidade de maior eficácia foi a forma individual de EPR, em que 86% dos portadores do grupo tratados apenas com EPR obtiveram melhoras nos sintomas, em seguida os portadores do grupo de associação da terapia farmacológica com EPR (79% de melhora) e por último, com 48% de melhora, o grupo de portadores que receberam apenas o tratamento farmacológico. Os autores chamam a atenção para os fatores associados com uma pobre adesão à técnica EPR, como a presença de depressão moderada e grave, crítica prejudicada, transtorno de personalidade esquizotípica, sintomas de colecionismo e a falta de motivação para a realização das tarefas da EPR.

Segundo Skinner (1953/1974), para que o terapeuta possa compreender, prever e controlar o comportamento de seu paciente é necessário identificar as variáveis ambientais responsáveis pela sua instalação e manutenção. Para Skinner (1953/1974) o comportamento está sob o controle do ambiente atual e passado do indivíduo que se comporta. Segundo esse autor, as respostas que os indivíduos apresentam produzem alterações no ambiente que, por sua vez, modificam o indivíduo alterando a probabilidade de que respostas semelhantes venham a ocorrer no futuro. Esta caracterização do comportamento chamado operante envolve dois elementos: (a) a produção de alterações no ambiente e (b) a sensibilidade a essas alterações (Andery & Sérgio, 2009).

O comportamento de um indivíduo não só altera o seu ambiente, mas é também afetado pelas alterações que ocorrem neste mesmo ambiente. A natureza dos eventos aos quais o indivíduo é sensível depende da sua espécie e das experiências ambientais únicas durante a sua história de vida (Johnston & Pennypacker, 1993).

As contingências de reforçamento consistem nas relações de dependência entre eventos ambientais e comportamentais e envolvem a interação entre três eventos: (a) a situação na qual a resposta ocorre; (b) a própria resposta; e (c) as consequências que esta resposta produz no ambiente.

De acordo com perspectiva da Análise do Comportamento, para se compreender os comportamentos apresentados por portadores de transtornos mentais, é fundamental que contingências de reforçamento sejam identificadas e analisadas. Desta forma, o analista do comportamento avalia como insuficiente a análise topográfica das respostas apresentadas pelos portadores de transtornos mentais, para realizar seu trabalho terapêutico e considera que esta deve ser complementada com a análise das contingências responsáveis pela instalação e manutenção do transtorno do paciente e com a análise funcional de seus comportamentos. O tratamento do portador de TOC não pode ser resumido a aplicações de técnicas, precisa ser personalizado para cada paciente e para o ambiente em que ele vive (Zamignani & Andery, 2005).

Segundo Wielenska (2001), as contingências de reforçamento que descrevem o comportamento de portadores de TOC envolvem principalmente o reforçamento negativo. No reforçamento negativo, ocorre o fortalecimento de respostas que têm como consequência o adiamento, a suspensão ou a eliminação de estímulos aversivos. Para essa autora, a manutenção e o fortalecimento das obsessões e das compulsões do portador do TOC estão relacionadas a uma diminuição da ansiedade ou da angústia [estímulos aversivos] que ocorre em seguida à apresentação dos rituais [reforçamento negativo], permitindo que o portador tenha breves momentos de bem-estar. Porém, posteriormente, frente a um crescente desconforto [estímulos pré-aversivos ou aversivos], os mesmos rituais [respostas de fuga e esquiva, caracterizadas por compulsões] retornam cada vez mais elaborados, gerando novamente um alívio daqueles sentimentos.

Segundo Wielenska (2001), após a realização da análise funcional das respostas obsessivo-compulsivas do paciente e também empregando a técnica EPR, o terapeuta analítico-comportamental deve, no momento de alívio relatado pelo portador, propor que o mesmo apresente respostas alternativas aos seus rituais. Afirma a autora, que se o portador correr os riscos que as respostas ritualísticas supostamente evitam, expondo-se à situação supostamente aversiva, poderá assegurar-se de que os riscos não são reais. Essa autora ainda ressalta que esta exposição gera subprodutos como, por exemplo, emoções intensas produzidas pela forma não-obsessiva de contato com o mundo, ou seja, estas exposições aos estímulos temidos colocam o portador numa situação em que ele próprio deverá avaliar a realidade de seus medos, desconfortos físicos, perigos ou ameaças reais presentes no ambiente. Ela considera importante que o terapeuta analítico comportamental incentive o portador a enfrentar tais exposições, para que ele possa apresentar comportamentos apropriados, e deixar de empregar os recursos patológicos utilizados com o objetivo de se sentir bem. Com os progressos da exposição, o portador poderá descobrir que o forte sofrimento desaparece lentamente sem a apresentação de seus rituais.

## **Tratamento Educacional**

Calvocoressi et al. (1995) e Steketee (1997) afirmam que o TOC, em geral, interfere no funcionamento familiar, levando os membros da família a modificar suas rotinas em função dos sintomas do portador.

De acordo com Calvocoressi et al. (1995) em 88,2% dos casos de TOC há a participação da família nos sintomas do TOC.

Para Guedes (2001) quando os familiares do portador de TOC não têm as informações relevantes sobre o TOC, apresentam ações pouco ou nada adequadas, as quais podem intensificar e manter os rituais do portador, uma vez que, neste cenário, os comportamentos dos familiares costumam ser inconsistentes e intermitentes, ou seja, em alguns momentos a família atende as solicitações do portador, participando direta ou indiretamente de seus rituais [acomodação familiar], em outros momentos ignora tais solicitações e, em outras ocasiões pune o comportamento do portador. De acordo com essa autora, este padrão comportamental da família acaba sendo responsável pela manutenção e pelo fortalecimento dos rituais do portador tornando-os resistentes à extinção.

Murray-Swank e Dixon (2004) consideram que as intervenções educativas realizadas com os portadores do TOC, e especialmente com seus familiares, são importantes, visto ser comum as pessoas desconhecerem as diversas manifestações dos sintomas do TOC, sua etiologia e os tipos de tratamento. Esses autores pontuam que a educação de pacientes e familiares facilita a aceitação do tratamento do TOC e o engajamento de todos os envolvidos no processo terapêutico do portador (farmacológico e psicoterápico).

Estudando o envolvimento familiar no tratamento do TOC, Murray-Swank e Dixon (2004) e Renshaw, Steketee e Chambless (2005) concluíram que os familiares de portadores de TOC, ao se envolverem no tratamento, também se beneficiam, pois passam a compreender melhor o transtorno e suas causas e aprendem estratégias efetivas para manejar os sintomas do paciente. De acordo com os autores, quando os familiares aprendem como se comportar

com seu membro portador de TOC, para de reforçar os comportamentos compulsivos e colaboram efetivamente com o tratamento do portador.

Segundo Meyer e Delitti (1997) numa relação familiar os indivíduos frequentemente oferecem consequências para o responder de cada um dos elementos do grupo familiar. Essas autoras consideram que além de oferecer informações e instruções sobre o TOC, o terapeuta analítico comportamental familiar deveria intervir em situações que envolvem problemas familiares ou em situações em que o comportamento-problema de um membro da família afeta negativamente os demais, de modo que todos da família possam identificar as contingências de reforçamento.

Segundo Glenn (2004) o comportamento de um indivíduo é parte do ambiente que afeta o comportamento de outro indivíduo. A autora destaca que em contingências deste tipo, denominadas por ela de contingências entrelaçadas, o que uma pessoa faz tem dupla função: produz consequências e funciona como ambiente para que outros indivíduos se comportem, ou seja, uma vez que o indivíduo funciona como ambiente social para outro indivíduo as alterações no responder de um produz mudanças no responder do outro. Esta análise de Glenn é demasiadamente importante para a compreensão do funcionamento familiar, e dos comportamentos de todos os integrantes da família.

Para Zamignani e Andery (2005) a análise funcional do comportamento é o instrumento do terapeuta analítico comportamental que o auxilia a identificar a função que a compulsão pode ter adquirido tanto para o portador do TOC quanto para os seus familiares. A partir dessa análise, segundo os autores, é possível traçar um plano de intervenção envolvendo a família para alterar esta dinâmica em benefício de todos.

Banaco (2012) considera que uma forma do portador do TOC tentar resolver seus comportamentos-problema [obsessões e compulsões] é iniciar um processo psicoterapêutico com seus familiares. Segundo Banaco, o portador não está sozinho neste processo [tratamento do TOC], pois os resultados das intervenções realizadas sobre seu repertório comportamental afetam pessoas com as quais ele se relaciona e, em função disto, o repertório

destas pessoas será modificado a partir das mudanças em seu repertório. A proposta da terapia analítico-comportamental para o portador do TOC, segundo esse autor, é que seus familiares participem do tratamento, uma vez que por servirem de ambiente para o portador, podem contribuir para a modificação de seus comportamentos. Se os familiares identificarem os reforçadores que podem liberar e aplicá-los como consequências para as respostas incompatíveis aos rituais do portador (reforçamento diferencial de outras respostas - DRO), estarão contribuindo para a instalação e fortalecimento de um novo repertório comportamental. Os efeitos emocionais que acompanham a retirada de reforçadores podem ser atenuados se o portador continuar a receber dos familiares reforços contingentes às respostas adequadas. Banaco também aponta para a necessidade de o terapeuta deixar claro para os familiares que os comportamentos novos [adequados] do portador serão apresentados no início do tratamento com menor frequência [na dinâmica familiar] que as respostas ritualísticas, por terem menor história de reforçamento.

### **Acomodação Familiar (FA)**

Diversos autores têm pesquisado o envolvimento dos familiares nos rituais apresentados pelo portador do TOC e denominam este envolvimento de acomodação familiar. Trata-se de um conjunto de comportamentos apresentados pelos familiares de pacientes com TOC, que participam dos rituais, direta ou indiretamente, ajudando o portador a seguir as regras rígidas que o TOC o impõe.

Muitos estudos têm apresentado dados que indicam que a acomodação familiar pode ser um fator de manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos (Calvocoressi et al., 1995; Cooper, 1996; Guedes, 1997; Steketee & Van Noppen, 2003; Ramos-Cerqueira et al., 2008; Albert et al., 2010; Ferrão & Florão, 2010; Torres et al., 2011; Lebowitz, Panza, Su, Bloch, 2012; Gomes et al., 2014; Pardue et al., 2014; Thompson-Hollands, Abramovitch, Tompson & Barlow, 2015).

De acordo com Torres et al. (2011), os comportamentos mais frequentemente apresentados por familiares considerados acomodação familiar

incluem: (1) responder com reasseguramento às dúvidas do portador; (2) esperar que o portador complete os rituais obsessivos-compulsivos; (3) obedecer às exigências ou imposições que o portador os impõem; e (4) assumir as responsabilidades do portador.

Diferentes métodos têm sido utilizados para avaliar a acomodação familiar com o objetivo de conhecer suas dimensões, variáveis de controle, tipos, efeitos e intervenções terapêuticas para a redução deste fenômeno.

Calvocoressi et al. (1995) desenvolveram um instrumento de avaliação deste envolvimento que recebeu o nome de Escala de Acomodação Familiar (FAS), reeditada por ele e por outros autores em 1999. A versão de 1995 foi traduzida para o Português e adaptada por Guedes para o nosso meio (Guedes, 1997) e a versão de 1999 foi traduzida e adaptada para o português por Gomes et al. (2010) recebendo o nome FAS-IR. Um questionário clínico com questões estruturadas elaboradas pelos pesquisadores e a Escala FAS têm sido os instrumentos mais utilizados em estudos que envolvem os familiares de portadores do TOC e a Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown - Y-BOCS (Goodman et al., 1989) tem sido escolhida pela maioria dos pesquisadores para avaliar a frequência dos sintomas dos portadores.

### **Pesquisas Empíricas sobre Acomodação Familiar**

Cooper (1996) avaliou a participação ativa da família nos rituais obsessivo-compulsivos e os efeitos desta participação na dinâmica familiar. Além da FAS, aplicou em 225 familiares um questionário com 10 itens relacionados às características da família, ao comportamento mais incômodo de seu parente com TOC, aos recursos que os familiares recorreram para auxiliá-los no cuidado dos portadores e aos tipos de preocupações com seus entes portadores. Os resultados da FAS mostraram que a acomodação ocorreu em 90% dos familiares com relato de modificação na sua vida social e pessoal, muitos tendo assumido a responsabilidade pelos cuidados do portador de TOC (76%), com queixa de discórdia conjugal (69%), de redução de tempo de lazer (64%) e de ocorrência de problemas financeiros (62%). Com relação aos distúrbios mais incômodos associados aos sintomas obsessivo-compulsivos, os

familiares citaram depressão (90%), ruminções obsessivas (86%) e respostas ritualísticas (82%). Os familiares também relataram que procuravam ajuda em parentes e na religião (80%), em amigos, em leituras, em aulas e em workshops sobre como lidar com os sintomas do portador (79%) e em grupos de apoio (71%). As preocupações mais comuns dos familiares relacionavam-se com o que aconteceria com seu parente no futuro (47%), com a forma como os portadores lidavam com sua própria doença (32%) e com a hipótese de que os portadores não poderiam aproveitar a vida em função de seus sintomas (29%). Cooper (1996) destacou que o ambiente doméstico e a presença dos familiares são variáveis importantes no TOC, visto que as obsessões e compulsões ocorrem geralmente em casa, envolvendo a presença e/ou a participação dos familiares. Uma descoberta importante no seu estudo foi o grande número de portadores que estavam desempregados e residindo com seus familiares (66%) - um provável fator associado às dificuldades financeiras da família.

Guedes (1997) realizou um estudo para analisar possíveis relações entre a severidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, a intensidade do envolvimento de familiares nos comportamentos relacionados ao TOC e a extensão das alterações no cotidiano da família. O estudo ainda teve como objetivo a adaptação, para o Brasil, da FAS. Participaram 26 pacientes (14 a 62 anos de idade) e seus familiares (29 a 63 anos de idade). Além da FAS e da Escala Y-BOCS (Goodman e col, 1990; adaptação brasileira, 1992), a autora utilizou uma ficha, para que fossem registradas informações pessoais sobre os participantes e os resultados das escalas, como também realizou uma entrevista inicial com cada paciente e familiar. Os resultados indicaram que todas as famílias estudadas apresentaram algum grau de acomodação familiar e a ocorrência da participação dos familiares nos rituais dos portadores, atingiram níveis de intensidade semelhantes entre os participantes (graus de intensidade proposto na escala FAS, utilizada pela autora neste estudo: nenhum (0 pontos), leve (1 a 9 pontos), moderado (10 a 19 pontos), grave (19 a 27 pontos) e extremo (28 a 36 pontos)). Com relação à alteração na vida cotidiana dos familiares em decorrência dos sintomas obsessivo-compulsivos, a autora observou que esta concentrou-se nos graus menores de acomodação familiar. O estudo de Guedes mostrou uma correlação moderada entre a

severidade dos comportamentos obsessivo-compulsivos e a acomodação familiar, assim como uma correlação moderada entre o tempo de convívio diário da família com o portador e o grau de acomodação. Outro resultado identificado neste estudo é que o tipo de compulsão limpeza foi o que mais apresentou uma relação direta com o fenômeno da acomodação familiar.

Com o objetivo de testar a hipótese de que a gravidade do TOC está associada com níveis elevados de acomodação familiar, com a sobrecarga percebida pelos cuidadores e com o sofrimento emocional, Ramos-Cerqueira et al. (2008) realizaram um estudo com 50 portadores de TOC e seus familiares. Os portadores e familiares com comorbidades psiquiátricas graves, transtornos psicóticos, demência ou retardo mental foram excluídos do estudo. Para investigar a presença dessas comorbidades, os autores aplicaram um questionário Self-Report Questionnaire – SRQ (Harding, Arango & Baltazar, 1980) e para avaliar a sobrecarga subjetiva percebida pelos familiares, os autores aplicaram o questionário Zarit Burden Interview – ZBI (Sczufca, 2002; Zarit, Reever & Paterson, 1980). Esses autores aplicaram nos portadores a Escala Y-BOCS, com o objetivo de avaliar os sintomas obsessivo-compulsivos e nos familiares, a Escala FAS. A maior parte dos familiares considerou sua própria saúde como regular, ruim ou muito ruim (60%), sendo que apenas 31% deles consideraram-na boa ou muito boa. Setenta e seis por cento dos familiares relataram que apresentavam sofrimento moderado, grave ou muito grave associado aos cuidados dos portadores e à gravidade do TOC. A análise dos dados obtidos pela FAS mostrou que 90% dos familiares relataram algum grau de acomodação familiar (40% leve, 26% moderada, 16% grave, 8% muito grave), associada com a gravidade do TOC.

Por pressuporem que os conteúdos obsessivos, os tipos de compulsões e a intensidade dos sintomas do TOC poderiam ser variáveis importantes e definidoras do grau de acomodação familiar, Ferrão e Florão (2010) realizaram um estudo cujo objetivo era avaliar os níveis de acomodação familiar e o criticismo percebidos pelos portadores, as dimensões e a gravidade do TOC. Quarenta e nove pacientes com TOC e seus respectivos familiares participaram do estudo. Com os portadores foi realizada uma entrevista clínica para investigar a presença de transtornos psiquiátricos graves, foi aplicada a

Escala Dimensional dos Sintomas Obsessivos-Compulsivos de Yale-Brown – DYBOCS (Leckman et al., 1997, traduzida e revisada por Rosário-Campos et al., 2006) para avaliar as dimensões do TOC, a Escala de Criticismo Percebido (Steketee & Van Noppen, 2003) auto aplicada, referente à percepção que o portador tem de seus sintomas obsessivo-compulsivos e a Escala Y-BOCS. Os familiares foram submetidos à Escala FAS, que demonstrou para a grande maioria a ocorrência da acomodação. Os resultados também indicaram a existência de uma correlação entre a acomodação familiar e os sintomas do TOC e sua intensidade. De acordo com os autores, a resposta agressiva do portador frente à recusa do familiar em envolver-se com seus rituais pode reforçar negativamente a manutenção das respostas de acomodação dos familiares e a distorção da percepção do portador em relação aos seus sintomas, chamada pelos autores de “pouco juízo crítico” é um preditor de uma má resposta ao tratamento. Segundo esses autores “com pouco juízo crítico”, o portador opõe-se a ser tratado e sem tratamento os sintomas ficam mais graves. A maior gravidade dos sintomas é acompanhada de um maior nível de acomodação familiar que está associada à presença de desgaste e estresse na família.

Com o objetivo de identificar a ocorrência diária, o tipo de respostas de acomodação familiar e as possíveis variáveis controladoras deste fenômeno, Albert et al. (2010) estudaram 141 pacientes com TOC e seus familiares, excluindo os familiares com qualquer transtorno psiquiátrico. A Escala FAS foi aplicada nos familiares, demonstrando a ocorrência diária da acomodação familiar, altamente prevalente entre os membros da família, semelhante ao resultado da pesquisa de Cooper (1996) realizada 18 anos antes. As práticas diárias de acomodação mais comuns relatadas pelos familiares foram a prestação de garantias (47%), o fornecimento de ajuda para o portador evitar coisas que poderiam fazer sentirem-se mais ansiosos (43%), a participação nos comportamentos compulsivos (35%) e a modificação na rotina pessoal e familiar (20%). Todas essas práticas foram associadas com o relato de um grande sofrimento pelos familiares, sendo que 65% dos familiares relataram níveis moderados de desconforto emocional. Outro resultado importante foi a observação de que a idade de início dos sintomas e a evolução do TOC não

foram associados com a ocorrência da acomodação familiar, assim como não foram associados com a idade, gênero e parentesco dos membros da família. Houve uma correlação negativa entre o nível de acomodação e a qualidade de vida percebida pela família. Esses autores sugeriram que o medo que os familiares sentem de o portador agir com agressividade quando eles se recusam a acomodar-se às solicitações do portador é também uma variável associada à acomodação.

Em outro estudo, Torres, Hoff, Padovani e Ramos-Cerqueira (2012) tiveram o objetivo de avaliar as dimensões específicas da sobrecarga emocional em familiares cuidadores de portadores do TOC, tentando correlacioná-las com as características dos cuidadores (estado de saúde, morbidade psicológica, etc.). Além disso, tiveram o objetivo de verificar se existe correlação entre o nível de acomodação familiar e os sintomas do portador e as características clínicas do TOC (idade de início, curso, gravidade, tratamento anterior, pensamento e planos de suicídio, outros). Participaram 47 portadores de TOC, que responderam a um questionário clínico e à Escala Y-BOCS e seus familiares que foram submetidos às Escalas ZBI, SRQ e a FAS. O TOC iniciou-se tardiamente em 36,2% dos pacientes, em fase intermediária em 34% deles e precocemente em 29,8%. Os sintomas do TOC foram caracterizados como flutuantes<sup>1</sup> para 63,8% portadores e estáveis ou piorando para 36,2%. Ter sido submetido a tratamento psiquiátrico ou psicológico anterior foi relatado por 66% portadores, a ocorrência de pensamentos suicidas por 53,2% e a existência de planos de suicídio por 19%. A maioria dos familiares (87,2%) residia com os portadores (51,1% eram cônjuges, 40,4% pais e 8,5% filhos). Cinquenta e sete por cento dos familiares relataram que recebiam auxílio da família para cuidar do portador e 38,3% disseram apresentar problemas físicos de saúde. Não foram identificadas associações entre a sobrecarga emocional dos familiares e o sexo do portador ou qualquer variável clínica do TOC (idade de início, tratamento anterior, pensamentos ou planos suicidas). A sobrecarga subjetiva percebida pelos familiares através do ZBI foi associada com a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos e com

---

<sup>1</sup> Flutuante, nesta pesquisa, significa que os sintomas obsessivo-compulsivos são instáveis, ou seja, oscilam em frequência e gravidade.

o nível de acomodação familiar, ocorrendo níveis mais elevados de acomodação nos cônjuges dos portadores. Houve correlação positiva entre a gravidade dos sintomas e o nível de acomodação familiar. Observou-se que a acomodação familiar pode aumentar a sobrecarga emocional dos familiares, especialmente os sentimentos de irritação e intolerância.

De acordo com Gomes et al. (2014) a acomodação familiar, se ignorada, pode intensificar os sintomas do TOC e levar a pior prognóstico. Ela tem sido reconhecida na literatura como uma variável determinante do resultado do tratamento do TOC. Com o objetivo de examinar a prevalência da acomodação familiar, os seus tipos, as variáveis sócio-demográficas relacionadas a este fenômeno e a relação destas com os sintomas do TOC, os autores avaliaram 114 familiares e seus parentes com TOC. Os portadores foram submetidos a uma entrevista clínica estruturada, a Escala Y-BOCS e a Escala OCI-R (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir, 1998) para avaliar a gravidade dos sintomas do TOC. Os familiares foram submetidos à Escala FAS-IR. Identificou-se a presença de acomodação familiar independentemente da idade ou do sexo dos portadores e dos familiares, porém houve maior ocorrência de acomodação nos cônjuges dos portadores. A hipótese dos autores é de que os cônjuges podem sentir-se mais responsáveis pelo bem-estar de seu parceiro(a) e serem, assim, mais protetores. A maioria dos familiares acomodava os sintomas dos pacientes pelo menos uma vez por semana (98,2%) e a prevalência da acomodação diária era bastante alta (69,3%). Os comportamentos envolvidos na acomodação familiar mais comuns foram: tolerar os comportamentos do portador do TOC (86%), proporcionar tranquilidade ao portador (65,8%), modificar a rotina familiar (63,2%), abster-se de fazer ou dizer qualquer coisa (58%), modificar a rotina pessoal (56%), participar das compulsões (54%), facilitar compulsões (52%), esperar que o portador cumpra o ritual antes de sair de casa (48%), ajudar nas atividades (45%), assumir responsabilidades do portador (35%) e observar os rituais (30%). Houve correlação positiva entre a ocorrência e o nível da acomodação e a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. Para Gomes et al. (2014) a acomodação familiar surge como uma estratégia de alívio imediato e temporário quando os membros da família se

tornam cansados e sobrecarregados de viver sob as condições problemáticas e cronicamente estressantes impostas pelos sintomas obsessivo-compulsivos.

De modo geral, os resultados destas pesquisas indicam a necessidade de intervenções terapêuticas com o portador do TOC e, especialmente para seus familiares, visto que tais pesquisas demonstraram uma correlação positiva entre a frequência e gravidade dos sintomas do TOC e o fenômeno da acomodação familiar e uma correlação negativa entre a gravidade dos sintomas do TOC e a saúde ou qualidade de vida dos familiares. É possível supor que a redução no nível de acomodação familiar possa reduzir a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, além do ganho de outros benefícios para a família. Esta perspectiva tem incentivado a realização de pesquisas de intervenção com o propósito de desenvolver estratégias terapêuticas eficazes, tanto para reduzir os sintomas do portador quanto para diminuir o nível de acomodação familiar.

### **Intervenções Dirigidas para Reduzir a Acomodação Familiar**

Vários estudos apresentaram intervenções que tinham o objetivo de reduzir a acomodação da família de portadores do TOC.

Van Noppen, Steketee, McCorkee e Pato (1997) avaliaram os efeitos de 12 semanas de tratamento comportamental envolvendo dois grupos de pacientes adultos com TOC, o grupo de tratamento comportamental (GBT) com 17 pacientes e o grupo de tratamento comportamental com familiares (MFBT) com 19 pacientes e seus familiares. Os portadores foram submetidos à Escala Y-BOCS antes e depois da intervenção e os familiares à Escala de Avaliação da Família - FAD (Miller, Epstein, Bishop, & Keitnel; 1985). Os pacientes do grupo GBT receberam informações sobre os sintomas do TOC, leram um livro de auto ajuda, indicado pelo terapeuta, para facilitar o aprendizado a respeito do TOC e para aprender como enfrentar seus sintomas. O terapeuta solicitou aos pacientes uma lista hierárquica de situações temidas e todos foram expostos ao procedimento de EPR. Estas exposições foram escolhidas pelos portadores e ensaiadas nas sessões com os demais membros do grupo, que ouviam as dificuldades e superações de cada portador. Os pacientes recebiam como tarefa de casa exporem-se às situações temidas. Os portadores do grupo

MFBT foram submetidos às mesmas condições de tratamento do grupo GBT, porém com a diferença de que tinham seus familiares envolvidos durante todo o período da terapia, participando conjuntamente com os portadores das exposições. O foco da intervenção familiar era psicoeducativa, em que o terapeuta discutia o envolvimento dos familiares nos sintomas dos portadores e os efeitos deste envolvimento. Os familiares também foram treinados a apresentar novos comportamentos para que pudessem agir adequadamente frente aos sintomas do portador, especialmente nas exposições (EPR). Foi solicitada aos familiares a leitura de um livro sobre TOC, indicado pelo terapeuta, e os familiares foram incentivados a não permitir que os portadores se isolassem socialmente. A gravidade dos sintomas dos portadores, avaliada pela Escala Y-BOCS, não apresentou diferenças significativas na fase pré-intervenção entre os membros de ambos os grupos. Diferentemente, na fase pós-intervenção, os escores desta Escala apontaram maior redução dos sintomas obsessivo-compulsivos para os membros do grupo MFBT. A pontuação na FAD na fase de pré-intervenção foi a mesma para os familiares de ambos grupos, porém houve maior redução da acomodação familiar na fase de pós-intervenção para o grupo MFBT.

A pesquisa de Grunes, Neziroglu e McKay (2001) comparou o envolvimento e o não envolvimento da família no tratamento do portador do TOC. A hipótese dos autores era de que uma intervenção psicoeducativa de oito semanas dirigida aos familiares, associada com o procedimento terapêutico EPR empregado com os portadores refratários (seis meses de tratamento sem resultados), poderia aumentar a eficácia do procedimento EPR e reduzir os sintomas obsessivos-compulsivos em comparação à intervenção dirigida apenas aos portadores. Dois grupos de portadores de TOC, 14 em cada grupo, foram submetidos à intervenção EPR individualmente. Quatorze participantes foram alocados em um grupo que teve um familiar envolvido no processo terapêutico (grupo experimental) e quatorze portadores foram submetidos apenas à técnica EPR sem o envolvimento dos familiares (grupo controle). Os portadores de ambos os grupos foram observados individualmente pelos terapeutas responsáveis pela intervenção e foram novamente observados no seguimento (um mês após o término da

intervenção). Nos portadores foi aplicada a Escala Y-BOCS e nos familiares a Escala FAS, antes e após a intervenção. Todos os familiares do grupo experimental participaram de oito semanas de intervenção psicoeducativa, e foram instruídos a dar apoio e a auxiliar os portadores no enfrentamento das exposições. O comportamento-alvo do portador para o procedimento da EPR foi determinado em cada caso. Estes familiares receberam instruções para não participarem dos sintomas obsessivo-compulsivos do portador com o objetivo de reduzir a acomodação familiar e para enfrentarem os conflitos no relacionamento com os portadores. Os resultados mostraram que os portadores cujos familiares participaram do tratamento (grupo experimental) tiveram 26% de redução nos sintomas do TOC contra apenas 9% de redução apresentada pelos portadores cujos familiares não participaram do tratamento (grupo controle). Já os resultados da acomodação familiar revelaram que os familiares submetidos à intervenção psicoeducativa (grupo experimental) apresentaram maiores reduções nas respostas de acomodação do que os familiares que não receberam intervenção psicoeducativa e tais resultados foram mantidos no período de seguimento.

Com o objetivo de investigar a associação entre a acomodação familiar e a evolução do TOC e o efeito de um tratamento terapêutico sobre essa acomodação, Merlo, Heather, Lehmkuhl, Geffken e Storch (2009) realizaram uma pesquisa com 49 portadores de TOC jovens (6-18 anos de idade) que já haviam participado de um estudo anterior. No estudo de Merlo et al. (2009), os jovens participantes foram submetidos a 14 sessões de terapia semanal com a participação de seus familiares. Os portadores responderam à Escala de Avaliação dos Sintomas Obsessivo-Compulsivo Infantil – CY-BOCS (Scahill et al., 1997) e seus pais à Escala FAS, no pré e pós tratamento. As sessões duravam 90 minutos e focavam na exposição com prevenção de resposta (EPR), fornecendo instruções e treinamento para os pais sobre o procedimento de exposição e sobre a redução da acomodação familiar. Os trabalhos de casa envolveram exercícios de exposições para os jovens e os limites de ajuda possível dos pais na manifestação dos sintomas dos filhos. Para 88% dos familiares observou-se uma redução das respostas de acomodação e esta diminuição associou-se com a evolução e redução dos sintomas do TOC. De

acordo com os autores, crianças com sintomas mais graves geralmente exibem maiores taxas de incapacidade funcional e por isso é possível que o aumento da acomodação familiar seja um resultado das tentativas de minimizar o sofrimento da criança e auxiliar no seu funcionamento diário. A hipótese dos autores é de que os pais se tornam angustiados por verem seus filhos sofrerem e assim tentam ajudá-los envolvendo-se nos seus sintomas.

Com o objetivo de examinar o efeito de dois tipos de intervenção terapêutica sobre a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos, Piacentini et al. (2011) realizaram um estudo com portadores de TOC jovens (8 a 17 anos). Nesse estudo, os autores também pretenderam avaliar os efeitos de dois tipos de intervenção psicoeducativa dirigida aos familiares sobre a redução da acomodação familiar. Quarenta e nove portadores de TOC foram submetidos à técnica EPR e seus familiares a uma intervenção familiar (FCBT) e 22 portadores fizeram relaxamento muscular enquanto seus familiares recebiam orientações (PRT). Os portadores do TOC participaram de 12 sessões de terapia ao longo de 14 semanas com seus respectivos pais. Os pacientes foram submetidos à Escala CY-BOCS e os familiares à Escala FAS. A intervenção para a díade portador-familiar do grupo FCBT consistiu em duas sessões iniciais com o portador e seus pais nas quais o principal foco era o fornecimento de informações sobre TOC, a ênfase na importância do tratamento, a criação de uma hierarquia dos sintomas do portador e a implementação de um sistema de recompensas liberadas pelos familiares pela participação dos portadores no procedimento de EPR. Nas sessões seguintes, a primeira hora foi utilizada para explicar as próximas exposições e o tempo restante foi dedicado a uma abordagem psicoeducativa dirigida aos familiares, cujo objetivo era reduzir os sentimentos de culpa, promover o aumento da adesão ao tratamento e explicar a importância da participação deles no tratamento. Pretendia-se ajudar os pais a não se envolverem nos sintomas do portador, promover padrões mais adequados de interação familiar e abordar a prevenção de recaídas e manutenção dos ganhos terapêuticos. Um manual de tratamento com técnicas (não descritas), foi dado aos pais, contendo também alternativas de ações e exemplos para idades diferentes. A intervenção para a díade portador-familiar do grupo PRT diferiu do grupo FCBT apenas no treino

da técnica de relaxamento muscular com os portadores e seus pais e por não haver nenhuma instrução dirigida aos pais a respeito de como agir com os sintomas do portador ou como lidar com o impacto destes sintomas no funcionamento familiar. Os resultados mostraram que a redução dos sintomas de TOC (medidos pela Escala CY-BOCS) dos portadores e das respostas de acomodação nos familiares foi maior no grupo FCBT do que no grupo PRT.

A literatura tem apontado que os cônjuges de portadores do TOC apresentam maiores níveis de acomodação familiar quando comparados a outros membros da família, o que contribui para piores respostas ao tratamento do TOC. Abramowitz et al. (2012) realizaram uma pesquisa com 3 casais, compostos por um membro portador do TOC e o outro não. Foi aplicada nos portadores a Escala Y-BOCS, antes e após intervenção, e aos cônjuges um questionário clínico com o objetivo de investigar as respostas de acomodação, as estratégias usuais do casal para o enfrentamento do TOC e os problemas de relacionamentos. Os portadores foram submetidos ao procedimento de EPR e os casais a uma intervenção psicoeducativa focada em técnicas específicas para resoluções de conflitos conjugais, não somente relacionada ao TOC, e para a redução da acomodação familiar. Cada casal participou simultaneamente de 16 sessões com duração de 90 - 120 minutos, uma vez por semana. Em todas as sessões os casais receberam orientações e treinamento das exposições que o portador deveria realizar em seu ambiente natural, com a participação de seus cônjuges. O objetivo era ensinar os parceiros a ajudar os portadores a se exporem às situações temidas e a tolerarem a ansiedade até sua diminuição, em vez de se envolverem com os sintomas do portador ou fugir destas situações. Os cônjuges também foram orientados a elogiar os portadores após as exposições e a incentivá-los a novas exposições. O terapeuta explicou o fenômeno da acomodação e seus efeitos no tratamento do portador. Os resultados indicaram uma melhora importante no relacionamento dos casais, adquirida pelo aprendizado de resoluções de conflitos e por novas experiências positivas no relacionamento, e uma diminuição das respostas de acomodação e dos sintomas obsessivo-compulsivos do portador.

Em resumo, níveis mais baixos de acomodação familiar têm sido associados com a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos apresentados pelo portador do TOC. Lebowitz, Panza, Su e Bloch (2012) e Cherian et al. (2014) ressaltam que o fenômeno da acomodação familiar precisa ser mais pesquisado e intervenções mais desenvolvidas e analisadas.

O estudo de Thompson-Hollands, Abramovitch, Tompson e Barlow (2015) teve como objetivo desenvolver uma intervenção psicoeducativa voltada para adultos portadores do TOC e seus familiares para reduzir a acomodação familiar. Participaram 18 pacientes com TOC (idade média de 35 anos) e seus familiares (idade média de 41 anos), escolhidos pelos portadores entre aqueles que moravam na mesma casa. Os pacientes foram divididos em dois grupos: um grupo recebeu apenas o tratamento individual padrão de exposição com prevenção de resposta (EPR) e o outro grupo recebeu o mesmo tratamento individual com EPR além de seu familiar ser submetido à intervenção psicoeducativa. Todos os pacientes receberam em média 17 sessões de tratamento. Os familiares foram randomizados em dois grupos para receber ou não a intervenção coadjuvante com os portadores, que consistiu em duas sessões de psicoeducação e treinamento de habilidades para redução da acomodação familiar. A primeira parte da intervenção com os familiares consistiu de duas semanas nas quais ocorria uma explicação sobre o TOC, sobre a técnica de EPR, sobre a acomodação familiar e sobre seus efeitos nos sintomas obsessivo-compulsivos, eram fornecidas orientações de como reduzir a acomodação, de como dizer isso aos portadores, de como reagir diante de prováveis reações comportamentais dos portadores. A segunda parte da intervenção consistiu de duas sessões, realizadas duas semanas após o início do tratamento de EPR, nas quais os familiares eram treinados na resolução dos problemas, planejavam-se novas condutas com os portadores e resolviam-se eventuais dúvidas sobre as novas abordagens com os portadores. Os portadores não participaram das sessões com seus familiares. Os instrumentos de medidas utilizados para avaliar o nível de acomodação familiar foi a Escala de Acomodação Familiar – FAS (Calvocoressi et al., 1999) e para avaliar os sintomas obsessivo-compulsivos foi a Escala de Avaliação Obsessivo-Compulsivo II Yale-Brown – Y-BOCS-II (Storch, Rasmussen, et al.,

2010). Os resultados mostraram que os familiares do grupo controle mantiveram 78% do nível de acomodação, medido na linha de base, enquanto os familiares do grupo experimental apresentaram uma redução de 37% do nível de acomodação, após terem recebido a intervenção.

### **Objetivo da Pesquisa**

O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção comportamental em familiares de adultos portadores com TOC no enfraquecimento das respostas de acomodação familiar.

## Método

### Participantes

Foram realizadas 24 entrevistas com familiares que acompanhavam os portadores de TOC na consulta com o psiquiatra no Serviço de Ambulatório do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (PROTOC) do Instituto de Psiquiatria – IPq-HCFMUSP, entre novembro de 2014 e fevereiro de 2015. Importante salientar que apenas os portadores de TOC são atendidos pelo serviço de Psiquiatria, enquanto os familiares aguardam na sala de espera.

Foram convidados a participar da presente pesquisa três díades compostas por um adulto portador de TOC com rituais compulsivos e um familiar que apresentava acomodação familiar. **Os critérios de inclusão dos familiares** nesta pesquisa foram: (1) ter disponibilidade para encontros semanais com a pesquisadora por um período de 16 semanas; (2) ter um familiar adulto portador de TOC, diagnosticado de acordo com o CID-10 ou DSM-5, apresentando rituais compulsivos; (3) apresentar episódios de acomodação familiar confirmados pela Escala FAS-IR e Entrevista Inicial realizada pela pesquisadora; (4) ter a idade mínima de 18 anos; e (5) residir na mesma casa que o portador. **Excluíram-se os familiares** que cuidavam de outro membro da família, que apresentassem demência, psicose ou retardo mental, investigado na Entrevista Inicial realizada pela pesquisadora.

**Os critérios de inclusão dos portadores** do TOC nesta pesquisa foram: (1) ser portador adulto do TOC com compulsões, diagnosticado de acordo com o CID-10 ou DSM-5, por um psiquiatra do PROTOC; (2) envolver ou ter envolvido o familiar nos sintomas do TOC (acomodação familiar); (3) ter a idade mínima de 18 anos; (4) residir com o familiar participante; (5) declarar que aceitava que o familiar participasse da pesquisa, após ser informado que o objetivo do estudo era orientar o seu familiar a respeito dos comportamentos obsessivo-compulsivos. Foi utilizado como **critério de exclusão dos portadores** apresentar comorbidades psiquiátricas graves, exceto depressão, (demência, psicose, retardo mental), investigado na Entrevista Inicial realizada pela pesquisadora.

As díades selecionadas foram denominadas: Díade 1 (Portador 1 + Familiar 1), Díade 2 (Portador 2 + Familiar 2) e Díade 3 (Portador 3 + Familiar 3).

### **Díade 1: P1 + F1**

**P1** é do sexo feminino e tem 27 anos de idade. Segundo a portadora, não trabalha, é solteira, não conversa muito com a mãe e com os familiares que moram com ela, especialmente sobre o TOC, costuma ficar em casa assistindo TV na maior parte do dia, tem poucos amigos, diz ser dependente da mãe para pegar e preparar os alimentos, para sair de casa, como ir ao supermercado, farmácia, shopping, terapia e consulta no Hospital das Clínicas (HC). Relata ter recebido o diagnóstico de TOC aos 21 anos de idade, apresentando na época sintomas obsessivo-compulsivos de mexer em sequência os braços, a cabeça e o corpo, na cama e antes de dormir, “para evitar acontecimentos ruins” (sic) e pensar obsessivamente que após as refeições teria que se lavar, pois o contrário a tornaria uma pessoa feia. É paciente do PROTOC há 2 anos, tendo apresentado melhora nos sintomas obsessivo-compulsivos e nos sintomas da depressão com os medicamentos e terapia em grupo no HC, a qual participa desde junho de 2014, segundo relato da portadora na entrevista. A portadora relatou que os episódios ritualísticos compulsivos atuais são: (1) ao acordar olhar para a parede do quarto e mexer nos cabelos e na sequência balançar a cabeça para cima, para baixo, para o lado direito e esquerdo três vezes, (2) abrir e fechar a porta do banheiro três vezes antes de entrar, (3) descer e subir as escadas de casa três vezes, antes das refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), (4) comer alimentos que são preparados em uma panela específica, utilizada apenas para preparar a sua comida, (5) não retirar a louça suja da mesa, após as refeições, para colocá-las em cima da pia [nojo de restos de comida], (6) sentar e levantar da cadeira três vezes, antes de iniciar as refeições, (7) alimentar-se sentada olhando para a parede, (8) comer os alimentos usando talheres, copo e prato separados dos demais utensílios da casa, (9) depois de se alimentar, ir ao banheiro e fazer o ritual de lavar as mãos três vezes, para então realizar outras atividades, (10) colecionar embalagens de shampoo e condicionador, (11) picar papel higiênico, (12) pegar sempre o último objeto da prateleira do

supermercado, (13) evitar olhar nos olhos dos familiares, (14) não usar roupas de cor amarela, (15) só usar suas roupas que foram lavadas separadamente das roupas dos seus familiares, e (16) pedir para a mãe pegar e guardar bebidas e alimentos, armazenados numa gaveta específica da geladeira. Relatou que as compulsões que mais a incomodam é ir ao banheiro (média de quinze vezes por dia) e não olhar nos olhos das pessoas, exceto os da mãe. Acrescentou gostar de passear no shopping, comprar roupas, viajar, comer fora, sempre na companhia da mãe e gostar de fazer artesanato.

**F1** é mãe de P1, 67 anos, dona de casa, viúva, 4 filhos, sendo a portadora a filha caçula e única com TOC. Segundo F1, ela e a filha não costumam conversar sobre o TOC, porque P1 não gosta de falar a respeito por já ter dito uma vez a mãe que ela não compreende sua doença. De acordo com o relato da mãe, as suas respostas de acomodação ocorrem há sete anos, diariamente, várias vezes ao dia, sem a necessidade de a filha pedir, exceto o comportamento de pegar e guardar bebidas e comidas na geladeira, que ocorre em resposta à solicitação de P1, para que a mãe armazene seus alimentos em uma gaveta separada na geladeira e pegue e guarde estes alimentos na geladeira. Os demais comportamentos de acomodação apresentados por F1 ocorrem em resposta a solicitações que P1 apresentou no passado. São eles: (1) lavar a roupa da filha separadamente das demais roupas da família, (2) cozinhar alimentos em uma panela específica, usada apenas para preparar a comida dessa filha, (3) lavar a louça (talheres, copo e prato) da filha com bucha de louça específica, (4) tirar a louça suja da mesa, após as refeições, e colocar em cima da pia, (5) guardar a louça da filha em local separado das demais louças, (6) pegar e guardar bebida e comida da filha na geladeira, em uma gaveta separada dos demais alimentos da casa. Segundo a mãe, o episódio que mais a incomoda é pegar e guardar bebidas e alimentos na geladeira, que ocorre em média seis vezes por dia. Relata que nunca recusou atender os pedidos da filha e nunca deixou de apresentar as respostas de acomodação, iniciadas há sete anos atrás. A mãe contou que observa em silêncio a filha executar os rituais compulsivos diariamente, pois no passado, interrompê-la deixava-a irritada, ansiosa e fazia com que ela iniciasse novamente os rituais (sic). A mãe relatou que gosta de caminhar, mas não

pratica nenhuma atividade física. Disse sentir tontura, cansaço e dor nas costas, mas não procura atendimento médico, não faz exames e não fica muito tempo fora de casa, devido às necessidades diárias da filha. Acrescentou que não costuma receber pessoas em casa, nem familiares, porque a filha não gosta e, quando isso ocorre, a filha se isola no quarto até a visita ir embora. Diz se preocupar com P1 porque há três anos a filha não sai de casa sozinha, apenas em sua companhia. Relatou nunca ter procurado ajuda para entender o TOC e para saber como se comportar com a filha.

### **Díade 2: P2 + F2**

**P2** é do sexo masculino e tem 32 anos de idade. Segundo o portador, é graduado em administração, trabalha, é solteiro, pratica esportes (futebol uma vez por semana e academia três vezes na semana), é vocalista de uma banda de rock. Relata ter recebido o diagnóstico do TOC aos 18 anos de idade, apresentando sintomas obsessivo-compulsivos de colocar as roupas para lavar após passar perto de cachorro e de mendigo, lavar-se muito no banho para evitar contaminações de doenças, verificar frequentemente o corpo para ver se havia sintomas de algum tipo de doença, evitar beijar, namorar e ter relações sexuais, por medo de ser contaminado e contrair AIDS, coçar o corpo todo quando tinha pensamentos obsessivos de estar com o corpo sujo e fazer trocas mentais com Deus, oferecendo a vida de alguém próximo em troca de receber algo importante no momento (vitória do time de futebol, não ficar doente, não ser contaminado, ganhar o jogo no computador). É paciente do PROTOC há 5 anos, relata ter apresentado melhoras nos sintomas obsessivo-compulsivos e nos sintomas depressivos, com os medicamentos e terapia no Paradigma, que frequenta desde abril de 2014, tendo já participado no HC, por 6 meses, de terapia de exposição as compulsões (EPR), em grupo. Relata ter tido melhora significativa nas compulsões de lavagem, especialmente nos rituais de lavagem no banho. De acordo com o portador, as respostas ritualísticas compulsivas atuais são: (1) fazer trocas mentais com Deus para conseguir o que deseja, (2) rezar e pedir a Deus que não atenda seus pedidos, após ter feito a troca mental, fazendo o sinal da cruz diversas vezes durante a reza (3) examinar o corpo todo quando pensa obsessivamente que está com alguma doença, o que faz com que procure médicos e faça exames, (4) coçar o corpo todo quando

pensa obsessivamente que está sujo, (5) lavar as mãos quatro vezes, sempre que toca em seus sapatos e objetos caídos no chão, (6) perguntar para a mãe se ela está bem, pessoalmente ou por telefone, várias vezes ao dia, principalmente depois de fazer as trocas mentais com Deus, (7) pedir para a mãe dormir com ele no mesmo quarto ou no mesmo colchão, colocado na sala, (8) pedir para a mãe que não saia sozinha de casa, por pensar obsessivamente que algo ruim possa acontecer com ela, (9) conversar muito com a mãe com o propósito de obter confirmação de que seus pensamentos estão corretos (pensamentos obsessivos mais frequentes sobre religião, Deus e doença), (10) abraçar e beijar a mãe todas as vezes que tem algum pensamento de que algo ruim possa acontecer com ela, quando a percebe triste, quando trocas com Deus, etc. P1 afirmou que a compulsão que mais o incomoda é fazer as trocas mentais com Deus, gastando com isso uma média de 3 horas no dia, especialmente quando essas trocas envolvem a mãe. Relatou gostar de jogar na internet, de assistir filmes, de jogar futebol, de compor e ouvir músicas, de cantar, de fazer shows com sua banda, de sair para passear com a mãe. Disse não ter muitos amigos e que sai raramente com eles.

**F2** é mãe de P2, 61 anos, dona de casa, viúva desde Julho de 2014, dois filhos, sendo P2 o mais velho e único da família com TOC. De acordo com F2 os seus comportamentos de acomodação ocorrem há bastante tempo (há mais ou menos 15 anos). Disse que após o falecimento do marido (que ocorreu quatro meses antes da data da entrevista inicial), tais comportamentos aumentaram muito de frequência e intensidade e que atualmente ocorrem várias vezes ao dia, todos os dias. Acredita que esta intensificação ocorreu em respostas ao aumento dos pensamentos obsessivos de P2, especialmente quando faz trocas com Deus. Contou que no dia em que seu marido faleceu, P2 ligou várias vezes para ele porque havia feito a troca com Deus (o qual envolveu a morte do pai), e teve muitos pensamentos de que algo ruim havia acontecido com ele e que estaria morto, o que se confirmou à noite. Segundo a mãe, os seus comportamentos de acomodação são: (1) responder às perguntas que o filho lhe faz, várias vezes ao dia e de formas variadas, com o propósito de confirmar se os seus pensamentos sobre religião, Deus e doença estão corretos, (2) corresponder aos abraços e beijos do filho, todas as vezes

que ele lhe diz que pensava que ela não estava bem emocionalmente ou fisicamente, quando o filho lhe diz estar triste com a ausência do pai, após ter feito a troca com Deus (envolvendo a morte da mãe), etc. (3) responder ao filho que ela está bem, todas as vezes que ele pergunta pelo telefone ou pessoalmente, com o propósito de tranquilizá-lo, (4) dormir com o filho no mesmo quarto ou no mesmo colchão na sala. De acordo com o relato da mãe, a resposta de acomodação que mais lhe incomoda é demonstrar e dizer ao filho que está bem frequentemente. Segundo a mãe, o filho disse querer acabar com a própria vida, se a mãe ou a irmã falecerem. A mãe também relata nunca ter se recusado a atender aos pedidos do filho, pois percebe que ao fazê-lo ele fica menos ansioso e agitado. A mãe disse acreditar que agindo assim ele voltará a se sentir seguro e que com o passar do tempo estes pedidos cessarão. Segundo a mãe, ela costuma conversar bastante com o filho, quando ele está apresentando as respostas de compulsão, na tentativa de acalmá-lo e convencê-lo a parar. Acrescentou que trabalhava como voluntária conselheira da saúde, num posto de saúde próximo a sua residência, e parou de trabalhar quando o marido faleceu. Disse que gostaria de voltar ao trabalho, porém o filho não permite, devido às obsessões de que algo ruim possa lhe acontecer. Quando ela sai de casa sozinha, o filho liga frequentemente para ela e pergunta onde está e a que horas voltará para a casa. Além desse trabalho, relata gostar de plantar, mexer com terra e pintar. No entanto, no momento não realiza nenhuma dessas atividades. A mãe conta que não faz atividade física e há um ano não se consulta com médicos e nem faz exames. Disse sentir muita tristeza pela perda do marido, ter insônia, dores de cabeça diariamente e sente-se estressada por atender diariamente os pedidos do filho. Relatou nunca ter procurado ajuda e nem recebido orientações sobre o TOC e sobre como se comportar com o filho, diante dos sintomas obsessivo-compulsivos, visto que até a data de falecimento do marido, os sintomas do TOC do filho eram menos intensos e frequentes.

### **Díade 3: P3 + F3**

**P3** é do sexo feminino e tem 27 anos de idade. Relatou que trabalha como vendedora de roupas em uma loja de shopping, é solteira, não conversa muito com a família, embora tivesse vontade de ter mais momentos de

conversas com eles (especialmente com a mãe), não tem amigos e raramente sai para passear. De acordo com P3, recebeu o diagnóstico do TOC aos 15 anos de idade, apresentando os sintomas obsessivo-compulsivos ritualísticos de lavar muito as mãos, lavar-se muito no banho, chorar por medo de morrer e não dormir à noite, ficando horas em pé rezando ao lado da cama. É paciente do PROTOC há 12 anos e relata ter apresentado leve melhora nos sintomas obsessivo-compulsivos com os medicamentos e nunca ter feito terapia. Disse que o HC a convidou para fazer terapia em grupo, mas recusou porque não gosta de falar do TOC para as pessoas, no entanto gostaria de fazer terapia individual e acredita que ajudará muito. Relata que os medicamentos ajudam a reduzir a ansiedade, porém não consegue deixar de apresentar os rituais compulsivos e não controla as obsessões, que são intensas e frequentes. De acordo com a portadora, suas respostas ritualísticas compulsivas atuais são: (1) pedir para algum familiar abrir a porta de casa, quando chega do trabalho, embora carregue consigo a chave, (2) pedir para algum familiar abrir e fechar a porta de casa novamente e falar ou não o nome de uma das suas irmãs, (3) subir e descer as escadas do estoque da loja onde trabalha, quando atende uma cliente que ela considera ser chata, (4) ir ao banheiro do shopping para lavar o rosto, as mãos e os braços, quando a gerente da loja critica seu desempenho profissional, (5) escovar os dentes várias vezes antes de dormir, (6) ligar para algum familiar antes do jantar e pedir para que ele repita alguma palavra ou frase, para ter uma boa digestão, (7) limpar várias vezes com álcool os pertences pessoais que ficam na sua bolsa, no período de trabalho, (8) pedir para um integrante da família (pai, mãe ou uma das duas irmãs) completar ou repetir palavras e frases, agachados com uma das mãos no chão e engolir saliva, (9) pedir para um integrante da família pegar objetos no chão, em cima da mesa, no varal, etc. e, (10) tomar banho, com rituais de lavagem e tempo aproximado de 40 minutos. De acordo com a portadora, após o banho ela não gosta de conversar com mais ninguém da família, para evitar ter pensamentos negativos que a façam iniciar novamente o ritual de lavagem das mãos, braços e corpo ou ter que pedir novamente para algum familiar repetir palavras e frases. Segundo a portadora, quando os familiares executam os rituais que ela solicita, ela fica imune a qualquer acontecimento ruim e todas as coisas que ouviu de negativo ao longo do dia não a afetam negativamente. Acrescentou

que os rituais são executados, por ela ou pelos familiares, no mínimo três vezes, para que ela e as irmãs fiquem protegidas de coisas ruins. Segundo a portadora, as compulsões que mais a incomodam são ter pensamentos negativos, dúvidas, e os rituais de lavagem das mãos, braços e corpo (média de sete vezes por dia). Ao ouvir palavras relacionadas à morte (caixão, funeral, cemitério, etc.) ou ao ser criticada, ela sente a necessidade de executar certos rituais ou solicitar que um familiar os execute e quando um familiar se recusa ou não pode atender seu pedido, ela pede para outro familiar e sempre há um integrante da família que atende suas solicitações (média de sete vezes por dia). Segundo a portadora, ela gosta de passear, embora não o faça, pois não tem amigos para acompanhá-la nos passeios e porque teme ouvir algo que desencadeie pensamentos obsessivos, gosta de conversar com a família (muito raro de acontecer), conhecer pessoas, estudar (gostaria de fazer faculdade) e praticar atividade física, porém não pratica neste momento.

**F3** é mãe de P3, 53 anos, casada, empregada doméstica, 3 filhas, sendo as filhas mais velhas gêmeas, ambas portadoras do TOC. De acordo com o relato da mãe, as respostas de acomodação familiar ocorrem desde o início do transtorno da filha, diariamente e várias vezes ao dia, tendo ocorrido algumas variações no decorrer do tempo, a pedido da filha. São eles: (1) abrir e fechar a porta de casa, quando a filha chega do trabalho, (2) abrir e fechar a porta novamente e dizer ou não o nome de uma das suas três filhas, (3) pegar objetos no chão, na mesa, todas as vezes que a filha os deixa cair no chão propositalmente e pede para um familiar pegar, no varal, etc., e (4) completar ou repetir, várias vezes, palavras, frases, em pé, agachada com uma das mãos no chão e engolir saliva, em vários ambientes da casa. Segundo a mãe, isso acontece mais frequentemente quando a filha ouve palavras relacionadas à morte, na TV, no rádio, na rua, no trabalho, no ônibus, em qualquer lugar, e quando alguém do trabalho ou algum familiar faz uma crítica a ela. Segundo a mãe, o que mais a incomoda é quando a filha pede para repetir, várias vezes, frases com a mão no chão. Relatou que o marido é quem mais atende às solicitações da filha, porque fica com medo de ela gritar, chorar alto e incomodar os vizinhos. No entanto, a mãe disse que todos da família costumam atender aos pedidos da filha, mesmo quando estes pedidos são

feitos pelo telefone. A mãe contou que às vezes observa a filha executar os rituais compulsivos, pois ela normalmente os faz antes de dormir no próprio quarto ou no banheiro. Segundo a mãe, a filha sempre começa relatando uma situação que ocorreu no seu dia e, neste contexto, diz estar ansiosa e com pensamentos negativos, para então, pedir para alguém executar algum ritual, que na maioria das vezes, precisa ser repetido várias vezes e, na sequência, faz seus próprios rituais. Para a mãe, esse é o principal motivo da dificuldade de conversar e se relacionar com a filha, visto que qualquer conversa frequentemente termina com pedidos de realizações de rituais (situação essa ocorrida no passado). A mãe contou que não gosta de ficar em casa quando a filha está de folga do trabalho e sempre que pode sai de casa nestes dias. Disse que quando a folga da filha cai aos domingos, todos de casa ficam muito estressados com as inúmeras solicitações da filha, o que a faz pedir mais vezes para fazerem os rituais. Relatou que as outras filhas também evitam conversar com ela ou ficar perto da irmã, pelo mesmo motivo, e que sua outra filha com TOC não faz pedidos à família. F3 relatou que pratica atividade física (caminhada) duas vezes na semana e que gosta de visitar a família. Disse sentir muita tontura, dores no estômago, dor de cabeça, especialmente quando a filha a solicita muito. A mãe disse que faz tratamento para depressão. Relatou ter procurado ajuda uma vez no passado, para conversar sobre o transtorno da filha, mas disse que não recebeu orientações específicas para entender o TOC e para saber como se comportar com a filha, diante dos sintomas obsessivo-compulsivos.

### **Local da Coleta**

Os encontros com as familiares e portadores foram individuais, para a coleta das informações iniciais (Entrevista Inicial com o familiar e com o portador e aplicação das Escalas FAS-IR e Y-BOCS), realizados numa sala do ambulatório do PROTOC. A pesquisadora realizou dois encontros com os portadores, sendo o primeiro para explicar a pesquisa, fazer a Entrevista Inicial e aplicar a escala Y-BOCS e o segundo para relatar o encerramento da pesquisa e aplicar novamente a escala Y-BOCS. Estes encontros foram realizados no PROTOC. Nas fases do procedimento da pesquisa (Pré-Intervenção, Intervenção e Seguimento), os encontros com as familiares foram

individuais, semanais, com duração média de 1h30 cada encontro, por um período total de 13 semanas para o F1, 15 semanas para o F2, e 14 semanas para o F3, sendo que as Familiares 1 e 2 foram atendidas numa sala do ambulatório do PROTOC e a Familiar 3 foi atendida no consultório da pesquisadora. A escolha do local de atendimento foi realizada pelas familiares e a diferença do período total da coleta se deu por conta da evolução das intervenções. Todos os encontros das fases de Pré-intervenção e Intervenção foram filmados e utilizados para auxiliar a pesquisadora na realização das análises de contingências dos registros da semana.

## **Material**

Para a realização da pesquisa, foram empregados:

- a. Um roteiro de Entrevista Inicial com o Familiar, elaborado pela pesquisadora, com base no modelo do roteiro de entrevista empregado por Almeida (2005) composto por 20 questões, para avaliar a relação da familiar com o portador, o início e desenvolvimento do TOC do portador, a ocorrência dos episódios compulsivos atuais e mais frequentes, os tipos de compulsões que mais incomodavam a familiar e a relação destas compulsões com as solicitações dos portadores para o envolvimento e participação da familiar em tais episódios, as respostas de acomodação da familiar e os efeitos da participação ou não participação da familiar nos episódios compulsivos do portador (APÊNDICE A);
- b. Um roteiro de Entrevista Inicial com o Portador, elaborado pela pesquisadora, semelhante ao roteiro de entrevista com a familiar desta pesquisa, composto por 15 questões, para avaliação da relação do portador com sua familiar, dos tipos atuais de compulsões do portador, das situações mais favoráveis à ocorrência dos episódios compulsivos, das compulsões mais incômodas ao portador, da compulsão com maior ocorrência diária e do impacto dos sintomas compulsivos na dinâmica familiar, especialmente das respostas de acomodação familiar às respostas ritualísticas do portador (APÊNDICE B);

- c. Termo de Consentimento Pós-informação do Familiar (APÊNDICE C);
- d. Folha de Registro Diário do Familiar. Consistia de uma folha na qual havia espaço para a familiar descrever: a) a situação na qual ocorreu o episódio de ritual do portador, apontando quem estava presente; b) as respostas ritualísticas apresentadas pelo portador; c) o comportamento da familiar participante e, d) o comportamento subsequente do portador. Esse registro foi utilizado com o objetivo de avaliar as circunstâncias em que ocorriam tanto os episódios ritualísticos de acomodação do portador quanto as respostas de acomodação da familiar (APÊNDICE D);
- e. Escala de Acomodação Familiar – FAS-IR (Calvocoressi et. al., 1995; traduzida para o Português e adaptada por Guedes, 1997 e posteriormente por Gomes et al., 2010). Utilizada para avaliar a frequência de participação dos familiares nos sintomas do TOC. A aplicação dessa escala compreendeu duas fases: a primeira avaliou os tipos de sintomas do paciente; a segunda avaliou a acomodação familiar (FA) com 12 perguntas sobre garantias, participação em rituais, modificação de rotinas familiares, entre outros aspectos. As respostas dos familiares foram classificadas em uma escala de 5 pontos, de acordo com a frequência ou a extensão do envolvimento da família (sendo 0 ponto, nenhum envolvimento e 4 pontos, envolvimento todo dia). Os escores obtidos em cada questão foram somados para gerar a pontuação total FAS-IR, que pode variar de 0 a 48. Quando ocorria acomodação familiar, esta podia ser avaliada como mínima (escore total igual a 1 na FAS-IR), ou seja, engajar-se em comportamentos de acomodação uma vez por semana (modificação leve de rotina) até extrema (à acomodação familiar diária), quando houvesse pontuação de 4 pontos, em cada questão (APÊNDICE E);
- f. Escala de Sintomas Obsessivos-Compulsivos de Yale Brown - Y-BOCS, (Goodman et. al., 1989), usada para avaliar a ocorrência e frequência dos sintomas obsessivo-compulsivos. Esta escala é composta por cinco itens sobre obsessões e cinco itens sobre compulsões. Cada pontuação varia de 0 a 4 (pontuação máxima de 20, tanto para a obsessão e

- compulsão), com uma pontuação máxima total de 40. O ponto de corte para ambos os sintomas clinicamente significativos é 16 (APÊNDICE F);
- g. Um Roteiro de Entrevista final com o portador, elaborado pela pesquisadora, composto por 3 questões, para avaliação do portador sobre as mudanças de comportamentos da familiar, dos efeitos destas mudanças nos seus rituais obsessivo-compulsivos e se indicaria a outros familiares com um membro portador do TOC, a receber orientações de como agir com o portador, diante dos episódios compulsivos (APÊNDICE G);
  - h. Câmera filmadora para registrar os encontros com as familiares, nas fases de Pré-intervenção e Intervenção da pesquisa;
  - i. Pasta plástica com elástico e nome, para que as familiares colocassem as Folhas de Registro Diário preenchida, a serem entregues à pesquisadora nos encontros semanais.

### **Variável Dependente**

A variável dependente foi a frequência de respostas de acomodação das familiares às respostas ritualísticas dos portadores (atuais ou passadas) que solicitavam sua participação.

*Tabela 1.* Respostas ritualísticas dos portadores que solicitam a participação das familiares e respostas de acomodação familiar para cada díade.

Díades	Respostas Compulsivas	Respostas de Acomodação Familiar - FA
<b>Díade 1</b>	<p>1. Pede para a mãe lavar suas roupas</p> <p>2. Pede para a mãe preparar o almoço e/ou jantar</p> <p>2. Pede para a mãe pegar e guardar bebidas e alimentos na geladeira, onde são armazenados apenas os alimentos dela</p>	<p>1. Lava a roupa da filha separadamente das demais roupas da família</p> <p>2. Cozinha alimentos em uma panela específica, utilizada apenas para preparar a comida da filha</p> <p>3. Lava a louça da filha (talheres, copo e prato) com bucha de louça usada apenas para lavar somente a louça da filha</p> <p>4. Tira a louça suja da mesa, após as refeições, e coloca em cima da pia</p> <p>5. Guarda a louça da filha em local separado das demais louças da casa</p> <p>6. Pega e guarda bebida e comida na geladeira para a filha</p>
<b>Díade 2</b>	<p>1. Pede para a mãe reassegurar se os pensamentos que ele tem sobre religião, Deus e doença estão corretos</p> <p>2. Abraça e beija a mãe várias vezes ao dia</p> <p>3. Pede para a mãe dormir com ele no mesmo quarto ou no mesmo colchão na sala</p> <p>4. Pergunta várias vezes a mãe se ela está bem, pessoalmente ou por telefone</p>	<p>1. Confirma se os pensamentos do filho, sobre religião, Deus e doença estão corretos</p> <p>2. Abraça e beija o filho todas as vezes que ele a procura</p> <p>3. Dorme com o filho no mesmo quarto ou no mesmo colchão na sala</p> <p>4. Diz ao filho que está bem todas as vezes que ele pergunta por telefone ou pessoalmente</p>
<b>Díade 3</b>	<p>1. Pede para abrir e fechar a porta de casa, quando chega do trabalho (00h00)</p> <p>2. Pede para abrir e fechar a porta de casa novamente e falar ou não o nome de algum integrante da família</p> <p>3. Pede para pegar objetos no chão, na mesa, no varal, na parede, etc.</p> <p>5. Pede para repetir palavras ou frases, pelo telefone ou pessoalmente, tendo a familiar que ficar agachada com uma mão no chão e as vezes engolir saliva em vários ambientes da casa</p>	<p>1. Abre e fecha a porta de casa, quando chega do trabalho (00h00)</p> <p>2. Abre e fecha a porta de casa novamente e diz o nome de um familiar</p> <p>3. Pega objetos no chão, na mesa, no varal, na parede, etc.</p> <p>4. Repete várias vezes, palavras ou frases por telefone ou pessoalmente, agachada com uma mão no chão e engole saliva, em vários ambientes da casa</p>

## **Delineamento**

Delineamento intra-sujeito, com três fases: Pré-intervenção, Intervenção e Seguimento.

## **Procedimento**

A pesquisadora enviou um e-mail para a coordenadora do PROTOC e pediu autorização para convidar os familiares dos portadores do TOC, que recebem tratamento medicamentoso no ambulatório do PROTOC, para participar da pesquisa. A pesquisadora apresentou o projeto da presente pesquisa aos profissionais do serviço (coordenadora, psiquiatras, psicólogos, biólogos, enfermeiros e assistentes). Tendo recebido autorização, a pesquisadora iniciou as Entrevistas Iniciais, primeiramente, com os familiares e, posteriormente, com os portadores. As Entrevistas Iniciais com as díades e a aplicação das Escalas FAS-IR e Y-BOCS foram realizadas no PROTOC, individualmente, no período em que eram agendadas as consultas dos portadores com o psiquiatra. A enfermeira do ambulatório convidava os familiares que acompanhavam os portadores ao PROTOC para conversar com a pesquisadora, enquanto os portadores eram atendidos pelos psiquiatras.

**Encontros iniciais com os familiares e portadores.** Ocorreram dois encontros iniciais com os familiares e um encontro inicial com os portadores. No primeiro encontro com os familiares, a pesquisadora verificava se o mesmo preenchia os critérios de inclusão na pesquisa, informava-o de que se tratava de uma pesquisa acadêmica, cujo objetivo era oferecer orientações específicas aos familiares de como agir com os portadores diante dos episódios ritualísticos compulsivos. Pediu autorização para que os encontros semanais fossem filmados e informou que, ao final da pesquisa, este material seria destruído. A pesquisadora ofereceu aos familiares a possibilidade da continuação das orientações após o término da pesquisa, por um período de 3 meses, sem nenhum custo, explicando que a condição para esta oportunidade seria a participação até o final da pesquisa. Ao final deste encontro, os familiares selecionados assinaram um termo de consentimento de participação da pesquisa, após terem sido informados dos objetivos do estudo e da possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. A pesquisadora

marcou um segundo encontro no PROTOC e pediu para que os portadores de TOC viessem também. No segundo encontro, a pesquisadora aplicou a Escala FAS-IR no familiar e comentou que esta escala seria novamente aplicada ao final da pesquisa. Posteriormente, conversou com cada portador, em separado do familiar, explicou o objetivo da pesquisa, aplicou a Entrevista Inicial e a Escala Y-BOCS e combinou com os portadores, que o próximo encontro com eles seria ao final da pesquisa para a aplicação da escala Y-BOCS e Entrevista Final. Ao final deste encontro, comentou com o portador sobre a possibilidade de um acompanhamento terapêutico gratuito, por um período de 3 meses, e/ou a continuidade das orientações com os familiares pelo mesmo período. A pesquisadora forneceu às díades o número de seu telefone celular para esclarecer eventuais dúvidas ao longo da pesquisa.

**Pré-intervenção.** Após os encontros iniciais, a pesquisadora conversou individualmente com cada familiar, explicou o que é o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, os fatores desencadeantes da doença: genéticos e ambientais e respondeu às dúvidas sobre o transtorno. Posteriormente, instruiu a familiar no preenchimento da Folha de Registro Diário. Para esta atividade, a pesquisadora pediu a familiar que citasse uma resposta compulsiva do portador que tivesse ocorrido diariamente nas duas últimas semanas e que a descrevesse, dizendo: *“nesta folha você deverá registrar todas as respostas compulsivas do portador que solicitem a sua participação e todos os seus comportamentos relacionados a estes rituais, ou seja, você precisará anotar tudo o que fizer para o portador, diante dos episódios compulsivos apresentados por ele, e na sequência, registrar o comportamento dele. Para isso, você deverá anotar primeiro a situação em que ocorreu o episódio compulsivo e quem estava presente além de você e do portador, na sequência deverá anotar o comportamento compulsivo do portador, e depois anotar o que você fez por ele e como ele reagiu imediatamente ao seu comportamento. É importante que você faça este registro todos os dias”*.

A pesquisadora esclareceu as dúvidas que surgiram no preenchimento da Folha de Registro e solicitou que os registros diários fossem feitos somente pela familiar participante, sem que o portador tivesse acesso aos mesmos, e que fossem entregues para a pesquisadora nos encontros semanais.

Forneceu uma pasta plástica com elástico para a familiar guardar e transportar as folhas e sete Folhas de Registro Diário. A cada encontro com as familiares, a pesquisadora recolhia as Folhas preenchidas na semana anterior, esclarecia as dúvidas quanto ao preenchimento destas, questionava a familiar sobre dúvidas no preenchimento, corrigia eventuais erros, ressaltando o tipo de informação necessária para cada coluna da Folha de Registro. Ao final de cada encontro, a pesquisadora dava mais sete Folhas para o Registro Diário serem preenchidas. Esse procedimento seguiu até ao final da pesquisa, tendo sido suspenso no final da fase de Intervenção e reiniciado na fase de Seguimento. O período de registro da fase Pré-intervenção foi de 4 semanas para F1 e F3, sendo que F1 anotou corretamente as informações na Folha de Registro, apenas nas duas últimas semanas desta fase, e o período de seis semanas para F2, pois nas primeiras três semanas o registro não ocorreu para todos os dias e a familiar não realizou as anotações na Folha de Registro por uma semana.

**Intervenção.** No primeiro encontro desta fase com as familiares, a pesquisadora explicou o que é acomodação familiar aos episódios de TOC, destacando os principais resultados encontrados em pesquisas científicas sobre o tema, que incluem os efeitos negativos das respostas de acomodação na dinâmica familiar, na vida pessoal das familiares, especialmente na saúde deles, nos sintomas do TOC (fortalecimento dos sintomas) e no tratamento dos portadores. Após esta explicação, com base nos registros trazidos pelas familiares na fase de Pré-intervenção, a pesquisadora salientou para cada familiar os tipos mais frequentes de episódios compulsivos apresentados pelos portadores e suas respostas de acomodação. Em seguida, a pesquisadora solicitou que as familiares não ajudassem os portadores ou não participassem, de nenhuma maneira, direta ou indireta, de um determinado episódio de TOC. A orientação da não acomodação familiar ocorreu de forma hierárquica, começando-se pelo episódio de acomodação familiar de menor frequência ou de acordo com a escolha da familiar, considerando o tipo de episódio de acomodação associado ao menor grau de ansiedade ao portador, avaliado pela familiar. A pesquisadora pontuou que posteriormente outros rituais seriam também abordados e acrescentou que um novo ritual só seria abordado,

quando o primeiro fosse eliminado, e assim sucessivamente. As familiares foram instruídas a se recusar a atender os pedidos que faziam parte dos rituais.

A pesquisadora explicou também, as três participantes, que esta nova forma de reagir da familiar exporia os portadores a estímulos evocadores de ansiedade, responsáveis pelo comportamento de esquiva de situações aversivas. A pesquisadora salientou que esta nova forma de responder da familiar poderia inicialmente ser acompanhada por algumas respostas do portador, como aumento da ansiedade, insegurança, irritação, agitação, agressividade, reclamação ou outras reações emocionais e comportamentais, e que as familiares não deveriam voltar a apresentar os padrões antigos de acomodação aos sintomas do TOC. A pesquisadora informou que tais reações emocionais e de comportamento teriam sua frequência diminuída com o tempo e que as respostas ritualísticas dos portadores poderiam ter inicialmente sua frequência aumentada, mas posteriormente seriam reduzidas, assim como rituais antigos ou novos poderiam surgir neste período.

A pesquisadora também solicitou que as familiares dessem atenção (elogios, conversas interessantes aos portadores, atividades em conjunto, expressões afetivas, lazer, etc.) ou outros benefícios que agradassem aos portadores (objetos, roupas, presentes, comida preferida, etc.), quando eles apresentassem qualquer outra resposta que não a ritualística, na tentativa de reforçar a ocorrência de respostas incompatíveis com estas (DRO). A pesquisadora pediu que qualquer liberação de atenção ou benefícios dados aos portadores na semana, fosse registrada no item observação, localizado no rodapé da Folha de Registro Diário.

Além disso, a pesquisadora solicitou as familiares que, pelo menos, uma vez na semana, realizassem alguma atividade de lazer ou esporte (caminhada, dança, pintura, cinema, etc.) e que anotassem a atividade escolhida no campo de observação, na Folha de Registro Diário. Esta instrução foi baseada em pesquisas de acomodação familiar (por exemplo a pesquisa de Torres, Hoff, Padovani & Ramos-Cerqueira, 2012) as quais demonstraram que a qualidade de vida dos familiares dos portadores de TOC são ruins, devido ao estresse da rotina com o portador, que desencadeia uma sobrecarga emocional, por

dedicarem muito tempo do dia às necessidades do portador, favorecendo assim problemas de saúde e problemas emocionais.

A partir do segundo encontro até o último da fase de Intervenção, a pesquisadora realizava, junto com as familiares, uma análise das contingências dos episódios ritualísticos do portador e de suas respostas de acomodação, registradas por elas nas Folhas de Registro Diário, referentes aos sete dias correspondentes à semana anterior. A pesquisadora apontava as familiares os estímulos ambientais que poderiam ter a função de estímulos discriminativos para as respostas compulsivas do portador, sinalizando a regularidade destes. Também chamava a atenção para as respostas de acomodação familiar que poderiam ter a função reforçadora das respostas ritualísticas do portador. A pesquisadora também orientava as familiares sobre como estas deveriam agir diante das esperadas reações emocionais do portador, por exemplo, diante da reação emocional da P3, batendo na porta do quarto dos pais pedindo para abrir, das ameaças de que não almoçaria ou jantaria, dos choros e gritos, após a negação da familiar em realizar o ritual solicitado pela portadora. Nesse caso, a pesquisadora pedia a familiar que não abrisse a porta do quarto, que ignorasse as ameaças da filha, bem como seu choro e gritos; que não conversasse posteriormente com a filha sobre esses episódios e que desse atenção apenas para os comportamentos contrários ao TOC, por exemplo, quando P3 conversasse sobre outros assuntos que não o TOC, iniciar uma conversa com P3 quando ela estivesse arrumando a casa, fazendo um bolo ou qualquer outra atividade oposta aos rituais. Estas orientações ocorreram nos encontros semanais e uma vez pelo telefone com F2, quando esta não compareceu ao encontro da semana. Nesta ocasião, a pesquisadora deu as orientações pelo telefone e solicitou que F2 realizasse o registro da semana no verso da Folha de Registro Diário da semana anterior. Importante ressaltar que no período do procedimento da pesquisa (Pré-intervenção à Seguimento), F1 e F3 compareceram a todos os encontros semanais e F2 faltou apenas em um encontro.

Quando as familiares seguiam as instruções da pesquisadora, esta as elogiava e as incentivava a continuar com esse padrão. A pesquisadora destacava a capacidade dos portadores de se adaptarem à nova dinâmica

familiar e à exposição aos estímulos aversivos. Quando as familiares relatavam dificuldades em seguir as orientações, a pesquisadora procurava fazer uma análise das mesmas e propunha novas estratégias para a solução das dificuldades, por exemplo, quando F1 dizia que não conseguiria seguir as instruções todos os dias, por ver a filha apresentar mais vezes as compulsões, a pesquisadora pedia que ela saísse de casa sozinha, visitasse um parente, vizinha ou amigos, costurasse quando estivesse triste, visto que a atividade de costurar acalmava F1, segundo ela, conversasse com seus outros filhos, entre outras atividades. Importante ressaltar que a pesquisadora comunicou para a coordenadora do PROTOC a ocorrência do aumento na frequência dos rituais compulsivos dos portadores relatado pelas familiares na fase da Intervenção, para que os Psiquiatras do programa pudessem reavaliar o tratamento medicamentoso.

Desta forma, as intervenções analítico-comportamentais com as familiares foram: (1) fornecimento de informações sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e sobre Acomodação Familiar; (2) instruções para o preenchimento da Folha de Registro Diário que permitiria um auto monitoramento dos episódios de acomodação familiar; (3) instruções para que apresentassem novas classes de repostas frente aos comportamentos ritualísticos dos portadores; (4) explicação a respeito do efeito da extinção sobre o comportamento; (5) ensino de análise de contingências (estímulos antecedentes, repostas e estímulos consequentes) que descreviam os episódios compulsivos dos portadores e os episódios de acomodação das familiares, anotados por elas nas Folhas de Registro Diário; (6) análise das dificuldades de mudança de comportamento da familiar com os portadores; (7) instruções de novas condutas para o enfrentamento das dificuldades; (8) reforçamento social dos comportamentos apropriados das familiares nos encontros com a pesquisadora.

No último encontro da fase Intervenção, a pesquisadora explicou que os encontros seriam interrompidos por três semanas e que, neste período, não seria necessário que a familiar fizesse as anotações nas Folhas de Registro Diário. A pesquisadora combinou com as familiares a data do próximo encontro.

**Seguimento.** Após 21 dias do último encontro e contato com as familiares, a pesquisadora encontrou-se com elas e pediu que fizessem novamente os registros diários por uma semana, usando a Folha de Registro Diário, conforme orientações dadas na fase de Intervenção. A pesquisadora solicitou as familiares que trouxessem os portadores no encontro seguinte para o encerramento da pesquisa.

Neste último encontro com a díade, a pesquisadora recolheu os registros diários e aplicou novamente a Escala FAS-IR nas familiares, a Escala Y-BOCS nos portadores e, na sequência, uma entrevista final sem a presença das familiares. Ao final deste último encontro, a pesquisadora agradeceu a participação da díade na pesquisa e ofereceu as familiares e portadores, conforme combinado na Entrevista Inicial, a oportunidade de continuarem a receber orientações, gratuitamente por três meses.

### **Acordo entre Observadores**

Para avaliar a confiabilidade dos registros, foi solicitado a uma avaliadora independente, aluna de pós-graduação em Análise do Comportamento, o cômputo das respostas de acomodação e das respostas ritualísticas que ocorreram diariamente a partir dos registros das mães, após a pesquisadora ter lhe apresentado as categorias de acomodação familiar de cada díade. A avaliadora analisou 30% dos registros selecionados aleatoriamente de cada díade. O cálculo de acordo para cada díade foi feito dividindo-se o total de concordâncias entre a pesquisadora e a avaliadora pelo total de registros analisados.

### **Considerações Éticas**

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética Acadêmica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, com o número 48407914.7.0000.5482.

## Resultados

Foi realizada uma análise da frequência das respostas de acomodação das familiares (F1, F2 e F3) aos episódios de TOC dos portadores (P1, P2 e P3) a partir dos registros diários entregues pelas familiares (auto monitoramento) nas fases de Pré-intervenção, Intervenção e Seguimento.

Os dados obtidos com as três díades serão apresentados separadamente.

### Díade 1 - F1+ P1

**Pré-intervenção.** Nesta fase F1 realizou 13 registros diários, nos quais anotou 283 episódios de acomodação familiar e 65 episódios de TOC.

A Tabela 2 apresenta a frequência de respostas de acomodação de F1 e de episódios de TOC de P1, em cada dia de registro na fase Pré-intervenção.

*Tabela 2.* Frequência de respostas de acomodação e de episódios de TOC em que P1 solicitava a participação da mãe por dia registrados por F1 durante 13 dias de registros, na fase Pré-intervenção.

Registros Diário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Respostas Ritualísticas	6	5	6	5	4	5	4	6	5	5	5	5	4
Respostas FA	22	21	22	21	19	21	20	20	21	21	21	21	20

Como se pode ver na Tabela 2, a frequência de respostas de acomodação familiar apresentadas diariamente por F1 foi muito maior que o número de respostas ritualísticas de P1, em todos os dias registrados. Segundo o relato de F1, as solicitações de acomodação de P1 haviam se iniciado há sete anos e desde então, F1 se comportava diariamente de acordo com tais solicitações, sem que a portadora precisasse pedir para o familiar acomodar.

A Tabela 3 apresenta a frequência média diária das respostas ritualísticas de P1, na fase de Pré-intervenção.

*Tabela 3.* Frequência média diária das respostas ritualísticas de P1, nos 13 dias da fase de Pré-intervenção.

<b>Classe de Respostas Ritualísticas</b>	<b>M. Diária 1ª sem - 6 dias</b>	<b>M. Diária 2ª sem - 7 dias</b>
Pede para a mãe lavar a roupa	0,33	0,28
Pede para a mãe preparar o almoço e/ou jantar	0,83	0,42
Pede para a mãe pegar e guardar bebida e comida na geladeira	4,00	3,85

Importante ressaltar que P1 não solicitava mais a mãe que lavasse sua roupa separadamente das demais roupas da família, apenas pedia que as lavasse, assim como P1 não pedia que a mãe fizesse a comida em panela separada, apenas que preparasse suas refeições. Apesar disso, a mãe lavava a roupa separadamente e fazia a comida em panela separada havia sete anos. A única solicitação de P1 que se mantinha era pedir a mãe que pegasse e guardasse bebidas e alimentos dela na geladeira, os quais eram armazenados pela mãe em uma gaveta separada dos demais alimentos da família, a pedido de P1.

A Tabela 4 apresenta as diferentes classes de respostas de acomodação de F1 e suas frequências médias diárias em cada, na fase Pré-intervenção.

Tabela 4. Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F1, registradas por essa familiar na fase Pré-intervenção.

Classe de Repostas de Acomodação Familiar - FA	M. Diária	M. Diária
	1 <sup>a</sup> sem - 6 dias	2 <sup>a</sup> sem - 7 dias
Lava roupa da filha separado das roupas da família	0,33	0,28
Prepara o almoço e/ou jantar com panela separada	0,83	0,57
Lava louça com bucha separada	4,00	4,00
Guarda a louça em local diferente	4,00	4,00
Retira a louça da mesa e coloca em cima da pia	4,00	4,00
Pega e guarda bebida e comida na geladeira	7,83	7,71

Pode-se ver que as frequências médias diárias das respostas de acomodação de F1 mostraram-se bastante consistentes nas duas semanas de registro da fase Pré-Intervenção. *“Lavar a roupa da filha separadamente das outras roupas da família”* foi a categoria que ocorreu com menor frequência nessas duas semanas, tendo uma média diária de 0,33 ocorrências na primeira semana (seis dias de registro) e 0,28 ocorrências na segunda semana (sete dias de registro), em contraste com a categoria de *“pegar e guardar bebidas e comidas na geladeira”*, que na primeira semana apresentou uma média diária de 7,83 ocorrências e na segunda semana uma média de 7,71 ocorrências diárias.

**Intervenção.** Na primeira sessão da fase de Intervenção, a pesquisadora analisou com F1 a frequência das respostas de acomodação da fase Pré-intervenção e lhe disse: *“Hoje iremos escolher uma resposta de acomodação para você não apresentar nesta semana e após a eliminação completa deste comportamento, seguiremos com a mesma proposta com os demais tipos relacionados nesta lista. Você não deverá comentar com a portadora. Desta forma, seguiremos a seguinte sequência: (1) lavar a roupa da sua filha junto com as demais roupas da família; (2) preparar o almoço e jantar da sua filha na mesma panela que utiliza para fazer o almoço e o jantar da família; (3) lavar a louça da sua filha com a mesma bucha de louça usada para lavar as louças de casa; (4) pedir a sua filha que retire a louça da mesa, após as refeições, e que*

coloque em cima da pia; (5) pedir a sua filha para guardar a louça dela junto com as demais louças da casa e, (6) pedir a sua filha para pegar e guardar bebida e comida na geladeira. Você deverá dizer para a sua filha, que a partir desta semana, você irá lavar a roupa dela junto com as demais roupas da casa, pois está gastando muito tempo do dia para lavar separadamente e que em função disto não consegue realizar outras atividades ou as realiza com muita pressa, o que se torna muito cansativo para você”.

Na fase de Intervenção, F1 realizou 56 registros diários, durante oito semanas.

A Figura 1 apresenta a frequência diária das respostas ritualísticas de P1 e das respostas de acomodação de F1 durante o período de Intervenção, que durou oito semanas.



Figura 1. Frequência diária das respostas ritualísticas de P1 que solicitavam a participação da mãe e das respostas de acomodação apresentadas por F1 em 56 dias de registros.

A Figura 1 mostra uma diferença na quantidade de ocorrências diárias das respostas ritualísticas de P1 (variação de 0 a 5 ocorrências por dia) e das respostas de acomodação de F1 (variação de 2 a 19 ocorrências). A diminuição na frequência diária das respostas de acomodação ocorreu de forma gradativa. Deve-se salientar que no 2º dia da fase de Intervenção ocorreu a maior frequência de respostas de acomodação de F1. A mãe relatou que nesse dia, P1 fez as quatro refeições em casa, assim como havia ocorrido

em todos os dias da fase de Pré-intervenção, e por este motivo, F1 lavou a louça da filha com bucha separada, tirou a louça da mesa e colocou em cima da pia e guardou a louça em local separado das demais louças da casa. Portanto apresentou 3 respostas diárias a mais do que ocorria nos dias em que P1 fazia apenas três refeições em casa. F1 relatou que no primeiro dia da fase de Intervenção, P1 começou a ir ao mercado logo de manhã, junto com F1, e comprava alimento e suco para tomar no café da manhã em casa. A Figura 1 também mostra que a partir do 32º dia de Intervenção não ocorreu mais nenhuma resposta ritualística de P1 que solicitasse uma acomodação de sua mãe.

A Tabela 5 apresenta as classes de respostas de acomodação apresentadas por F1 no período de Intervenção e as suas frequências médias diárias.

*Tabela 5.* Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F1 registradas por essa familiar na fase Intervenção.

Classe de Respostas de Acomodação Familiar - FA	M. Diária							
	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem	5ª sem	6ª sem	7ª sem	8ª sem
Lava a roupa da filha separado das roupas da família	0	0	0	0	0	0	0	0
Prepara o almoço e/ou jantar com panela separada	0,57	0	0	0	0	0	0	0
Lava a louça com bucha separada	1,00	0	0	0	0	0	0	0
Guarda a louça em local diferente	3,71	3,85	3,71	3,71	3,71	3,71	3,71	2,71
Retira a louça da mesa e coloca em cima da pia	3,71	3,85	1,42	0	0	0	0	0
Pega e guarda bebida e comida na geladeira	6,00	5,71	5,42	5,42	2,00	0	0	0

A primeira classe de resposta de acomodação apresentada por F1 que foi eliminada foi “*lavar a roupa da filha separadamente das roupas da família*”, a qual não ocorreu nenhuma vez durante todo o período de Intervenção. F1 relatou para a pesquisadora que conversou com a filha que mudaria seu comportamento na primeira semana de Intervenção, e foi consistente com a sua promessa. A mãe relatou que nesta primeira semana lavou a roupa da família duas vezes de acordo com a nova regra estabelecida. No 3º dia de Intervenção F1 deixou de “*lavar a louça da filha com bucha separada*”, porém não contou para a filha. Esta resposta que havia ocorrido 4,00 vezes ao dia na

fase de Pré-intervenção teve sua frequência reduzida para 0,57 na primeira semana de Intervenção e a para nenhuma ocorrência diária até o final dessa fase.

De acordo com a orientação da pesquisadora, F1 revelou a P1 que não estava mais lavando a louça dela com bucha separada desde a semana anterior e, que nesta semana, fazia a comida dela na mesma panela que usava para preparar as refeições da família [a filha comia sobremesas que a mãe preparava em uma única panela ou tigela, para toda família]. Esta terceira mudança ocorreu no primeiro dia da segunda semana de intervenção. Como mostra a Tabela 5, F1 também deixou de *“preparar a comida de P1 separadamente”* a partir da segunda semana de Intervenção. F1 disse a filha que assim como ela comia doces, bolos e outras sobremesas, preparados em uma única panela, ela também poderia comer os alimentos preparados na mesma panela para todos da família. Importante ressaltar que F1 relatou que a partir da segunda semana de Intervenção, observou que a filha se agitava mais pela casa e apresentava mais vezes, do que o habitual, os rituais compulsivos diários que não solicitavam a sua participação (descritos na apresentação da Díade 1) e, por este motivo, não foram registrados por ela.

Na terceira semana de intervenção, a pesquisadora orientou F1 a pedir para a filha que colocasse a louça em cima da pia, após as refeições [segundo P1, ela evitava encostar na pia por sentir nojo de restos de comida, que ficavam nos pratos de seus familiares e, se encostasse, teria que lavar as mãos várias vezes]. A Tabela 5 mostra que a partir da terceira semana, houve uma redução na média diária da resposta de F1 de *“retirar a louça da mesa e guardar em cima da pia”*. Os registros de F1 mostraram que a partir do quarto dia da terceira semana de Intervenção, F1 deixou de apresentar completamente essa resposta de acomodação.

Na quarta semana desta fase, F1 recebeu a instrução da pesquisadora para comunicar a P1 que não guardaria mais a louça dela em local diferente, visto que todas as louças da casa ficam limpas após serem lavadas com detergente e também porque assim como P1 se alimenta fora de casa e usa as louças dos restaurantes, anteriormente utilizadas por várias outras pessoas

desconhecidas, o mesmo poderia ocorrer em casa. No entanto, devido ao aumento da ansiedade de P1, relatado pela mãe, e ao aumento da frequência dos rituais compulsivos de P1, que não exigiam a participação da mãe (portanto, não registrados), a mãe disse para a pesquisadora que não realizaria nenhuma outra mudança até que P1 se habituasse às mudanças já realizadas.

Por insistência da pesquisadora, na quinta semana de Intervenção, F1 falou novamente para a filha que não guardaria mais suas louças em locais diferentes. Entre a 3ª e a 7ª. semanas o comportamento de *“guardar as louças da filha em lugar separado”* permaneceu com uma média de 3,71 respostas por dia. Apenas na 8ª. semana houve uma pequena redução para uma média de 2,71 respostas por dia.

Segundo F1, desde a segunda semana de Intervenção a filha demonstrou irritabilidade e agitação física. F1 pediu, então, que a filha escolhesse entre compartilhar a louça de casa (não mais guardá-la em local diferente) ou pegar e guardar bebidas e alimentos na geladeira, quando fosse realizar as refeições do dia. Segundo o relato da mãe, P1 preferiu tentar a segunda opção, mas passou a apresentar um novo ritual (fazer o sinal da cruz três vezes para abrir a porta da geladeira (resposta esta que não foi registrada por F1 porque não solicitava a sua participação).

Outro dado importante, que pode ser visto na Tabela 5, é que F1 não seguiu a instrução de eliminar primeiramente *“guardar a louça da filha em local separado”* e depois *“pegar e guardar bebida e comida na geladeira”* (comportamentos de menor frequência), devido a escolha de P1 em apresentar primeiramente o episódio de *“pegar comida e bebida na geladeira”* (comportamento de maior frequência, avaliado na fase de Pré-intervenção).

Na oitava e também última semana de Intervenção, F1 relatou que pediu que P1 guardasse todas as louças no mesmo local da família e incentivou a filha dizendo que ela precisava se esforçar para melhorar ainda mais e que deveria ter a mesma coragem com relação aos episódios anteriores. Lembrou-lhe que ela não apresentava esta dificuldade na casa das pessoas que visitava, nem nos restaurantes que frequentava. Segundo a mãe, P1 novamente recusou-se e disse sentir nojo dos familiares, especificamente da saliva deles,

o que a faz ter dificuldade para compartilhar pratos, talheres e copos com eles. F1 explicou novamente para a filha que quando as louças são lavadas, não há restos de alimentos e nem mesmo de saliva. Disse a filha, que deixaria a louça dela limpa em cima da mesa, portanto, não as guardaria mais em local separado. Somente no final da 8ª. semana, P1 guardou sua louça no mesmo local que as demais louças da casa. Segundo a mãe, isto aconteceu porque P1 viu seu sobrinho de sete anos de idade pegar seu copo em cima da mesa e usar para beber água e refrigerante e ouviu-o dizer que sempre fazia isso.

**Seguimento.** Após 21 dias sem encontro com a pesquisadora, F1 trouxe seus registros de respostas ritualísticas da filha e de suas respostas de acomodação nos últimos sete dias.

A Tabela 6 apresenta a frequência média diária das respostas ritualísticas de P1, registradas por F1 na fase de Seguimento.

*Tabela 6.* Frequência média diária das respostas ritualísticas de P1 solicitando que sua mãe participasse, registradas por F1 no Seguimento.

<b>Classe de Respostas Ritualísticas</b>	<b>M. Diária 1 semana</b>
Pede para a mãe lavar a roupa	0
Pede para a mãe preparar o almoço e/ou jantar	0
Pede para a mãe pegar e guardar bebida e comida na geladeira	0

Como se pode ver na Tabela 6, não houve nenhuma ocorrência das respostas ritualísticas de P1, solicitando a participação de sua mãe no Seguimento.

A Tabela 7 apresenta a frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F1, registradas por essa familiar no Seguimento.

Tabela 7. Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F1, registradas por essa familiar no Seguimento.

Classe de Repostas de Acomodação Familiar - FA	M. Diária 1 semana
Lava a roupa da filha separado das roupas da família	0
Prepara o almoço e/ou jantar com panela separada	0
Lava a louça com bucha separada	0
Guarda a louça em local diferente	0
Retira a louça da mesa e coloca em cima da pia	0
Pega e guarda bebida e comida na geladeira	0

É possível perceber na Tabela 7, que F1 não emitiu nenhuma resposta de acomodação no Seguimento.

De acordo com F1, ela deixou de “*guardar a louça da filha em local diferente*” na semana seguinte ao término da Intervenção e acredita que a situação da filha ter visto o sobrinho usar seu copo para tomar alguma bebida, foi determinante para P1 aceitar em compartilhar a louça com seus familiares, uma vez que ela usou várias vezes o copo em suas refeições, após o ocorrido. F1 observou que houve também uma redução na frequência dos rituais compulsivos de P1 que não a envolviam, os quais foram posteriormente confirmados pela portadora na Entrevista Final.

Para F1, após mudar o seu comportamento em relação aos sintomas de TOC da filha passou a ter mais tempo para cuidar da própria saúde. F1 relatou ter marcado consultas clínicas e disse estar se dedicando mais à costura. Disse para a pesquisadora estar se esforçando para deixar a filha sair mais vezes de casa sozinha, o que de fato ocorreu no período entre a Intervenção e o Seguimento, segundo ela.

A Escala FAS-IR foi novamente aplicada pela pesquisadora e foi possível observar uma redução na pontuação de 34 para 15 (máximo de 48), indicando uma diminuição na acomodação familiar. É importante salientar que

a pontuação obtida na segunda aplicação referiu-se a presença de comportamentos da mãe de observação dos rituais de P1, que não envolviam sua participação (4 pontos), por esperar pela filha para saírem juntas de casa, que atrasava sua saída devido às compulsões (4 pontos), por se reprimir para não dizer nada relacionado às obsessões e compulsões de P1, pois acreditava que a filha ficaria nervosa, ansiosa e iniciaria ou reiniciaria os rituais compulsivos (4 pontos), por tolerar comportamentos estranhos ou condições incomuns em casa, como por exemplo, observar e permitir que P1 realizasse os rituais de colecionar vidros de shampoo, subir e descer as escadas três vezes, abrir e fechar a porta três vezes antes de entrar no banheiro (2 pontos) e por prover reassseguramento das obsessões de contaminação de P1 (1 ponto).

No último encontro com P1, a pesquisadora aplicou novamente a Escala Y-BOCS e verificou que a pontuação para Obsessões se manteve a mesma obtida na primeira aplicação (11 pontos com um máximo de 20 pontos) e que a pontuação para Compulsões aumentou de 9 para 10 pontos (máximo de 20 pontos), o que indica uma ligeira piora nas compulsões. Na Entrevista Final a portadora disse para a pesquisadora que a mãe está ajudando-a a ser mais independente, que deixou de fazer várias coisas para ela, como por exemplo, lavar as roupas separadas, lavar as louças com bucha separada, ter feito com que ela comesse a comida que faz para todos da família, ter pedido para ela pegar o suco e a comida na geladeira, que está conversando mais com ela e incentivando-a a vencer as dificuldades.

P1 também disse ter ficado muito ansiosa e angustiada com as mudanças da mãe. Relatou ainda se sentir um pouco ansiosa e disse ter sido muito difícil aceitar as propostas da mãe (com diferentes graus de dificuldade para cada proposta) e que ainda está se acostumando com as mudanças. Disse que passou a executar mais vezes os rituais habituais (subir e descer as escadas, virar a cabeça para os lados, abrir a porta para entrar no banheiro, lavar-se mais vezes no banho, lavar mais vezes as mãos, etc.) e relatou ter iniciado um novo ritual antes de abrir a geladeira. Nesta situação, a portadora contou que faz o sinal da cruz três vezes antes de abrir a porta da geladeira e que este ritual a imuniza de coisas ruins, porque na geladeira tem restos de

comida, dos alimentos que foram tocados pelos seus familiares (sobra das refeições do dia armazenada em potes plásticos), e porque todos da sua casa põem a mão na porta (o que a faz ter que lavar as mãos posteriormente). Disse que atualmente não faz mais o ritual todas as vezes em que abre a geladeira.

P1 também disse ter percebido que a mãe tem dito frequentemente que está contente com a melhora dela e também por ela não ter que fazer mais as coisas separadas. Disse também que a mãe a está incentivando a sair de casa sozinha para ir ao mercado e ao hospital, mas que ela ainda se sente insegura. Quanto à orientação que foi dada para a mãe, a portadora disse que indicaria a outros familiares, porque da mesma forma que a ajudou, pode ajudar outros portadores também. Finalizou a entrevista dizendo que o processo foi muito difícil, mas achou que valeu a pena.

## **Díade 2 – F2+ P2**

**Pré-intervenção.** Nesta fase F2 realizou 23 registros diários, no período de 42 dias, nos quais anotou 64 episódios de acomodação familiar e 66 episódios de TOC de P2.

Uma vez que conversar com o filho, abraçá-lo, beijá-lo e dizer que está bem são comportamentos considerados apropriados numa relação saudável entre pais e filhos, considerou-se que ocorria acomodação familiar se a frequência desses comportamentos fosse excessiva. Adotou-se como critério para considerar excessiva a frequência maior que duas respostas (mesma resposta) que ocorressem no mesmo dia. Dessa forma se P2 pedisse um beijo e a mãe atendesse, essa resposta não era considerada nem ritualística e nem acomodação. Se houvesse repetição do pedido e a mãe atendesse novamente, estas seriam consideradas uma resposta ritualística e de acomodação, respectivamente. Este mesmo critério não foi adotado para o pedido de P2 para dormir junto com a mãe e F2 dormir no mesmo colchão ou no mesmo quarto com o filho. Dessa forma, o registro deveria ser feito a partir da primeira ocorrência de ambas respostas.

A Tabela 8 apresenta a frequência de respostas de acomodação de F2 e de respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação de sua mãe, em cada dia de registro na fase Pré-intervenção

*Tabela 8.* Frequência de respostas de acomodação e de respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação da mãe por dia registrados por F2 durante 23 dias de registro na fase Pré-intervenção que durou 42 dias.

Registros Diário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Respostas Ritualísticas	-	1	-	1	1	1	1	-	2	2	-	-	-	5	2	1	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	12	4	-	1	3	5	4	3	3	-	-	3
Respostas FA	-	1	-	1	1	1	1	-	2	2	-	-	-	5	1	1	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	12	4	-	1	3	5	3	3	3	-	-	3

Como se pode ver na Tabela 8, em quase metade dos dias dessa fase (45,24%) F2 não realizou os registros, por diversos motivos (viagem da família, condição emocional de F2, o recente falecimento do marido e o estado de saúde de F2). De acordo com os dados da Tabela 7, a frequência de respostas de acomodação de F2 é idêntica à de respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação da mãe, exceto no 16º e no 37º dias dessa fase, variando entre 1 e 12 episódios diários. Segundo F2, no 16º e no 37º dias ela recusou-se a atender uma das solicitações de P2.

A Tabela 9 apresenta a frequência média diária das respostas ritualísticas de P2, na fase de Pré-intervenção.

*Tabela 9.* Frequência média diária das respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação de F2 na fase de Pré-intervenção (23 dias registrados)

Classe de Respostas Ritualísticas	M. Diária					
	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem	5ª sem	6ª sem
Conversa com a mãe para reassegurar seus pensamentos obsessivos	0,14	0,14	0,14	-	0,28	0
Abraça, beija e senta no colo da mãe	0,42	0,14	0,71	-	0,71	0,28
Pede para a mãe dormir com ele no mesmo quarto ou colchão	-	-	-	-	0,28	0,71
Pergunta a mãe se ela está bem	0,14	0,28	1,14	-	2,28	1,57

A partir dos registros feitos por F2, na fase de Pré-intervenção, foi possível perceber que as respostas ritualísticas de P2 envolvendo a mãe ocorriam em vários momentos do dia, por telefone ou pessoalmente. Durante as conversas com a pesquisadora, na fase de Pré-intervenção, F2 relatou que o filho pedia para conversar com ela quando lhe ocorriam pensamentos obsessivos sobre religião, Deus e doenças, porque acreditava que tais pensamentos poderiam se tornar realidade, por exemplo, quando P2 fazia troca com Deus, oferecendo a vida de algum familiar em troca da obtenção de algo desejado no momento (a morte da mãe em troca da vitória do time de futebol). Ainda de acordo com o relato de F2, sempre que o filho realizava as trocas mentais com Deus, ele a procurava e perguntava se ela estava se sentindo bem, abraçava-a e a beijava várias vezes, pedia para dormir com ela segurando sua mão e, quando as trocas mentais eram feitas nos momentos em que eles não estavam juntos, P2 ligava frequentemente para se assegurar que a mãe estava bem. Quando a mãe estava fora de casa, as ligações para saber se ela estava bem foram mais frequentes, se comparado aos dias em que a mãe ficava em casa.

A Tabela 10 apresenta as diferentes classes de respostas de acomodação de F2 e as suas frequências médias diárias registradas por essa familiar, na fase Pré-intervenção.

*Tabela 10.* Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F2 registradas por essa familiar, na fase Pré-intervenção.

Classe de Respostas de Acomodação Familiar - FA	M. Diária					
	1 <sup>a</sup> sem	2 <sup>a</sup> sem	3 <sup>a</sup> sem	4 <sup>a</sup> sem	5 <sup>a</sup> sem	6 <sup>a</sup> sem
Conversa com o filho para acalmá-lo diante das obsessões	0,14	0,14	0,14	-	0,28	0
Abraça, beija e coloca o filho no colo	0,42	0,14	0,57	-	0,71	0,14
Dorme com o filho no mesmo quarto ou colchão	-	-	-	-	0,28	0,71
Responde ao filho que está bem	0,14	0,28	1,14	-	2,28	1,57

Pode-se ver que as frequências médias diárias das respostas de acomodação de F2 variaram nas seis semanas de registro da fase Pré-intervenção. “*Responder ao filho que está bem*” foi a categoria que apresentou a maior amplitude, variando entre 0,14 ocorrência por dia (1<sup>a</sup>. semana) a 2,28 ocorrências diárias (5<sup>a</sup>. semana). A resposta “*dormir com o filho no mesmo colchão ou na sala*” foi registrada apenas a partir da 5<sup>a</sup> semana. Quando questionada pela pesquisadora se este era um comportamento novo, F2 disse que ela e o portador não dormiam nas próprias camas desde o dia do falecimento do marido, devido às solicitações de P2, mas que ela não tinha percebido, até então, que o pedido do filho era uma resposta ritualística. A pesquisadora instruiu F2 que continuasse a registrar esses comportamentos diariamente. Como mostra a Tabela 10, na 2<sup>a</sup>. e 6<sup>a</sup>. semanas da fase de Pré-intervenção, F2 apresentou menos frequentemente a resposta de abraçar, beijar e sentar o filho no colo.

Na 4<sup>a</sup>. semana desta mesma fase, F2 não realizou nenhum registro, justificando sentir-se muito deprimida, em função do luto da perda do marido. Relatou ter consultado um Psiquiatra e ter iniciado o tratamento para depressão.

**Intervenção.** Na primeira sessão da fase de Intervenção, a pesquisadora analisou com F2 a frequência das respostas de acomodação da fase Pré-intervenção e repetiu a mesma instrução dada a F1 “...*Desta forma, seguiremos a seguinte sequência: (1) conversar com o filho para acalmá-lo*

diante das obsessões; (2) corresponder aos abraços, beijos e deixar o filho sentar no seu colo; (3) dormir com o filho no mesmo quarto ou colchão na sala e (4) responder ao filho que está bem”.

Na fase de Intervenção, F2 realizou 56 registros diários, durante oito semanas.

A Figura 2 apresenta a frequência diária das respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação da mãe e das respostas de acomodação de F2 durante o período de Intervenção, que durou oito semanas.

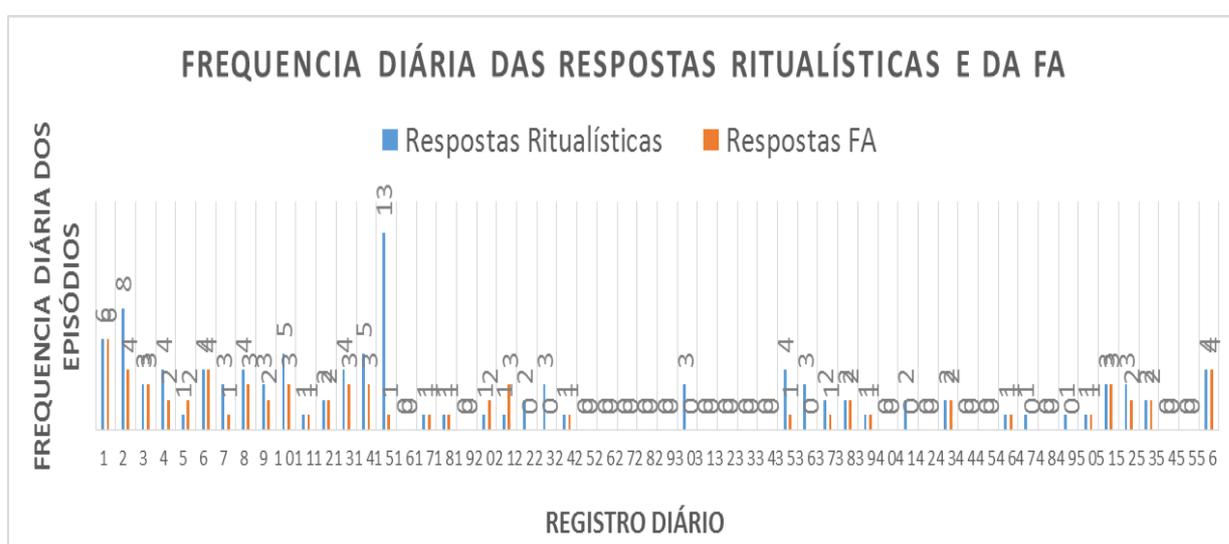


Figura 2 – Frequência diária das respostas ritualísticas de P2 que solicitavam a participação da mãe e das respostas de acomodação apresentadas por F2, em 56 dias de registros.

Pode-se ver na Figura 2 que as respostas ritualísticas de P2 tiveram uma variação diária maior (0 a 13 ocorrências por dia) do que as respostas de acomodação de F2 (variação de 0 a 6 ocorrências). Diferentemente do que ocorreu para a Díade 1 não houve uma diminuição gradativa consistente na frequência de acomodação no período de intervenção. Em 33 dias de registros da fase de Intervenção (nos dias 1º, 3º, 6º, 11º, 12º, 16º a 19º, 24º a 34º, 38º a 40º, 43º a 46º, 48º, 50º, 51º, 54º a 56º) F2 apresentou uma frequência de respostas de acomodação idêntica à frequência dos rituais de P2. Em 19 dias de registros (nos dias 2º, 4º, 7º a 10º, 13º a 15º, 22º, 23º, 35º a 37º, 41º, 42º, 47º, 49º e 52º) F2 apresentou menos respostas de acomodação do que o

portador solicitou. Apenas em três dias de registros (nos dias 5º, 20º e 21º) F2 apresentou um número maior de respostas do que a solicitação de P2, sendo as três respostas de dormir com o filho na sala sem que ele pedisse, alegando que P2 demonstrava estar ansioso e angustiando por causa dos pensamentos obsessivos (segundo a mãe, provavelmente das trocas com Deus).

Deve-se salientar que no 15º dia ocorreu a maior frequência de resposta de P2. Neste dia F2 encontrou-se com a pesquisadora e seu telefone celular estava no modo silencioso. P2 ligou 12 vezes seguidamente, mesmo sabendo que a mãe estava com a pesquisadora. Quando P2 conseguiu falar com a mãe, disse que estava passando mal e precisou sair mais cedo do trabalho. Segundo o relato de F2, o filho disse ter se desesperado, pois havia feito uma barganha com Deus, com a vida da mãe, e obsessivamente pensou que havia acontecido algo de ruim com ela, como havia ocorrido com seu pai. Somente tranquilizou-se quando conseguiu conversar com a mãe e ouvir dela que estava bem, o que ocorreu quase 2 horas após as tentativas de chamadas pelo celular. Outro fato relatado por F2 foi que neste dia P2 mexeu na bolsa de sua mãe, enquanto ela tomava banho e encontrou a pasta plástica com as Folhas de Registro Diário. F2 explicou-lhe que estava anotando os comportamentos de ambos para que a pesquisadora pudesse orientá-la como agir com ele, diante dos sintomas obsessivo-compulsivos.

Percebe-se na Figura 2, que a partir do dia posterior a este fato (16º de Intervenção) houve uma redução na frequência de respostas de acomodação de F2 e na frequência de respostas ritualísticas de P2, com variação de 0 a 4 ocorrências diárias para ambas respostas. A partir do dia 35º de Intervenção, observa-se na Figura 2, um pequeno aumento na frequência das respostas ritualísticas de P2 e das respostas de acomodação de F2. Na última semana da fase de Intervenção, em quatro dias de registro (dias 50º, 51º, 53º e 56º) a frequência de ambas as respostas foram iguais, em um dia (dia 52º) a frequência de respostas de F2 foi menor do que a de P2. De acordo com os registros de F2, na última semana de Intervenção, o portador disse para a mãe que a intensidade de seus pensamentos obsessivos (especialmente de fazer trocas com Deus) havia aumentado, e segundo ela, este foi o motivo de seu filho ter lhe solicitado mais vezes na semana.

A Tabela 11 apresenta as classes de respostas de acomodação apresentadas por F2 no período de Intervenção e as suas frequências médias diárias.

*Tabela 11.* Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F2 registradas por essa familiar na fase de Intervenção.

	M. Diária							
Classe de Respostas de Acomodação Familiar - FA	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem	5ª sem	6ª sem	7ª sem	8ª sem
Conversa com o filho para acalmá-lo diante das obsessões	0	0	0	0	0	0	0	0
Abrça, beija e coloca o filho no colo	0,85	0,28	0,14	0	0	0,42	0,14	0,42
Dorme com o filho no mesmo quarto ou colchão	0,85	0,57	0,57	0	0	0	0	0
Responde ao filho que está bem	1,42	1,57	0,42	0,14	0,14	0,14	0,28	1,28

Conversar com o filho para acalmá-lo quando ele relatava pensamentos obsessivos e dormir com ele foram as únicas respostas eliminadas completamente na fase de Intervenção.

A primeira classe de resposta de acomodação proposta pela pesquisadora para ser eliminada foi conversar com o filho para acalmá-lo, diante das obsessões. Essa resposta de acomodação não ocorreu na última semana da fase de Pré-intervenção. No entanto, considerando a possibilidade de P2 apresentar esse ritual nas próximas semanas, a pesquisadora iniciou a fase de Intervenção com esta orientação a F2. Na primeira semana de Intervenção, F2 relatou para a pesquisadora ter dito ao filho que mudaria seu comportamento de responder incessantemente às perguntas sobre doença, Deus e religião. Segundo a mãe, após algumas tentativas frustradas de P2 conversar com a mãe sobre as mesmas obsessões (F2 disse ao filho que já tinha conversado várias vezes com ele a respeito de suas dúvidas obsessivas relacionadas a religião, Deus e doença e, portanto, não voltaria a dizer as mesmas coisas. Pediu ao filho que conversasse com sua psicóloga a respeito e o mesmo disse a mãe que sua terapeuta havia lhe dito que eles deveriam conversar, nas sessões de terapia, sobre outros assuntos da vida dele, não relacionados aos sintomas obsessivo-compulsivos). P2 parou completamente

de procurá-la para falar a esse respeito, no entanto, passou a apresentar mais vezes a resposta de pedir abraços e beijos e de perguntar se a mãe estava bem. Um fato importante foi que na segunda semana de Intervenção, F2 disse para a pesquisadora que gostaria de eliminar o episódio de responder ao filho que está bem. A pesquisadora apontou para F2 que esta era a resposta que ocorria mais frequentemente e que começar por ela poderia aumentar muito a ansiedade de P2 e, provavelmente os rituais também, e que o correto seria eliminar a segunda resposta de menor ocorrência diária (*dormir com o filho no mesmo colchão ou corresponder às expressões de afeto de P2*). Desta forma, a pesquisadora propôs a F2 que escolhesse apenas um entre duas respostas de menor ocorrência para ser eliminada na segunda semana e F2 escolheu eliminar corresponder excessivamente aos abraços e beijos do filho, na segunda semana de Intervenção.

É possível observar na Tabela 11, que o contato físico exagerado diminuiu de uma média diária de 0,85 na primeira semana de Intervenção para 0,28 e 0,14 resposta diária na segunda e na terceira semanas de Intervenção, respectivamente. Deixou de acontecer completamente nas 4<sup>a</sup>. e 5<sup>a</sup>. semanas e voltou a ocorrer com uma frequência média baixa nas 6<sup>a</sup>., 7<sup>a</sup>. e 8<sup>a</sup>. semanas (0,42; 0,14; 0,42, respectivamente).

De acordo com os registros de F2, a partir da 4<sup>a</sup> semana de Intervenção, P2 voltou a dormir sozinho (no seu quarto ou na sala) e não pediu mais para a mãe que dormissem juntos. F2 também voltou a dormir em seu quarto, o que não ocorria desde o falecimento do marido.

Na 5<sup>a</sup> semana de Intervenção a pesquisadora orientou F2 que se P2 perguntasse por sua saúde, ela deveria responder apenas uma vez ao dia que estava bem e nas demais vezes que ele perguntasse ela deveria dizer que ele já havia lhe feito esta pergunta e que ela já havia respondido, portanto, que não responderia novamente. Como mostra a Tabela 11, a resposta de responder ao filho que estava bem, assim como a resposta de abraçar, beijar e colocá-lo no colo, não foram eliminadas após as orientações da pesquisadora. F2 justificou essas respostas de acomodação, dizendo que o filho continuava muito triste com o falecimento do pai, ansioso e angustiado por não conseguir controlar as

obsessões de barganha com Deus e instável nas solicitações. Conversar com o filho para acalmá-lo e dormir com o ele, foram as únicas respostas eliminadas completamente na fase de Intervenção.

**Seguimento.** Após 21 dias sem encontro com a pesquisadora, F2 não trouxe seus registros de respostas ritualísticas do filho e de suas respostas de acomodação nos últimos sete dias, conforme solicitado pela pesquisadora. Segundo relato de F2, nesta semana ela precisou se dedicar a documentação do falecimento do marido. A pesquisadora instruiu F2 a fazer o registro e trazê-lo na semana seguinte.

A Tabela 12 apresenta a frequência média diária das respostas ritualísticas de P2, registradas por F2 no Seguimento.

*Tabela 12.* Frequência média diária das respostas ritualísticas de P2, registradas por F2 nos últimos sete dias.

<b>Classe de Respostas Ritualísticas</b>	<b>M. Diária 1 semana</b>
Conversa com a mãe para reassegurar seus pensamentos obsessivos	0
Abraça, beija e senta no colo da mãe	0,42
Pede para a mãe dormir com ele no mesmo quarto ou colchão	0
Pergunta a mãe se ela está bem	0,42

A Tabela 13 apresenta a frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F2, registradas por essa familiar após a nova instrução.

*Tabela 13.* Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F2, registradas por essa familiar na fase de Seguimento.

<b>Classe de Respostas de Acomodação Familiar - FA</b>	<b>M. Diária 1ª semana</b>
Conversa com o filho para acalmá-lo diante das obsessões	0
Abraça, beija e coloca o filho no colo	0,42
Dorme com o filho no mesmo quarto ou colchão	0
Responde ao filho que está bem	0,42

Observa-se nas Tabelas 12 e 13, que as respostas ritualísticas de P2 “*abraçar, beijar e sentar ou deitar no colo da mãe*” e “*perguntar se a mãe está bem*”, assim como as respostas de acomodação de F2 “*abraçar, beijar e colocar o filho no colo*” e “*responder ao filho que está bem*” tiveram a mesma frequência média diária entre a díade (0,42 ocorrências diárias). De acordo com os registros desta última semana, realizados por F2, todas as vezes em que P2 solicitou que F2 acomodasse as respostas de P2, ela o fez. Percebe-se em ambas as Tabelas que essas respostas não foram eliminadas no Seguimento, como ocorreu com as respostas da díade de “*conversar e reassegurar os pensamentos obsessivos*” e “*dormirem juntos no mesmo quarto ou colchão*”, as quais foram completamente eliminadas.

As Tabelas 12 e 13 também mostram que a frequência média das respostas de P2 e de F2 de “*beijarem-se e abraçarem-se*” permaneceu a mesma que a da última semana da fase de Intervenção (0,42 ocorrências diárias). Já a resposta de “*responder ao filho que está bem*” diminuiu de uma média de 1,28 ocorrências diárias (Tabela 11) na última semana de Intervenção para 0,42 ocorrências diárias no Seguimento.

De acordo com F2, após o término da Intervenção, nas situações em que o seu celular estava fora de área, quando estava no modo silencioso e quando ela o desligava e após P2 relatar que havia feito trocas com Deus, o filho a procurava para saber se ela estava bem, além de abraçá-la, beijá-la e pedir para deitar a cabeça no seu colo. Na semana do Seguimento, faleceu um

amigo da família e segundo F2 esta situação deixou P2 muito ansioso, o que foi acompanhado de muitos pensamentos obsessivos de barganha com Deus, pois P2 já havia feito a troca envolvendo a vida do vizinho (que estava com câncer), e relatou a mãe sentir medo de perde-la por já ter feito o mesmo tipo de troca com a vida dela. Este motivo, segundo o relato de F2, fez com que o filho a procurasse mais para abraçar, beijar e perguntar a ela se está bem.

F2 disse que o filho passou a perguntar mais vezes onde ela estava e se ela ia sair. F2 disse reconhecer quando P2 estava fazendo as trocas, mas continuava não perguntando nada a respeito dos pensamentos obsessivos. Comentou também que a psiquiatra que acompanha o filho alterou alguns medicamentos e introduziu um indutor de sono. De acordo com F2, nesta semana de seguimento, o filho foi menos frequentemente à academia, mas continuou jogando bola e ensaiando músicas com sua banda.

Com relação às mudanças ocorridas na vida de F2, a mesma relatou que voltou a trabalhar como voluntária no posto de saúde, que continuava em tratamento farmacológico para depressão e que estava organizando as documentações para processar a empresa onde o marido trabalhou. Também relatou que o filho não a solicitou mais que dormissem juntos e não buscou mais por reassseguramento das obsessões com relação à doença e à religião.

A Escala FAS-IR foi novamente aplicada pela pesquisadora e foi possível observar uma redução na pontuação de 36 para 9 (máximo de 48), indicando uma diminuição na acomodação familiar. É importante salientar que a pontuação da Escala na segunda aplicação foi obtida pela presença de comportamentos da mãe de reassegar ao filho que ela estava bem, quando ele demonstrava se preocupar obsessivamente com o bem-estar dela (2 pontos); por ela assistir algumas vezes os rituais do filho em casa, por exemplo, rezar fazendo o sinal da cruz várias vezes, lavar excessivamente as mãos após calçar os sapatos (2 pontos); por conter-se em não dizer nada relacionado às obsessões do filho, por exemplo, não perguntava e não dizia nada ao filho quando ele fazia trocas com Deus e a procurava para saber se estava bem, onde estava ou para abraça-la e beijá-la (4 pontos) e por tolerar comportamentos estranhos, relacionados à emissão dos rituais em casa, por

exemplo, permitir que o filho lavasse as mãos várias vezes ou rezasse por muito tempo, fazendo repetidamente o sinal da cruz (1 ponto).

No último encontro com P2, a pesquisadora aplicou novamente a Escala Y-BOCS e verificou que a pontuação para Obsessões aumentou com relação à primeira aplicação (de 11 para 14 pontos com um máximo de 20 pontos) e que a pontuação para Compulsões aumentou de 6 para 12 pontos (máximo de 20 pontos), o que indica uma piora nos sintomas.

Na Entrevista Final o portador disse para a pesquisadora que a mãe mudou bastante o comportamento com ele e que percebeu inicialmente que ela não queria conversar mais com ele sobre as dúvidas que tem sobre Deus e, posteriormente que ela se afastou dele, tendo ficado mais fria com ele. Disse que ele não entendeu porque estava agindo assim, embora ela tivesse dito que iria deixar de fazer algumas coisas, mas não compreendeu os motivos das mudanças. P2 comentou que a mãe deixou de abraçá-lo e beijá-lo e que o evitava quando ele se aproximava para pedir carinho. Disse que de um dia para outro ela parou de dormir com ele na sala ou no mesmo colchão e que ele não entendia porque a mãe estava se afastando dele, especialmente por ela não responder como estava se sentindo todas as vezes que ele perguntava.

Com relação às consequências dessas mudanças nos sintomas de P2, relatou ter sofrido muito, ter se sentido muito ansioso e angustiado com as novas condutas da mãe. Relatou que suas obsessões e compulsões aumentaram muito, pois a cada dia pensava mais vezes que a mãe podia ter deixado de gostar dele ou que estava depressiva ou doente pelo falecimento de seu pai e acreditava que Deus o estava punindo por causa das trocas que faz. Contou que havia feito a troca com Deus no dia em que o pai faleceu e que esta situação fez com que ele não conseguisse controlar mais essa obsessão, pois ainda acredita ter sido o responsável pela morte do pai e disse que se matará se a mãe morrer. P2 contou que as obsessões são incontroláveis e que somente sente-se aliviado quando ouve a voz da mãe e sabe que ela está em casa. Disse que esta compulsão foi a que mais aumentou de frequência quando o pai morreu e que quando a mãe não atende o telefone ele sente mal-estar e os pensamentos de que ela pode estar em perigo ou até mesmo morta

aumentam absurdamente até o momento em que consegue falar com ela. P2 disse que a mudança de comportamentos da mãe foi sinalizada pela sua psicóloga como positiva e necessária, que ele precisava ter controle sobre suas obsessões e que a mãe não pode corresponder aos seus exageros de responder como está se sentindo todas as vezes em que ele se sente inseguro com o bem-estar dela. P2 disse que no dia em que não conseguiu falar com a mãe no telefone passou muito mal e ficou muito irritado com ela. Disse que estava determinado a procurar por algo que explicasse os motivos das suas mudanças de atitude (embora a mãe conversou com ele sobre as mudanças, conforme orientada pela pesquisadora), e que encontrou as Folhas de Registro na bolsa da mãe. Disse que ter encontrado a Folha foi bom porque acreditava que Deus poderia lhe estar punindo pelas trocas que fazia e que tentou aceitar as mudanças propostas por ela porque sabia que estava sendo orientada pela pesquisadora. Disse que a terapia o ajudava, mas reclamou que esta ocorria numa clínica escola, que havia trocado duas vezes o profissional de psicologia.

P2 disse acreditar que a orientação aos familiares de portadores de TOC é essencial para o bem-estar da família e que o ajudou muito a ser mais independente, mais seguro para dormir sozinho, agendar consultas e ir a consultas sozinho e que aprendeu a controlar a compulsão de falar com a mãe sobre os pensamentos religiosos, mas que somente começou a agir assim porque não podia contar mais com a ajuda da mãe. Disse que compor músicas e cantar o auxiliavam muito neste controle e que intensificou a relação com a música depois da mãe ter dito que não conversaria mais com ele sobre as obsessões de religião e também porque a mãe o incentivou a voltar a tocar e cantar. Relatou que ainda precisava saber como a mãe estava e que a procurava mais quando estava muito triste ou ansioso.

P2 disse que acreditava que a mãe estava feliz por ter voltado a trabalhar na UBS e que embora tivesse muitos pensamentos obsessivos quando ela estava fora de casa, sabia que ela precisava fazer o que gostava para enfrentar a morte do pai e se sentir melhor.

### Díade 3 – F3+ P3

**Pré-intervenção.** Nesta fase F3 realizou 25 registros diários, nos quais anotou e 159 respostas ritualísticas de P3 e 156 respostas de acomodação apresentadas por vários familiares (mãe, pai, irmãs e tia de P3). Deste total de respostas de acomodação, 79 foram apresentadas (50,64%) por F3, 36 (23,08%) pela irmã mais nova de P3, 35 (22,44%) pelo pai, 4 (2,56%) pela tia e 2 (1,28%) pela irmã gêmea, também portadora do TOC. Importante ressaltar que todos os episódios ocorreram na presença de F3, sendo, portanto, anotados diariamente por ela, na Folha de Registro Diário. Diferentemente do que ocorreu para as díades 1 e 2, na díade 3 todos da família de P3 apresentavam as mesmas respostas de acomodação.

A Tabela 14 apresenta a frequência dos episódios de TOC de P3 e das respostas de acomodação de cada familiar em cada dia de registro na fase, Pré-intervenção.

*Tabela 14.* Frequência diária de episódios de TOC em que P3 solicitava a participação de seus familiares e de respostas de acomodação de cada familiar registradas por F3, na fase Pré-intervenção.

Registros Diário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Respostas Ritualísticas	3	5	4	5	4	4	6	3	7	8	4	2	24	5	2	3	12	4	9	-	5	10	6	8	4	12
Respostas FA - Mãe	0	4	4	0	3	0	6	0	0	8	0	0	5	5	2	0	10	0	8	-	0	8	0	7	1	8
Respostas FA - Irmã + nova	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	19	0	0	2	0	3	0	-	5	0	0	0	3	0
Respostas FA - Pai	3	1	0	5	1	4	0	3	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	2	6	0	0	4
Respostas FA - Irmã gêmea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	1	0	0
Respostas FA - Tia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	-	0	0	0	0	0	0
Total Respostas Familiares	3	5	4	5	4	4	6	3	5	8	4	2	24	5	2	2	12	4	9	-	5	10	6	8	4	12

Como se pode ver na Tabela 14, em apenas uma ocasião (20º dia) F3 não realizou o registro, alegando não estar em casa naquele dia. De acordo com os dados da Tabela 14, a frequência diária de todas as respostas de acomodação dos familiares de P3 é idêntica à de respostas ritualísticas em que P3 solicitava a participação dos mesmos, exceto no 9º e no 16º dias nos quais

a frequência de respostas ritualísticas de P3 excedeu a de respostas de acomodação. As respostas de acomodação familiar variaram entre 2 e 26 ocorrências diárias e as respostas de F3 variaram de 1 a 10 ocorrências diárias.

No 13º dia de registro ocorreu a maior frequência de respostas ritualísticas de P3 e também das respostas de acomodação dos familiares. F3 relatou que neste dia P3 lhe contou que a gerente da loja onde trabalha criticou muito seu desempenho profissional. Em função disso, P3 apresentou muitos pensamentos obsessivos e muitas respostas ritualísticas no dia, envolvendo a participação da mãe e da irmã mais nova.

No 17º dia de registro, F3 apresentou 10 respostas de acomodação às solicitações de P3. F3 relatou que neste dia ficou muito nervosa com as solicitações da filha e após ter apresentado três vezes o mesmo ritual (abaixar, colocar uma mão no chão, olhar o seu reflexo na janela e dizer comeu o chão, pé de parede e seu nome), discutiu com ela, e em seguida P3 solicitou que a mãe repetisse o mesmo ritual mais sete vezes em todos os ambientes da casa nos quais a mãe havia discutido com ela.

Pode-se ver na Tabela 14 que em 12 dias de registro da fase de Pré-intervenção, F3 foi a familiar que mais apresentou respostas de acomodação nos 2º, 3º, 5º, 7º, 10º, 14º, 15º, 17º, 19º, 22º, 24 e 26º dias.

A Tabela 15 apresenta a frequência média diária das respostas ritualísticas de P3 dirigidas aos seus familiares, na fase Pré-intervenção.

*Tabela 15.* Frequência média diária das respostas ritualísticas de P3 dirigidas aos seus familiares, nos 25 dias de registro da fase Pré-intervenção.

Classe de Respostas Ritualísticas	M. Diária	M. Diária	M. Diária	M. Diária
	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem
Pede para abrir e fechar a porta de casa, quando chega do trabalho	0,14	0,57	0,57	0,57
Pede para abrir e fechar a porta novamente	0	0,28	0,14	0,42
Pede para pegar objetos no chão, da mesa, varal, parede, etc.	0,14	0	0,85	0
Pede para fazer rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente	4,00	2,57	7,14	5,42

A partir dos registros feitos por F3, na fase de Pré-intervenção, foi possível perceber que as respostas ritualísticas de P3 envolvendo seus familiares ocorriam em vários momentos do dia, por telefone ou pessoalmente, em vários ambientes da casa e especialmente quando P3 chegava à noite do trabalho, quando ficava em casa sozinha com a mãe no período da manhã e quando estava de folga. Embora as respostas ritualísticas de P3 fossem dirigidas a todos os familiares, quando todos estavam em casa, P3 costumava pedir primeiramente para a sua irmã mais nova e posteriormente para o seu pai. F3 era a familiar que mais tempo ficava em casa com P3 durante a semana (duas a três vezes na semana no período da manhã) e nessas ocasiões a filha lhe solicitava que participasse de seus rituais. Segundo F3, somente quando os demais familiares não estavam em casa ou não podiam falar com P3 ao telefone, ela pedia para a irmã gêmea realizar os rituais. A tia de P3 somente atendeu os pedidos de P3 quando esteve hospedada na casa da família. De acordo com F3, P3 não pedia para nenhuma outra pessoa da família (tias, primas) ou amigos realizarem rituais.

Com exceção da resposta ritualística de P3 *“pedir aos familiares para fazer rituais verbais e/ou gestuais, por telefone ou pessoalmente”*, todas as respostas ritualísticas de P3, relacionadas na Tabela 12, foram acomodadas pelos familiares em todas as ocasiões registradas.

É possível perceber na Tabela 15 que *“pedir para os familiares executarem rituais verbais e/ou gestuais”* foi a resposta mais frequente

apresentada por P3 na fase Pré-intervenção, variando entre 2,57 e 7,14 ocorrências médias diárias. Segundo F3, essa resposta tinha várias topografias diferentes. Em algumas ocasiões, P3 solicitava que o familiar agachasse e colocasse uma mão no chão enquanto deveria repetir uma certa frase, devendo ou não engolir saliva e olhar o reflexo na janela. Em outras ocasiões P3 solicitava que o familiar respondesse a uma mesma pergunta sem sentido ou completasse uma mesma frase. Em outras ocasiões, o familiar era solicitado a repetir uma frase que P3 elaborava sobre um diálogo que ela havia travado durante o dia com alguma pessoa. F3 contou para a pesquisadora que essas solicitações ocorriam após P3 ouvir no rádio, na TV e em conversas, assuntos relacionados à morte, à doença, à velhice, à internação, aos crimes hediondos, ao receber uma crítica, após ter discutido com algum familiar, após ver pessoalmente imagens de acidentes, de cemitério, de idosos, de pessoas doentes entre outras.

A segunda e terceira classe de respostas que ocorreu mais frequentemente na Pré-Intervenção foi *“pedir aos familiares para abrir e fechar a porta de casa, quando chegava do trabalho”* e, na sequência, *“pedir a este mesmo familiar para abrir e fechar a porta novamente, tendo ou não que dizer o nome de algum familiar”*. Segundo F3, a filha acreditava que se pegasse a chave na bolsa, sua mão contaminaria seus pertences com vírus e sujeira das pessoas que estavam com ela no ônibus na volta para casa. Desta forma, ao invés de usar a própria chave para abrir a porta de casa, P3 batia na porta e pedia que algum familiar abrisse. Além disso, P3 solicitava a esse familiar que abrisse e fechasse a porta novamente, às vezes tendo que dizer o nome de algum familiar, juntamente com o movimento de abrir e fechar a porta pela segunda vez.

A resposta de *“pedir aos familiares para pegar objetos no chão, da mesa, do varal, da parede, etc.”* foi registrada apenas na 1ª e na 3ª semanas na fase Pré-intervenção. De acordo com F3, esta resposta de P3 não ocorria frequentemente e F3 não soube dizer porque a filha pedia para que todos pegassem esses objetos. Apenas relatou que esta resposta de P3 ocorria há muitos anos e que todos atendiam as solicitações dela, como por exemplo, pegar uma blusa que estava no chão, pegar um talher quando caia no chão,

pegar a carteirinha de foto da irmã gêmea que ficava em cima da mesa, pegar a toalha estendida no varal, o quadro da parede, etc. F3 disse acreditar que P3 deixava cair no chão propositalmente alguns objetos para que alguém os pegasse.

A Tabela 16 apresenta as diferentes classes de respostas de acomodação dos familiares de P3 e as suas frequências médias diárias registradas por F3, na fase Pré-intervenção.

*Tabela 16.* Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação dos familiares de P3, registradas por F3, na fase Pré-intervenção.

Classe de Respostas Acomodação Familiar - FA	M. Diária	M. Diária	M. Diária	M. Diária
	1 <sup>a</sup> sem	2 <sup>a</sup> sem	3 <sup>a</sup> sem	4 <sup>a</sup> sem
Abre e fecha a porta de casa, quando P3 chega do trabalho	0,14	0,57	0,57	0,57
Abre e fecha a porta de casa novamente	0	0,28	0,14	0,42
Pega objetos no chão, na mesa, varal, parede, etc.	0,14	0	0,85	0
Faz rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente	4,00	2,14	7,00	5,42

Comparando os dados apresentados nas Tabelas 15 e 16 verifica-se que exceto em relação às respostas “*pedir para os familiares fazer rituais...*” apresentadas por P3 e “*fazer rituais...*” apresentadas pelos familiares, todas as solicitações de P3 foram atendidas pelos familiares. A execução dos rituais pelos familiares ocorreu numa frequência média diária ligeiramente menor que as solicitações de P3. Na 2<sup>a</sup>. (2,14 ocorrências diárias) e 3<sup>a</sup>. (7,00 ocorrências diárias) semanas.

A Tabela 17 apresenta a frequência média diária das respostas ritualísticas de P3 dirigidas apenas a F3, na fase Pré-intervenção.

**Tabela 17.** Frequência média diária das respostas ritualísticas de P3 dirigidas apenas a F3, nos 25 dias de registro da fase Pré-intervenção.

Classe de Respostas Ritualísticas	M. Diária	M. Diária	M. Diária	M. Diária
	1 <sup>a</sup> sem	2 <sup>a</sup> sem	3 <sup>a</sup> sem	4 <sup>a</sup> sem
Pede para abrir e fechar a porta de casa, quando chega do trabalho	0	0,14	0,14	0,14
Pede para abrir e fechar a porta novamente	0	0,14	0,14	0
Pede para pegar objetos no chão, da mesa, varal, parede, etc.	0,14	0	0,71	0
Pede para fazer rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente	2,28	0,85	0,42	3,28

A classe de resposta ritualística apresentada por P3 dirigida para a mãe que mais ocorreu na fase Pré-Intervenção foi *“pedir para fazer rituais verbais/gestuais por telefone ou pessoalmente”* (média de 1,71 ocorrências diárias nas quatro semanas de registro); em seguida *“pedir para pegar objetos no chão, no varal, na parede, etc.”* (média de 0,21 ocorrência diária nas quatro semanas de registro); em seguida *“pedir para abrir e fechar a porta ao chegar do trabalho”* (média de 0,10 ocorrência diária nas quatro semanas de registro); e finalmente *“pedir para abrir e fechar a porta novamente”* (média de 0,07 ocorrência diária nas quatro semanas de registro).

A Tabela 18 apresenta as diferentes classes de respostas de acomodação de F3 e as suas frequências médias diárias registradas por essa familiar, na fase Pré-intervenção.

**Tabela 18.** Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F3 dirigidas a P3, nos 25 dias de registro da fase Pré-intervenção.

Classe de Respostas Acomodação Familiar - FA	M. Diária	M. Diária	M. Diária	M. Diária
	1 <sup>a</sup> sem	2 <sup>a</sup> sem	3 <sup>a</sup> sem	4 <sup>a</sup> sem
Abre e fecha a porta de casa, quando P3 chega do trabalho	0	0,14	0,14	0,14
Abre e fecha a porta de casa novamente	0	0,14	0,14	0
Pega objetos no chão, na mesa, varal, parede, etc.	0,14	0	0,71	0
Faz rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente	2,28	0,85	0,42	3,28

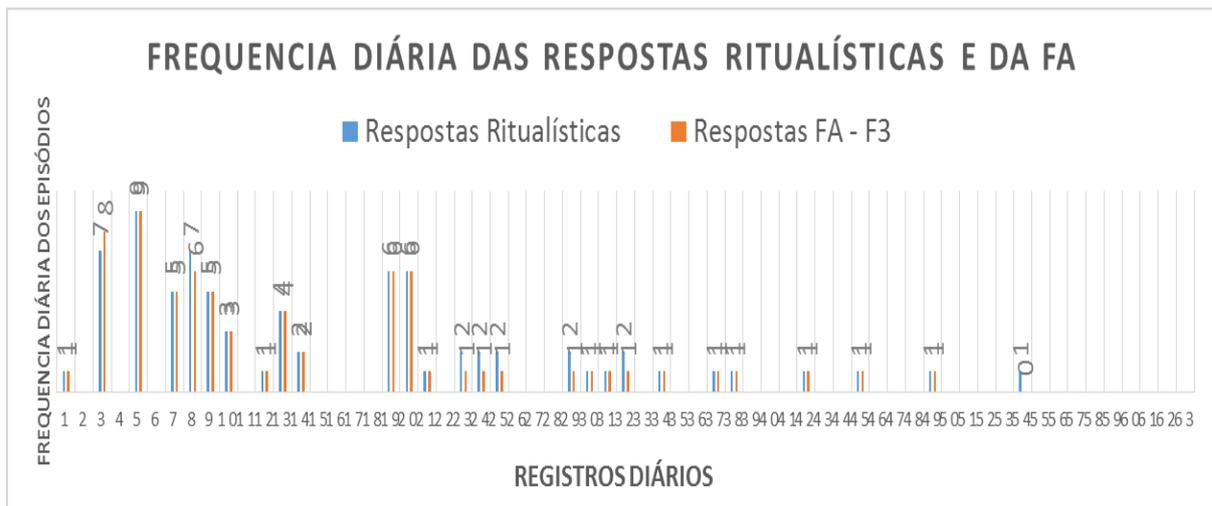
É possível perceber nas Tabelas 17 e 18, que a frequência média diária das respostas de acomodação de F3 foi idêntica a das respostas ritualísticas de P3, o que significa que todas as vezes em que P3 solicitou a participação da mãe, para todas as suas respostas ritualísticas, F3 atendeu.

**Intervenção.** Na primeira sessão da fase de Intervenção, a pesquisadora analisou com F3 a frequência das respostas de acomodação da fase Pré-intervenção e repetiu a mesma instrução dada a F1 e F2 *“...Desta forma, seguiremos a seguinte sequência: (1) abrir e fechar a porta de casa novamente, podendo dizer ou não o nome de um dos familiares; (2) abrir e fechar a porta de casa, quando P3 chegar do trabalho de madrugada (00h00); (3) pegar objetos do chão, da mesa, do varal, da parede, etc.; (4) fazer os rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente”*.

Na fase de Intervenção, F3 realizou 63 registros diários durante 9 semanas. Durante essa fase, F3 registrou a ocorrência de 236 respostas ritualísticas de P3 dirigidas aos familiares, das quais 76 dirigidas à mãe para as quais a mesma apresentou respostas de acomodação em 70 ocasiões.

Embora P3 solicitasse que todos os familiares respondessem aos seus rituais, o presente trabalho focará apenas as respostas dirigidas a F3, visto que a mãe foi a familiar que efetivamente participou do estudo, recebendo orientações semanais da pesquisadora, embora a irmã mais nova de P3, estivesse presente nos encontros semanais com a pesquisadora e o pai de P3 ter participado de dois encontros.

A Figura 3 apresenta a frequência diária das respostas ritualísticas de P3 que solicitavam a participação de F3 e das respostas de acomodação de F3 durante o período de Intervenção, que durou nove semanas.



*Figura 3.* Frequência diária das respostas ritualísticas de P3 que solicitavam a participação da mãe e das respostas de acomodação apresentadas por F3, em 63 dias de registro.

Os dados apresentados na Figura 3 mostram que as respostas ritualísticas de P3 dirigidas à mãe tiveram uma variação diária parecida com as respostas de acomodação de F3 (1 a 9 ocorrências por dia), com a diferença de uma resposta a mais de P3 no 8º, 23º, 24º, 25º, 29º, 32º e 54º dias e de uma resposta a menos no 3º dia. Nos demais dias de registro desta fase, a frequência de respostas de P3 foi idêntica à das respostas de F3.

No 3º dia P3 abriu a porta de casa quando chegou do trabalho pela primeira vez desde que sua mãe passou a registrar esse comportamento. No entanto, ela entrou em casa e disse ter deixado a porta aberta. Frente a esse anúncio, F3 foi fechar a porta, e por este motivo a frequência de respostas de P3 naquele dia foi menor que a frequência de respostas de F3, visto que a portadora não pediu para a mãe para fechar a porta.

No 5º dia de registro desta fase, P3 solicitou que F3 fizesse três vezes o ritual de dizer uma certa frase agachada e com uma mão no chão, em um determinado ambiente da casa e, na sequência, em outro ambiente da casa, pediu que F3 repetisse mais três vezes o mesmo ritual, porém dizendo uma outra frase e depois em outro ambiente da casa, por mais três vezes, o mesmo ritual, repetindo a primeira frase. Segundo F3 isso ocorreu porque a filha escutou na TV uma notícia de que alguém tinha morrido.

A Figura 3 mostra que até o 20º dia da fase de Intervenção a frequência média diária das respostas de acomodação variou de 1 a 9 ocorrências e nos demais dias desta fase, a variação foi de 0 a 2 ocorrências diárias, pois a partir do 20º dia de Intervenção, a pesquisadora solicitou a F3 que diminuísse a resposta de acomodação de fazer os rituais que a filha pedia, visto ser esta resposta a de maior ocorrência diária, solicitada por P3 e realizada por F3.

F3 contou para a pesquisadora que no 54º dia, após sua filha lhe pedir que respondesse uma pergunta ritualística, ela disse para a filha que não responderia porque esta pergunta era um ritual.

A partir do 50º dia não houve mais nenhum registro de respostas de acomodação de F3 e a partir do 54ª não houve mais nenhum registro de respostas de P3 a sua mãe, o que indica que foram eliminadas nas duas últimas semanas de Intervenção.

De acordo com a Figura 3, é possível perceber que a frequência das respostas de acomodação de P3 diminuíram gradativamente e consistentemente até a sua completa eliminação.

A Tabela 19 apresenta as classes de respostas de acomodação apresentadas por F3 no período de Intervenção e as suas frequências médias diárias.

*Tabela 19.* Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F3 registradas por essa familiar, na fase de Intervenção.

Classe de Respostas de Acomodação Familiar - FA	M. Diária								
	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem	5ª sem	6ª sem	7ª sem	8ª sem	9ª sem
Abre e fecha a porta de casa novamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Abre e fecha a porta de casa, quando P3 chega do trabalho	0,28	0	0	0	0	0	0	0	0
Pega objetos no chão, na mesa, varal, parede, etc.	0	0,14	0	0	0	0	0	0	0
Faz rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente	3,00	2,85	1,85	0,71	0,42	0,42	0,28	0	0

A primeira classe de resposta de acomodação proposta pela pesquisadora para ser eliminada foi *“abrir e fechar a porta da casa novamente, dizendo ou não o nome de algum familiar”*. Na primeira semana de Intervenção, a pesquisadora solicitou que F3 continuasse a abrir e fechar a porta de casa quando P3 chegasse do trabalho (00h00), porém sem executar o ritual de abrir e fechar a porta novamente, dizendo ou não o nome de algum familiar. Segundo F3, o pai de P3 colocou uma luz mais forte no corredor da casa e F3 disse para a filha que ninguém mais abriria a porta da casa para ela, quando chegasse do trabalho. F3 disse para a filha que ela deveria deixar a chave de casa no bolso da calça para não precisar mexer na sua bolsa (e evitar a contaminação temida). F3 disse a pesquisadora que deixou de acomodar as duas respostas (*“abrir a porta e abrir e fechá-la novamente”*) juntas, pois acreditava que a filha poderia ter mais dificuldade em aceitar suas duas novas condutas em momentos distintos.

A Tabela 19 mostra que, logo na primeira semana da fase de Intervenção, não houve mais nenhuma resposta de F3 abrir e fechar a porta novamente, apenas duas ocorrências em sete dias de registro (média de 0,28) de abrir e fechar a porta para a filha quando ela chegou do trabalho.

De acordo com os registros feitos por F3, um dia F3 abriu e fechou a porta quando a filha chegou do trabalho e no outro dia P3 abriu a porta de casa quando chegou do trabalho, mas não a fechou e avisou em voz alta a todos da família que a porta estava aberta e F3 fechou a porta. A partir da 2ª. semana da fase de Intervenção a mãe deixou de apresentar a resposta de abrir e fechar a porta quando P3 chegava do trabalho e a resposta de repetir esses movimentos, dizendo ou não o nome de algum familiar. A pesquisadora instruiu F3 a conversar com os demais membros da família a não mais participar desse ritual. Importante ressaltar que F3 registrou na primeira semana que P3 passou a lavar mais vezes as mãos (gastando 1 sabonete por dia), a demorar mais no banho (de 40 minutos a 1h), a limpar por mais tempo seus pertences da bolsa com álcool e a escovar mais vezes seus dentes. Essas compulsões de P3 mantiveram-se na 2ª. semana e ela apresentou um novo ritual envolvendo F3, de colocar as mãos molhadas no rosto de sua mãe desprevenidamente.

O pai de P3 participou do segundo encontro desta fase, juntamente com F3 e com a filha mais nova. A pesquisadora explicou a ele o fenômeno da acomodação familiar, a proposta deste estudo e as orientações dadas até o momento a F3 e solicitou que ele também seguisse as orientações dadas a F3. O pai de P3 disse que tem muita dificuldade em recusar os pedidos da filha, pois temia que ela gritasse e os vizinhos escutassem, mas disse que tentaria agir conforme as instruções de F3. Ainda na segunda semana, os registros de F3 apontaram que P3 solicitou que a mãe pegasse objetos no chão e a mãe atendeu em uma ocasião (média de 0,14 nessa semana).

Na 3ª semana da fase de Intervenção, a pesquisadora orientou F3 a não apresentar mais a resposta de *“pegar objetos do chão, da mesa, do varal, etc.”* Como se pode ver na Tabela 19, essa resposta foi eliminada completamente a partir da 3ª semana da fase de Intervenção.

Na 3ª semana, P3 solicitou que a mãe executasse 13 vezes os rituais verbais e/ou gestuais. Importante destacar que de acordo com os registros de F3, além dos sintomas compulsivos de P3 usuais, apareceram dois novos rituais, a saber, em colocar as mãos molhadas no rosto de F3 (iniciado na segunda semana de Intervenção) e executar o ritual de mexer 3 vezes na maçaneta da porta antes de abri-la.

Na 4ª semana de Intervenção, a pesquisadora solicitou a F3 que atendesse apenas uma vez por dia a solicitação de P3 de executar os *“rituais verbais/gestuais...”* e apenas para os pedidos feitos pessoalmente, eliminando assim a resposta de executar rituais solicitados por telefone. F3 foi instruída pela pesquisadora a comunicar para a filha sua nova conduta. Segundo relato de F3, após ter contado para a filha como ela iria agir, esta apresentou reações de gritar, chorar, jogar travesseiro e arranhar o braço da mãe. Além disso, passou a bater na porta do quarto dos pais que ficava trancada quando chegava do trabalho. Também ameaçou não levar marmitta para jantar no trabalho, culpando a mãe por sentir fome e passar mal por ficar muito tempo sem comer.

A pesquisadora orientou F3 a ignorar essas respostas da filha, devendo ficar em silêncio quando elas ocorressem e, sempre que possível, sair do

ambiente onde P3 estava. A pesquisadora destacou a importância de dar atenção para a filha quando ela apresentasse qualquer outro comportamento diferente das respostas ritualísticas e das respostas emocionais. A pesquisadora instrui F3 a intensificar a atenção e sua expressão de afeto pela filha, quando os comportamentos dela fossem adequados e não ritualísticos.

Classe de Respostas de Acomodação Familiar - FA	M. Diária								
	1ª sem	2ª sem	3ª sem	4ª sem	5ª sem	6ª sem	7ª sem	8ª sem	9ª sem
Abre e fecha a porta de casa novamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Abre e fecha a porta de casa, quando P3 chega do trabalho	0,28	0	0	0	0	0	0	0	0
Pega objetos no chão, na mesa, varal, parede, etc.	0	0,14	0	0	0	0	0	0	0
Faz rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente	3,00	2,85	1,85	0,71	0,42	0,42	0,28	0	0

Como mostra a Tabela 19, a frequência média diária de executar rituais verbais/gestuais caiu de 1,85 (13 vezes na semana) na 3ª. semana para 0,71 ocorrências (5 vezes na semana) na 4ª. semana da fase de Intervenção. Importante salientar que de acordo com F3, sua recusa em atender algumas solicitações da filha foi acompanhada pelo aumento de solicitações dirigidas ao pai.

Na 5ª semana de Intervenção, a pesquisadora orientou F3 a atender o pedido de “*executar os rituais verbais/gestuais...*” apenas 1 vez em dias alternados. É possível observar na Tabela 19 que esta resposta de F3 foi reduzida para 0,42 ocorrências diárias nesta 5ª semana (3 respostas na semana).

Na 6ª semana de Intervenção, com autorização de F3, a pesquisadora ligou para o pai de P3 e pediu que ele fosse ao próximo encontro. Nesta semana, a pesquisadora pediu a F3 para atender o pedido de “*executar os rituais verbais/gestuais...*” um dia sim e dois dias não. Conforme observado na Tabela 19, a frequência média desta resposta permaneceu idêntica à 5ª semana (0,42 ocorrências). De acordo com os registros de F3, a filha continuou

apresentando reações emocionais diante de suas recusas (xingou, chorou, ofendeu, gritou) e continuava executando o novo ritual de colocar as mãos molhadas no rosto da mãe.

Na 7ª semana de Intervenção, a pesquisadora conversou com o pai de P3, juntamente com a mãe e a irmã mais nova de P3, e disse que a resposta de P3 em solicitar que a família fizesse os rituais, só seria eliminada completamente se todos aderissem à nova conduta em diminuir gradativamente essa acomodação, como fez F3. A pesquisadora sugeriu ao pai que seguisse a sequência de instruções dadas anteriormente a F3. Nesta semana, a pesquisadora orientou F3 que pulasse quatro dias para atender as solicitações de P3. Conforme observado na Tabela 19, a frequência média desta resposta de F3 caiu para 0,28 ocorrências diárias (2 respostas na semana). Nesta semana, em dois dias P3 não pediu a nenhum familiar para executar os rituais verbais/gestuais.

Na 8ª semana, a pesquisadora instruiu F3 a deixar de atender em nenhuma ocasião o pedido de executar o ritual e que ela deveria comunicar essa decisão para a filha. F3 contou para a pesquisadora que a filha lhe fez um único pedido nessa semana, que foi por ela recusado. A Tabela 19 mostra que a partir da 8ª semana essa resposta de F3 foi completamente eliminada. De acordo com F3, a filha não apresentou reações emocionais diante da nova regra.

Na 9ª semana de Intervenção, a pesquisadora orientou F3 a continuar não atendendo as solicitações de participação nos rituais da filha. De acordo com os registros de F3, a partir da 9ª. semana de Intervenção, P3 deixou de pedir para a mãe que participasse dos seus rituais e em dois dias não solicitou a nenhum familiar e pela terceira semana consecutiva não apresentou respostas emocionais diante da nova regra apresentada por F3.

**Seguimento.** Após 21 dias sem encontro com a pesquisadora, F3 trouxe seus registros de respostas ritualísticas da filha e de suas respostas de acomodação nos últimos sete dias.

A Tabela 20 apresenta a frequência média diária das respostas ritualísticas de P3 registradas por F3, no Seguimento.

*Tabela 20.* Frequência média diária das respostas ritualísticas de P3, registradas por F3 nos últimos sete dias.

<b>Classe de Respostas Ritualísticas</b>	<b>M. Diária 1 semana</b>
Pede para abrir e fechar a porta de casa, quando chega do trabalho	0
Pede para abrir e fechar a porta novamente	0
Pede para pegar objetos no chão, da mesa, varal, parede, etc.	0
Pede para fazer rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente	0

A Tabela 21 apresenta a frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F3, registradas por essa familiar no Seguimento.

*Tabela 21.* Frequência média diária das diferentes respostas de acomodação de F3 registradas por essa familiar, no Seguimento.

<b>Classe de Respostas de Acomodação Familiar - FA</b>	<b>M. Diária 1 semana</b>
Abre e fecha a porta de casa novamente	0
Abre e fecha a porta de casa, quando P3 chega do trabalho	0
Pega objetos no chão, na mesa, varal, parede, etc.	0
Faz rituais verbais e/ou gestuais por telefone ou pessoalmente	0

Como é possível observar nas Tabelas 20 e 21, não houve nenhum pedido de P3 que sua mãe participasse dos seus rituais e nenhuma participação de F3 no Seguimento.

De acordo com F3, embora a filha não tenha apresentado nenhum pedido para ela executar um ritual, ocasionalmente fazia uma pergunta que era parte de um ritual. Frente a essa pergunta, ela não respondia e apontava para P3 que aquilo era um ritual. F3 comentou que P3 ainda solicitava que o pai

executasse rituais verbais e gestuais, mas numa frequência muito menor do que antes desse estudo.

F3 disse estar muito feliz com a melhora da filha, que ela passou a sair com amigos, que não lhe pedia mais para desligar a TV e o rádio e que havia iniciado um namoro. Segundo o relato da mãe, nesta última semana a filha contou várias vezes as mesmas histórias e F3 lhe disse que iria ouvir uma vez só, porque a repetição da história era outro ritual e que ela não iria participar como fez com os outros. F3 comentou que a filha ainda apresentava rituais compulsivos, os quais não envolvia nenhum familiar (relatado na díade 3).

Com relação às mudanças ocorridas na vida de F3, a mesma relatou ter mais tempo para visitar e ajudar os amigos nos dias de folga, disse estar caminhando três vezes na semana e que se sente mais disposta e mais feliz.

A Escala FAS-IR foi novamente aplicada pela pesquisadora, nesta fase de seguimento, e foi possível observar uma redução na pontuação de 34 para 12 (máximo de 48), indicando uma diminuição na acomodação familiar. É importante salientar que a pontuação obtida na segunda aplicação foi obtida pela presença de comportamentos da mãe tranquilizar a filha com relação as obsessões de doença (2 pontos); assistir os rituais da filha (2 pontos); conter-se para não dizer nada relacionado às obsessões da filha (2 pontos); tolerar comportamentos estranhos (compulsões) em casa (2 pontos) e ajudar a filha com tarefas da vida diária ou decisões simples, por exemplo, ajudar a filha escolher a roupa que vai vestir e fazer sua marmita para levar ao trabalho (4 pontos).

No último encontro com P3, a pesquisadora aplicou novamente a Escala Y-BOCS e verificou que a pontuação para Obsessões diminuiu com relação a primeira aplicação (de 16 para 10 pontos com um máximo de 20 pontos) e que a pontuação para Compulsões diminuiu de 15 para 10 pontos (máximo de 20 pontos), o que indica uma melhora nos sintomas.

Na Entrevista Final com P3, a mesma disse a pesquisadora que a mãe e a irmã mais nova não executavam mais os rituais, não pegavam mais os objetos no chão, na mesa, no varal, não abriam mais a porta para ela quando

chegava do trabalho e que elas não escutam mais seu relato sobre pensamentos obsessivos, como faziam anteriormente, e que esta situação a deixou muito triste e se sentindo desprezada por ambas. A portadora disse que em função desta mudança, ela não tem contado mais nada da sua vida e nem pedido mais nada para elas, até porque sabe que elas recusariam completamente. P3 disse acreditar que elas não gostavam de ouvir o que estava pensando porque “não queriam dar ênfase ao que ela pensava” (sic). Disse que o pai era o único que a ouvia.

A portadora disse que a mudança de comportamentos da mãe e da irmã afetou totalmente a sua vida. Disse que por não ter com quem falar sobre seus pensamentos obsessivos executa mais vezes os rituais (escova mais os dentes, lava mais vezes as mãos, demora mais tempo no banho se lavando, e que até no trabalho passou a demorar mais no banheiro). A portadora também relatou que passou a executar novos rituais, como por exemplo, tocar três vezes na maçaneta da porta antes de abrir, quando chega do trabalho, lavar o rosto, tocar em alguma parte do corpo da mãe ou das irmãs, vestir a roupa tendo que pensar em coisas boas, e quando isso não ocorre, precisa tirar toda a roupa e se vestir novamente. Disse que este novo ritual tem ocorrido também no trabalho pois, quando a loja fecha, ela precisa vestir a própria roupa para ir embora e em função do ritual, demora muito mais agora para se vestir e a gerente reclama quase todos os dias com ela. Outro ritual novo de P3 é segurar um sapatinho de boneca logo quando chega do trabalho, pois segundo a portadora, assim como os bebês, as bonecas são puras e ajudam a neutralizar os pensamentos obsessivos e a se sentir mais aliviada e menos ansiosa, conseqüentemente.

A portadora disse não ter gostado da sua mãe e de sua irmã terem participado da pesquisa, porque elas mudaram muito. Disse que não estava feliz com estas mudanças. No entanto, contraditoriamente, P3 disse ter percebido que a mãe está mais carinhosa com ela, que a elogia quando ela veste uma roupa bonita, quando sai com as amigas, quando está arrumando a casa ou cozinhando. Disse que isto a agradou, visto que quase não ocorriam, mas novamente relatou não estar feliz por não receber atenção da mãe quando quer conversar sobre seu dia e sobre o que está pensando. Disse que a mãe

parece estar mais feliz e que o lado positivo da mudança de comportamentos da mãe é que ela (P3) precisou aprender a fazer outras coisas para aliviar os pensamentos, a ansiedade e a angústia, como por exemplo, sair mais com as colegas do trabalho para conversar e falar sobre seus pensamentos, embora ninguém saiba oficialmente do seu transtorno. Importante ressaltar que P3 foi ao consultório da pesquisadora, com sua mãe no dia do último encontro, e bem próximo ao consultório há um cemitério.

A portadora disse que não indicaria essa orientação para a família de portadores do TOC, porque assim como ela, outros sofrerão muito com as mudanças de comportamentos da família e que mesmo tendo percebido que ela melhorou bastante, ela não recomenda porque sofreu muito.

A pesquisadora disse para P3 que ela deveria passar por um processo de psicoterapia e a mesma disse não se sentir bem quando fala das suas obsessões e compulsões e que por isso tem evitado fazer terapia. A pesquisadora se disponibilizou a atendê-la quando se sentisse preparada, conforme dito na Entrevista Inicial.

## Discussão

Os resultados obtidos neste estudo, com as três díades, revelaram que, antes de serem submetidas à Intervenção, todas as familiares apresentavam acomodação familiar e que este fenômeno ocorria na maior parte das vezes em casa, em resposta às solicitações dos portadores assim como foi observado por Cooper (1996). As familiares relataram intenso sofrimento associado às respostas de acomodação em concordância com as observações de outros autores (Ramos-Cerqueira et al., 2008; Ferrão & Florão 2010).

A literatura sobre acomodação familiar tem apontado que a ocorrência deste fenômeno pode contribuir para a evolução acentuada dos sintomas obsessivo-compulsivos (Calvocoressi et al., 1995; Cooper, 1996; Guedes, 1997; Steketee & Van Noppen, 2003; Ramos-Cerqueira et al., 2008; Albert et al., 2010; Ferrão & Florão, 2010; Torres et. al., 2011; Lebowitz, Panza, Su, Bloch, 2012; Gomes et al., 2014; Pardue et al., 2014; Thompson-Hollands, Abramovitch, Tompson & Barlow, 2015).

O presente estudo buscou avaliar se uma intervenção dirigida a familiares de adultos portadores de TOC reduziria as respostas de acomodação. A intervenção envolveu transmissão de informações sobre o TOC, sobre o fenômeno da acomodação familiar e seus possíveis efeitos, registro diário realizado pelo familiar das respostas ritualísticas do portador que solicitavam a sua participação e suas respostas de acomodação, a análise das contingências controladoras desta relação familiar, instrução para que o familiar deixasse de apresentar as respostas de acomodação e apresentasse novos comportamentos mais adaptativos para a situação, antecipação das possíveis reações dos portadores diante da recusa do familiar de se envolver direta ou indiretamente nos rituais (suspensão do reforço), ensino de habilidades para resolução das dificuldades enfrentadas pelo familiar, e reforçamento social liberado pela pesquisadora quando as participantes traziam os registros indicando que haviam seguido as instruções. A instrução para que as mães deixassem de atender as solicitações de envolvimento nos rituais dos seus filhos seguiu o critério de menor frequência para maior frequência, de modo que só era proposto as familiares reduzir e/ou eliminar a segunda classe de

respostas de acomodação, quando a primeira tinha sido completamente eliminada, e assim sucessivamente.

Durante a intervenção, quando o registro das respostas de acomodação apresentado pelas mães indicava uma diminuição na frequência das mesmas, a pesquisadora procurava elogiar o desempenho dessas familiares e mostrar como essa mudança de comportamento estava contribuindo para a redução dos rituais ritualísticos dos seus filhos. Esta consequência (social) fornecida pela pesquisadora nos encontros semanais, deve ter sido a variável responsável pelo enfraquecimento e finalmente pela eliminação da maioria das classes de resposta de acomodação registradas por essas três mães. É provável que o elogio da pesquisadora e a redução gradativa das respostas de acomodação tenham contribuído para a permanência das participantes durante todo o período da pesquisa (13 a 15 encontros semanais), tendo havido apenas duas faltas da participante F2.

A intervenção mostrou-se eficaz na eliminação de todas as classes de respostas de acomodação para duas mães (F1 e F3) e na eliminação de duas classes de respostas e redução de outras duas para a terceira mãe (F2) e 21 dias após o encerramento da Intervenção (seguimento), as três mães continuaram sem apresentar as respostas de acomodação que haviam sido eliminadas.

A aplicação da Escala FAS-IR nas três mães no período de Seguimento mostrou também uma redução na pontuação em comparação com os valores basais.

Com relação à análise funcional das respostas de acomodação de F1, foi possível levantar a hipótese de que essas respostas foram sendo incorporadas no seu repertório em sete anos de convívio com a filha e não sabendo como agir com ela, a mãe manteve seu repertório de acomodação aos rituais da filha. Pode-se supor que contingências passadas foram responsáveis pela ocorrência e manutenção das respostas de acomodação de F1. A pesquisadora apresentou essa hipótese para F1, orientou-a a modificar seus comportamentos e enfatizou os benefícios da eliminação dessas respostas. Essa familiar seguiu todas as orientações da pesquisadora sem

resistência e com pouca dificuldade em identificar as reações da filha à medida que foi deixando de apresentar as respostas de acomodação aos rituais de P1. As reações da filha, relatadas por sua mãe foram: aumento na frequência de respostas ritualísticas que não solicitavam o envolvimento da mãe, desenvolvimento de um novo ritual (fazer sinal da cruz três vezes antes de abrir a geladeira), agitação motora (ficar andando pela casa, se coçar muito) e ansiedade. A análise das respostas ritualísticas de P1 indicou que apenas a classe de repostas *“pedir a mãe para pegar bebida e comida na geladeira”* solicitava o envolvimento da mãe no momento em que a presente pesquisa foi realizada. Desta forma, apenas essa classe de respostas de acomodação de F1 estava sendo mantida por contingências atuais, o que reforçava a resposta ritualística da filha, pois a mãe atendia todas as vezes que a filha solicitava. Esta resposta ritualística e a acomodação correspondente eram as que apresentaram a maior frequência diária. Um outro resultado observado por este estudo, foi que após a Intervenção ocorreu uma aproximação de F1 com a filha. É provável que a eliminação gradativa das respostas de acomodação tenha favorecido o diálogo entre F1 e P1, visto que a mãe precisou conversar em muitos momentos com a filha sobre a eliminação de cada resposta, sobre o TOC, sobre as dificuldades da filha em enfrentar as exposições e a incentivá-la neste enfrentamento, elogiando a filha quando ela aceitava as novas regras de não acomodação, impostas por F1, e por elogiar a emissão de outras respostas da filha diferentes das ritualísticas, por exemplo, dar atenção a filha quando ela conversava sobre outros assuntos não relacionados ao TOC (falar sobre o ex-namorado, sobre os amigos, sobre querer sair sozinha de casa, sobre a família, sobre a vida da mãe, sobre viagem, etc.), quando a filha ajudava em casa (secar a louça, fazer bolo para o lanche da tarde), quando a filha foi se encontrar sozinha de ônibus com amigos que não via há quase três anos, quando P1 saiu para jantar com outros amigos, e passaram a sair mais vezes juntas para se divertirem (ir ao parque, a restaurantes, a sorveteria, comprar roupas, etc.), respostas novas no repertório da filha e também na relação com a mãe.

A análise funcional das respostas de acomodação de F2 mostrou que as quatro classes de respostas eram apresentadas sempre em resposta às

solicitações de P2. Pode-se supor que as respostas de F2 fortaleciam e mantinham as respostas ritualísticas do filho. F2 justificava suas respostas de acomodação dizendo que se sensibilizava com o sofrimento do filho que acreditava ter “matado” o pai, pois no dia em que seu marido faleceu, P2 fez um pedido a Deus, de conseguir finalizar seu trabalho no emprego (porque suas obsessões atrapalhavam o seu desempenho profissional) em troca da morte de seu pai, que se confirmou no fim do dia. A partir deste ocorrido, P2 passou a acreditar que as trocas seriam atendidas por Deus, caso ele conseguisse obter o que solicitava, e por não ter controle sobre esses pensamentos obsessivos de troca (muitas vezes envolvendo a morte da mãe em troca de obter algo importante no momento), P2 apresentava as respostas ritualísticas com sua mãe. Pode-se supor que as respostas ritualísticas de P2 eram desencadeadas por respostas encobertas (pensamentos obsessivos) em situações de dificuldades (quando estava perdendo o jogo de futebol no computador, quando assistia jogos de futebol pela televisão ou no estádio e seu time estava perdendo o jogo, quando pensava estar com alguma doença, quando não conseguia desempenhar alguma atividade no trabalho por causa dos pensamentos obsessivos, etc.) e diante da observação do cansaço físico e sofrimento emocional da mãe, quando ela relatava ou demonstrava estar triste ou com dores no corpo. P2 convencia sua mãe que seus pensamentos obsessivos só eram eliminados, temporariamente, quando ela atendia as suas solicitações e esta situação parece ter sido outra variável importante no controle das respostas de acomodação de F2, visto que o filho demonstrava ficar bem temporariamente logo após as repostas da mãe. A pesquisadora apresentou para F2 a análise destas contingências de reforçamento e disse que a manutenção destas contingências poderia continuar a fortalecer as respostas ritualísticas de P2 e prejudicá-lo em seu tratamento psicoterapêutico. Para a eliminação das classes de respostas de acomodação, a pesquisadora orientou F2 a conversar com o filho sobre as consequências prejudiciais de atender as suas solicitações, que a manutenção das respostas de acomodação poderia fortalecer a cadeia dos pensamentos obsessivos e comportamentos ritualísticos e que ela não iria contribuir para a manutenção dos sintomas do TOC. Conforme F2 foi reduzindo e eliminando algumas respostas de acomodação, alguns rituais compulsivos de P2, os quais não envolviam a

participação da mãe, aumentaram de frequência e a topografia da resposta ritualística de *“perguntar a mãe se ela estava bem”* foi alterada para *“perguntar a mãe se estava tudo em ordem”*, assim como a topografia da resposta ritualística de *“abraçar e beijar a mãe”* foi alterada para *“encostar o rosto no rosto da mãe para ela beijá-lo”*. Não ocorreram novos rituais de P2 em resposta às mudanças das contingências apresentadas pela mãe. No entanto, P2 passou a dizer para a mãe constantemente que ela o havia abandonado e que não gostava mais dele, apenas da irmã mais velha. Essas respostas foram na maior parte das vezes ignoradas por F3 e em outras vezes respondidas com sarcasmo (*“realmente uma mãe deixa de gostar de um filho de um dia para outro, “De novo com esta estória?”*, etc.). Ao longo do período da Intervenção e no Seguimento, observou-se que a resposta de corresponder aos abraços e beijos e de responder ao filho que estava bem ou que estava tudo em ordem passaram a ocorrer intermitentemente. A pesquisadora explicou para F2 que apresentar tais respostas em algumas situações e não em outras poderia funcionar como reforçamento intermitente, fortalecendo ainda mais essas classes de respostas ritualísticas do filho, as quais seriam muito mais difíceis de serem eliminadas posteriormente. No entanto, F2 não deixou de se envolver nos rituais do filho. Um dado importante foi o resultado de F2 passar o elogiar comportamentos apropriados do filho, não relacionados aos sintomas obsessivo-compulsivos, como escrever letras de músicas, ensaiar com sua banda, gravar um novo CD de músicas, publicar algumas dessas músicas no youtube e enviá-las para alguns cantores de Rock. Essas atividades relacionadas à música estavam completamente parada havia oito meses desde o falecimento do pai de P2.

A análise funcional das respostas de F3 mostrou que as quatro classes de respostas de acomodação eram apresentadas sempre em resposta às solicitações de P3, não apenas pela mãe, mas por todos os membros familiares. Foi possível observar que assim como ocorreu com a díade 1, as respostas de acomodação de F3 foram instaladas no passado e mantidas por contingências de reforçamento negativo atuais. Outras variáveis que provavelmente mantinham as respostas de acomodação de F3 eram a falta de informação de F3 em como agir com a filha para reduzir ou eliminar as

respostas ritualísticas e situações passadas, em que a família recusou-se a atender os pedidos ritualísticos da filha nas quais ocorreram reações de P3 como gritos, choros, respostas agressivas, greve de fome (perdeu muito peso), aumento na frequência dos rituais compulsivos e o discurso de P3 de que a família não se importava com ela, por não querer ajudá-la em seus rituais. F3 relatou que ela e os demais membros da família percebiam que suas respostas de acomodação aos rituais de P3 eliminavam temporariamente os pensamentos obsessivos e as respostas ritualísticas de P3 e que ao atenderem as solicitações livravam-se de situações muito aversivas decorrentes da grande frequência de pedidos de P3 e também evitavam prováveis reações emocionais de P3. Desta forma, contingências de reforçamento negativo provavelmente mantinham o repertório de acomodação de F3 e da família. De acordo com as análises dos registros das respostas ritualísticas de P3, pôde-se supor que os eventos antecedentes que evocavam suas respostas ritualísticas eram respostas encobertas (pensamentos obsessivos), frente a situações aversivas, por exemplo, quando P3 ouvia na TV, rádio ou pessoas conversando sobre morte, assassinato, cemitério, doenças e hospital, quando suas colegas de trabalho ou sua gerente criticava seu desempenho profissional, visto a demora em atender os clientes, a voltar do banheiro e retornar do horário do jantar (P3 apresentava muitos rituais no estoque da loja onde trabalhava, no banheiro e antes de comer) e quando algum familiar reclamava por fazer os rituais. Após ter apresentado para F3 a análise das contingências de reforçamento das suas respostas de acomodação, a pesquisadora orientou a mãe sobre a possível ocorrência de respostas emocionais e comportamentais da filha, como consequência da eliminação das respostas de acomodação, dizendo ser provável que P3 voltasse a apresentar respostas emocionais iguais, parecidas ou diferentes daquelas apresentadas no passado. F3 não mostrou dificuldade em seguir as orientações da pesquisadora. F3 relatou que ao deixar de apresentar gradativamente as respostas de acomodação, sua filha reagiu com choro, gritos, reclamações, chantagens, greve de fome e agrediu fisicamente a mãe (unhou-a no braço). Além dessas respostas, houve o aumento na frequência diária das compulsões e o surgimento de novos rituais, como colocar a mão molhada no rosto da mãe, dormir com um sapatinho de boneca, contar mais de uma vez acontecimentos

diários não relacionados ao TOC. Esta última classe de respostas pode ter sido fortalecida pela atenção que a mãe dava a qualquer outro comportamento da filha, que não as respostas ritualísticas. A mãe relatou que durante a Intervenção, P3 começou a apresentar respostas mais apropriadas como cozinhar, ajudar a limpar a casa, comprar presentes para a mãe e para irmã, conversar sobre seus sentimentos e dificuldades, iniciar um namoro, sair com amigas, se vestir melhor, etc. É provável que o fato de a mãe passar a reforçar comportamentos não relacionados aos sintomas obsessivo-compulsivos tenha sido responsável pela ocorrência dos novos comportamentos sociais de P3.

Diante da recusa das mães de se envolverem nos rituais dos filhos, esta pesquisa pôde levantar a hipótese de que a ocorrência de reações emocionais e agressivas dos portadores reforçavam negativamente a manutenção das respostas de acomodação, sendo a acomodação uma estratégia de esQUIVA das reações aversivas dos portadores. Parece que atender os pedidos dos filhos para participar dos rituais cessava temporariamente as solicitações dos portadores.

Os resultados da presente pesquisa indicam que uma intervenção dirigida apenas aos familiares sem envolver diretamente os portadores de TOC foi capaz de reduzir a acomodação familiar e que a redução das respostas de acomodação familiar foi acompanhada por uma a redução das respostas ritualísticas dos portadores. No entanto, intervenções simultâneas poderiam beneficiar os portadores a se adaptarem melhor à recusa da família de participação nos rituais. Alguns pesquisadores como Thompson-Hollands, Abramovitch, Tompson e Barlow (2015), propõem que procedimentos de intervenção com familiares sejam acompanhados simultaneamente de uma Intervenção de EPR com os portadores de TOC.

Avaliando o presente estudo de acordo com os critérios apresentados por Baer, Wolf e Risley (1968/1987), pode-se dizer que (1) na presente pesquisa os comportamentos-alvo foram escolhidos devido a sua importância para as díades participantes, preenchendo o critério de uma pesquisa aplicada; (2) a pesquisadora analisou as classes de respostas de acomodação das participantes registradas pelas mesmas e solicitou a um observador

independente que analisasse uma amostra dos registros chegando-se a 90,57% de acordo, preenchendo parte do critério comportamental, uma vez que não foi possível analisar a integridade dos procedimentos utilizados pelas mães e nem de se observar diretamente os comportamentos das díades; (3) empregou o delineamento de sujeito como seu próprio controle, que permitiu revelar as possíveis variáveis responsáveis pela ocorrência e manutenção das respostas de acomodação e das respostas ritualísticas (critério analítico); (4) empregou e descreveu completamente as técnicas comportamentais como DRO, análise funcional da relação das familiares com os portadores, análise das contingências da classe de respostas de acomodação e ritualística dos portadores e reforçamento social das respostas das participantes (critério tecnológico); (5) empregou técnicas compatíveis com os princípios da Análise do Comportamento (critério conceitual); (6) mostrou-se eficaz, uma vez que os próprios participantes avaliaram os resultados como positivos para sua vida (critério eficaz); e (7) observou a manutenção da mudança comportamental das participantes após 21 dias sem registros e sem encontros de orientação com a pesquisadora (critério generalizável).

Algumas limitações desse estudo foram: (1) contou apenas com três díades; (2) não foi possível observar diretamente os comportamentos das participantes com os portadores, tendo a análise dos dados se limitado aos registros realizados pelas mães; (3) as respostas de acomodação foram avaliadas pelo relato verbal das participantes (escrito ou oral), sabendo-se que o relato verbal não pode ser considerado totalmente confiável; (4) no caso da participante F1 foi preciso gastar duas semanas da fase Pré-intervenção para treiná-la na execução correta dos registros; (5) no caso da participante F2, o registro não era feito diariamente.

## Referências

- Abramowitz, J. S., Baucom, D. H., Wheaton, M. G., Boeding, S., Fabricant, L. E., Paprocki, C., & Fischer, M. S. (2012). Enhancing exposure and response prevention for OCD: a couple-based approach. *Behavior Modification, 37*(2), 189-210.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix, D. C. (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimension, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research, 179*, 204-211.
- American Psychiatry Association (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5, 5 ed., Porto Alegre, Artmed.
- Andery, M. A., Serio, T. M., & Micheletto, N. (2009). Comportamento e causalidade. *Laboratório de Psicologia Experimental. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento*, São Paulo: Puc/SP
- Almeida, T. A. C. (2005). *Manutenção do Comportamento Obsessivo-Compulsivo por Interações Familiares: Levantamento de Algumas Variáveis por meio de Observação*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1987). Some still-current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 20*(4), 313-327.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*(1), 91-97.

- Banaco, R. A. (2012). A terapia analítico-comportamental em um grupo especial: a terapia de famílias. Em: Borges, N. B., & Cassas, F. A. (Editores). *Clínica Analítico-Comportamental*. Porto Alegre: Artmed
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H., (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 441-443.
- Cherian, A. V., Pandian, D., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. J. (2014). Family accommodation of obsessional symptoms and naturalistic outcome of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 215, 372-378.
- Cordioli, A. V. (2014). Diagnóstico do TOC, diagnóstico diferencial e comorbidades. *TOC*, Cap. 2, Artmed, 2ª edição.
- Cooper, M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 296-304.
- DE MATHIS, M. A., et al. (2012). Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *European Neuropsychopharmacology*.
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: o comportamento do cliente como foco de análise funcional. *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: Arbytes.
- Ferrão, Y. A., & Florão, M. S. (2010). Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 34-43.
- Ferrão, Y. A., Diniz, J. B., Lopes, A. C., Shavitt, R. G., Greenberg, B., & Miguel, E. (2007). Resistencia e refratariedade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal Psychiatry*, *162*, 151-161.
- Geffken, G. R., Storch, E. A., Duke, D. C., Monaco, L., Lewin, A. B., & Goodman, W. K. (2006). Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal Anxiety Disorders*, *20*, 614-629.
- Glenn, S. S. (2004). Individual behavior, culture, and social change. *The Behavior Analyst*, *27*, 133-151.
- Gomes, J. B., Meyer, C. M., Braga, D., Kristensen, C., & Cordioli, A. (2010). Translation and adaptation into Brazilian Portuguese of Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive disorder: Interviewer-Rated (FAS-IR). Calvocoressi, L., et al. (1999). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *32*(3), 102-112.
- Gomes, J. B., Van Noppen, B. V., Pato, M., Braga, D. T., Meyer, E., Bortoncello, C. F., & Cordioli, A. V. (2014). Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Neurosciences*, 1-10, doi: 10.1111/pcn.1272.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives General Psychiatry*, *46*, 1006-1011.
- Guedes, M. L. (1997). *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Um Estudo do Processo de Acomodação familiar*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

- Guedes, M. L. (2001). Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, II, 65-7
- Guedes, M. L. (2011). Porque o controle aversivo não é uma possibilidade clínica. *Acta Comportamentalia*, 19, 56-70.
- Johnston, J. M., & Pennypacker, H. S. (1993). *Strategies and Tactics of Behavioral Research*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates: Second Edition.
- McKay, D., Grunes, M. S., & Neziroglu, F. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: a preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 32, 803-820.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 355-360.
- Miguel, E. C. (2008). Instituto nacional da psiquiatria do desenvolvimento: uma nova abordagem para a psiquiatria tendo como foco as nossas crianças e o seu futuro. Projeto Temático FAPESP.
- Murray-Swank, A. B., & Dixon, L. (2004). Family psychoeducation as na evidence-based practice. *CNS Spectr*, 9, 905-912.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., Robillard, S., Guay, S., Pélissier, M. C., Todorov, C., et al. (2006). Cognitive behavior therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scand*, 113, 408-419.

- Oliveira, A. G., Silva, J. F., Teles, L. C., & Machado, R. M. (2012). Caracterização dos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo: um estudo epidemiológico. *Cogitare Enfermagem*, 17(4), 676-682.
- Pardue, C. M., Sibrava, N. J., Boisseau, C., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2014). Differential parental influence in the familial aggregation of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 215-219.
- Piacentinni, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2012). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child OCD. *Journal American Academic Child, Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1149-1161.
- Ramos-Cerqueira, A. T., Torres, A. R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P., & Vitorino C. N. (2008). Emotion burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 1020-1027.
- Rachman, S., Hodgson, R., Marks, I. M. (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*, 9, 237-247.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving Family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behavior Therapy*, 34(3), 164-175.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (1999). Transtorno obsessivo-compulsivo. Em: H. David Barlow (Editor). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 29-52.

- Salkovskis, J. M., & Kirk, J. (1997). Distúrbios obsessivos. Em K. Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clarck (Editores). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Steketee, G., & VanNoppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1, 43-50.
- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Journal Psychiatry*, 42, 199-209.
- Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1974/1992). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Thompson-Hollands, J., Abramovitch, A., Tompson, M. C., & Barlow, D. H. (2015). A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminar study. *Behavior Therapy*, 46, 218-229.
- Torres, A. R., Hoff, N. T., Padovani, C. R., & Ramos-Cerqueira, A. T. A. (2012). Dimensional analysis of burden in family caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66, 432-441.
- Torres, A. R., Shavitt, R. G., Miguel, E. C., Rosario, M. C., Mathis, M. A., Braga, D. T., Chacon, P., Fontenelle, L. F., Gonzalez, C. H., Hoexter, M. Q., Hounie, A. G., Mastroso, R. S., Perin, E. A., Petribu, K., Prado, H., Quarintini, L., Velloso, P., & Andrada, N. C. (2011). Transtorno obsessivo compulsivo: tratamento. *Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar*.

- Torres, A. R., et al. (2011). Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1).
- Torres, A. R., Shavitt, R. G., Miguel, E. C., Rosario, M. C., Mathis, M. A., Braga, D. T., Chacon, P., Fontenelle, L. F., Gonzalez, C. H., Hoexter, M. Q., Hounie, A. G., Mastrorosa, R. S., Perin, E. A., Petribu, K., Prado, H., Quarantini, L., Velloso, P., & Andrade, N. C. (2009). Transtorno obsessivo compulsivo: diagnóstico. *Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar*.
- VanNoppen, B., Steketee, G., McCorkee, B. H., & Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorder*, 11(4), 431-446.
- Viana, M. C., & Andrade, L. H. (2012). Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brasil: results from the São Paulo megacity mental health survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 249-260.
- Wieseska, R. C. (2001). Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23,II, 62-4.
- Zamignani, D. R., & Andery, M. A. P. A. (2005). Interação entre terapeutas comportamentais e clientes diagnosticados com transtorno obsessivo-compulsivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(1), 109-119.

**APÊNDICE A**  
**ENTREVISTA INICIAL COM O FAMILIAR**

**Nome e idade do Familiar:**

**Data:**

**Nome e idade Portador:**

1. Grau de parentesco com o portador.
2. O portador mora com você? Há quanto tempo?
3. Como é o seu relacionamento com o portador?
4. Há quanto tempo surgiu o problema do TOC? Como foi? Houve algum episódio marcante?
5. Quais são as compulsões mais frequentes? Quantas vezes ocorrem no dia ou na semana? Quantas horas por dia o portador costuma se dedicar a estas compulsões?
6. Quais compulsões te incomodam mais? Existe alguma situação ou local especial em que esses rituais acontecem mais? Qual (is)?
7. Você costuma se envolver ou participar dos rituais do portador?
8. O que o motiva este seu envolvimento?
9. O que você costuma fazer por ele ou com ele?
10. Como o portador costuma reagir ao seu envolvimento ou participação?
11. Você já se recusou a participar dos rituais do portador? Qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s)?
12. Como foi a reação do portador frente a sua recusa de envolvimento nos rituais?
13. Você mudou sua rotina por causa do TOC do portador? De que forma e porquê?
14. A rotina da casa, de modo geral, sofreu alguma alteração? De que tipo?
15. O portador faz atualmente tratamento para o TOC? De que tipo? Há quanto tempo? Houve alguma melhora nos sintomas compulsivos do portador com o tratamento? Quais?
16. Você já foi orientado como deve agir com o portador de modo a favorecer o tratamento dele? Já procurou algum tipo de ajuda? Qual? Foi eficaz?

17. Além do TOC, o portador tem algum outro tipo de transtorno psicológico? Qual?
18. E você, tem algum transtorno psicológico? Qual? Faz tratamento? Qual? Há quanto tempo? Houve melhoras? Quais?
19. Você cuida de alguma outra pessoa da família que tem algum tipo de problema psicológico, mental ou físico? Qual?
20. Existe alguma atividade que você gosta de fazer sozinho e com o portador? O quê? Costuma fazer com que frequência?

**APÊNDICE B**  
**ENTREVISTA INICIAL COM O PORTADOR**

**Nome e idade do Portador:**

**Data:**

1. Como é o seu relacionamento com seu familiar?
2. Há quanto tempo surgiu o seu TOC? Como foi? Houve algum episódio marcante?
3. Quais são as compulsões mais frequentes? Quantas vezes ocorrem no dia ou na semana? Quantas horas por dia você costuma se dedicar a estas compulsões?
4. Quais compulsões te incomodam mais? Existe alguma situação ou local especial em que esses rituais acontecem mais? Qual(is)?
5. Seu familiar costuma se envolver ou participar dos seus rituais?
6. O que o motiva este envolvimento?
7. O que você faz quando seu familiar se envolve ou participa de seus rituais?
8. Seu familiar já se recusou a participar dos seus rituais? Por qual motivo?
9. Como foi sua reação frente a recusa dele no envolvimento de seus rituais?
10. O seu familiar mudou a rotina pessoal dele após o surgimento do TOC?
11. A rotina da sua casa, de modo geral, sofreu alguma alteração? De que tipo?
12. Você faz atualmente tratamento para o TOC? De que tipo? Há quanto tempo? Houve alguma melhora nos seus sintomas compulsivos com o tratamento? Quais?
13. Seu familiar já buscou algum tipo de ajuda para compreender o TOC e para aprender como agir contigo diante das compulsões? Qual? Ajudou?
14. Além do TOC, você tem algum outro tipo de transtorno psicológico ou mental? Qual?
15. Existe alguma atividade que você gosta de fazer sozinho e com seu familiar? O quê? Costuma fazer com que frequência?

**APÊNDICE C**  
**ENTREVISTA FINAL COM O PORTADOR**

**Nome do Portador:**

**Data:**

1. Você percebeu alguma mudança de comportamento no seu familiar?  
Qual (is)?
2. De que maneira esta mudança de comportamento do seu familiar afetou seus sintomas Obsessivos-Compulsivos? Houve alguma alteração na frequência dos seus rituais compulsivos?
3. Qual a sua opinião sobre os comportamentos atuais de seu familiar? Indicaria para outros familiares receber orientações sobre o TOC e sobre como agir com o portador, diante dos episódios compulsivos? Porquê?

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO – FAMILIAR

#### I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE FAMILIAR DA PESQUISA

1. NOME DO PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ APTO. \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: DDD (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: Lilian Boarati

3. CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga, mestranda do Programa de Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da PUC-SP

4. INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL: CRP 06/64435

5. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: não há riscos para os participantes desta pesquisa

#### III- REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AOS PARTICIPANTES

1. O presente estudo tem como objetivo principal avaliar os efeitos de uma intervenção comportamental em familiares de adultos portadores com TOC no enfraquecimento das respostas de acomodação familiar.
2. As intervenções analítico-comportamentais deste estudo serão: (1) fornecimento de informações sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e sobre Acomodação Familiar; (2) instruções para o preenchimento da Folha de Registro Diário; (3) instruções para apresentação de novas classes de repostas frente aos comportamentos ritualísticos do portador;



## APÊNDICE E

### FOLHA DE REGISTRO DIÁRIO DO FAMILIAR

Nesta folha você deverá registrar os episódios que consistem em rituais apresentados pelo portador, dos quais você é envolvido. Você deverá registrar todos os episódios ritualísticos que observar num mesmo dia e sua participação a estes episódios.

NOME DO PORTADOR:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DO FAMILIAR:

LOCAL/HORÁRIO:

Em que situação ocorreu o episódio de ritual do portador e quem estava presente além de você e o portador?	Respostas apresentadas pelo portador	O que eu fiz?	O que o portador fez em seguida?

**Observações:**

**APÊNDICE F****ESCALA DE ACOMODAÇÃO FAMILIAR – FAS-IR**

(Calvocoressi, et al., 1995; traduzida e adaptada por Guedes, 1997 e posteriormente por Gomes, et al., 2010)

**APÊNDICE G**  
**ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS**  
**DE YALE BROWN – Y-BOCS**

(desenvolvida por Goodman, et al. 1989)