



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

EVELINE CAVALCANTI CABRAL DA NÓBREGA

**TERAPIA OCUPACIONAL CAPACITANTE: Relato, percepções, enfrentamento e
inclusão de um indivíduo com TOC no meio acadêmico**

**JOÃO PESSOA
2015**

EVELINE CAVALCANTI CABRAL DA NÓBREGA

TERAPIA OCUPACIONAL CAPACITANTE: Relato, percepções, enfrentamento e inclusão de um indivíduo com TOC no meio acadêmico

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Andreza Aparecida Polia

JOÃO PESSOA
2015

N337t Nóbrega, Eveline Cavalcanti Cabral da.

Terapia ocupacional capacitante : relato, percepções,
enfrentamento e inclusão de um indivíduo com TOC no meio
acadêmico / Eveline Cavalcanti Cabral da Nóbrega. - - João Pessoa:
[s.n.], 2015.

39f.

Orientadora: Andreza Aparecida Polia.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

EVELINE CAVALCANTI CABRAL DA NÓBREGA

TERAPIA OCUPACIONAL CAPACITANTE: Relato, percepções, enfrentamento e inclusão de um indivíduo com TOC no meio acadêmico

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em...../...../.....

BANCA EXAMINADORA

RESUMO

O presente estudo relata a experiência vivenciada por uma estudante do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), compreendendo o período entre o segundo semestre de 2011 e o segundo semestre de 2015, com diagnóstico médico de TOC, conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (F- 42). TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) é um distúrbio psiquiátrico de ansiedade caracterizado pela presença de crises recorrentes de obsessões e compulsões. As obsessões são pensamentos impulsivos ou imagens indesejáveis e involuntárias que invadem a consciência causando acentuada ansiedade ou desconforto, obrigando o indivíduo a executar compulsões, ou seja, atos físicos ou mentais realizados em resposta às obsessões com a intenção de afastar ameaças, prevenir possíveis falhas ou simplesmente aliviar um desconforto físico. O TOC é uma doença mental grave e incapacitante que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, e que limita a vida dos indivíduos acometidos. O presente relato tem como objetivo analisar e compreender como a graduação em Terapia Ocupacional contribuiu para o entendimento do indivíduo, tornando-se uma ocupação relevante no combate e enfrentamento dos sintomas do transtorno, que por sua vez interferem de modo significativo no cotidiano do indivíduo, afetando seus papéis ocupacionais e suas áreas de ocupação causando sofrimento psíquico. Dessa forma, é necessário a reinserção do mesmo mais ativamente no meio em que vive, retirando-o do mundo obsessivo e compulsivo criado pelo próprio, visando à melhora de sua saúde e conseqüentemente, da sua qualidade de vida. Foi realizado um relato de experiência feito pela própria estudante durante sua vida, a partir dos primeiros sintomas e sinais na infância, as fortes evidências na adolescência, os prejuízos causados pelo transtorno mental na idade adulta, as conseqüências na família, as relações interpessoais e as autopercepções durante o percurso realizado como graduanda no curso de Terapia Ocupacional. As experiências narradas procuraram demonstrar a importância da participação social para a inclusão do indivíduo, destacando suas dificuldades no ambiente acadêmico, e conquistas adquiridas durante o curso de Terapia Ocupacional. O presente relato possibilitou a análise e a discussão da importância da participação social através da realização de ocupações significativas no tratamento do transtorno. Constatou-se a importância das ocupações na melhoria dos sintomas do indivíduo com TOC, como também, o quão benéficas foram as experiências vivenciadas no ambiente acadêmico. Esse ambiente aberto proporcionou um melhor entendimento e melhoria nas percepções do que seria o transtorno. Tais fatores foram primordiais para uma melhor qualidade de vida do indivíduo, promovendo a inclusão, a interação social e o autoconhecimento.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo. Terapia Ocupacional. Ocupação. Obsessão. Compulsão.

ABSTRACT

This study reports the experience lived by a Student Occupational Therapy course at the Federal University of Paraíba (UFPB), covering the period between the second half of 2011 and the second half of 2015 with OCD medical diagnosis, according to the International Classification of Diseases - ICD-10 (F-42). OCD (Obsessive Compulsive Disorder) is a psychiatric anxiety disorder characterized by recurrent crises of obsessions and compulsions. Obsessions are impulsive thoughts or undesirable and unintended images that invade the consciousness causing marked anxiety or discomfort, forcing the individual to perform compulsions, or physical or mental acts carried out in response to obsessions with the intention of removing threats, prevent possible failures or simply alleviate physical discomfort. OCD is a serious and disabling mental illness that affects millions of people worldwide, and that limits the life of affected individuals. This report aims to analyze and understand how a degree in Occupational Therapy contributed to the individual's understanding, becoming a relevant occupation in combating and coping of the symptoms of the disorder, which in turn interfere significantly in the everyday individual, affecting their occupational roles and their areas of occupation causing psychological distress. Thus, it is necessary to reinsertion of even more actively in the environment they live in, removing it from the obsessive and compulsive world created by himself, aiming at improving their health and therefore their quality of life. An experience report was conducted done by the own student during his life, from the early symptoms and signs in infancy, strong evidence in adolescence, the losses caused by mental disorder in adulthood, the consequences in the family, interpersonal relationships and self-perceptions along the way performed as graduate student in the course of Occupational Therapy. The experiences narrated sought to demonstrate the importance of social participation for the inclusion of the individual, highlighting the difficulties in the academic environment and achievements acquired during the course of Occupational Therapy. This report enabled the analysis and discussion of the importance of social participation by conducting meaningful occupations in the treatment of the disorder. It was noted the importance of occupations in improving the symptoms of the individual with OCD, but also how beneficial were the experiences in the academic environment. This open environment provided a better understanding and improvement in perceptions of what would be the disorder. These factors were crucial to a better quality of life of individuals, promoting inclusion, social interaction and self-knowledge.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder. Occupational Therapy. Occupation. Obsession. Compulsion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 JUSTIFICATIVA.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 Objetivo Geral.....	16
1.2.2 Objetivos Específicos.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3 METODOLOGIA.....	22
4 RELATO.....	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo relata a experiência vivenciada por uma estudante do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com diagnóstico médico de TOC, conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (F- 42). Compreendendo o período entre o segundo semestre 2011 e o segundo semestre de 2015.

O seguinte relato irá analisar e compreender como a graduação em Terapia Ocupacional contribuiu para o entendimento do indivíduo, tornando-se uma ocupação relevante no combate e enfrentamento dos sintomas do transtorno, que por sua vez interferem de modo significativo no cotidiano do indivíduo, afetando seus papéis ocupacionais e suas áreas de ocupação e causando sofrimento psíquico. Dessa forma, é necessária a reinserção do mesmo mais ativamente no meio em que vive, retirando-o do mundo obsessivo e compulsivo criado pelo próprio, visando à melhora de sua saúde e conseqüentemente, da sua qualidade de vida.

Para que isso seja possível, é necessário primeiramente definir, detalhar, e analisar todos os aspectos da doença, correlacionando suas características com os relatos do sujeito, para assim promover o diagnóstico e tratamento de forma mais breve possível e impedir o agravamento do caso.

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um distúrbio psiquiátrico de ansiedade caracterizado pela presença de crises recorrentes de obsessões e compulsões. Sendo uma doença incapacitante que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, e que limita a vida dos indivíduos acometidos (DSM V, 2013).

As obsessões são pensamentos impulsivos ou imagens indesejáveis e involuntárias que invadem a consciência causando acentuada ansiedade ou desconforto, obrigando o indivíduo a executar compulsões, ou seja, atos físicos ou mentais realizados em resposta às obsessões com a intenção de afastar ameaças, prevenir possíveis falhas ou simplesmente aliviar um desconforto físico.

Assim sendo, segundo Róz et al. (2011, p. 120):

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma patologia incapacitante tanto na esfera social como na ocupacional. Está associado a uma morbidade bastante alta quando comparado a outras condições psiquiátricas e estima-se atualmente uma prevalência de 2% a 3% na população.

Sendo assim, alguns indivíduos adquirem esses hábitos e comportamentos; normalmente tratam-se de ideias irracionais e excessivas relacionadas à saúde, perfeição,

higiene, organização e simetria que são geralmente despercebidas e incontroláveis. Estes hábitos passam a tomar um tempo excessivo e desnecessário na vida da pessoa, podendo causar desconforto e consequências negativas na sua vida pessoal e profissional. É a partir da análise dessas características que pode-se chegar à conclusão de que tais atos são na verdade sinais da manifestação de transtorno ou distúrbio obsessivo compulsivo.

Para Cordioli (2014), a preocupação exagerada com sujeira torna algumas atividades difíceis de serem realizadas devido ao sentimento de repúdio e nojo a determinados lugares, objetos e pessoas que possam trazer risco à saúde de uma pessoa com TOC, comprometendo consideravelmente a rotina, as relações sociais e as ocupações. Outra característica é a de evitar estar presente em lugares principalmente públicos, sob risco de contaminação, levando a um afastamento e a uma seleção prévia de espaços a serem frequentados e usados. O contato físico com as pessoas é prejudicado a partir do momento em que é criado critérios e exigências de limpeza como meio de proteção a um risco eminente de contágio e proliferação de bactérias e vírus. Outro ponto importante é a execução dessa limpeza, que na dúvida interminável de que foi realizada corretamente o indivíduo entra em um ritual de início, meio e não consegue por fim a atividade na qual está inserida, tornando-se refém de um meio criado por si mesma, em que a repetição passa a ser sua aliada na busca por uma satisfação e prazer do trabalho que está sendo realizado. O tempo gasto na realização das atividades que compreende a limpeza é somado muitas vezes à organização, alinhamento ou simetria dessas execuções, estando associadas à ansiedade, medo e culpa, causando enormes prejuízos à rotina pessoal, familiar e social.

Nesse caso, um diagnóstico precoce possibilita um acompanhamento de psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras no tratamento. Ou seja, as pessoas acometidas pelo TOC necessitam de acompanhamento psiquiátrico e de terapia complementar, para que seja possível o enfrentamento das diversas dificuldades que a doença impõe.

Possuindo um olhar mais clínico para as consequências e o tratamento do transtorno, Cordioli (2014, p. 34) afirma que,

Na maioria das vezes, na prática clínica, o paciente com TOC apresenta um quadro clínico complexo, no qual o profissional para fazer o diagnóstico clínico necessita distinguir o transtorno de quadros que apresentam sintomas semelhantes, bem como excluir que os sintomas façam parte do quadro clínico de doenças médicas, especialmente neurológicas e que sejam efeito de substâncias, inclusive de certos medicamentos usados como coadjuvantes na farmacoterapia do transtorno. Deverá ainda identificar a presença ou não de comorbidades que podem interferir no tratamento, como é o caso dos

transtornos do humor (e da depressão em particular), para poder planejá-lo adequadamente.

Inicialmente, o indivíduo precisa reconhecer que sofre com a doença para poder tratá-la, ou seja, caracteriza-se por “*bom insight*” as pessoas que possuem a autocrítica preservada, ciente dos sintomas do transtorno e da necessidade de tratamento. Já as com “*insight pobre*” são aquelas que apresentam pouco reconhecimento. E por último os indivíduos com “*ausência de insight/sintomas delirantes*”, eles não identificam as ideias irracionais como sinal de um transtorno mental, passando a acreditar fielmente em seus pensamentos obsessivos. É importante ressaltar que essa “ausência de insight” pode alcançar níveis psicóticos, visto que o indivíduo passa a acreditar cegamente em suas manias (DSM V, 2013).

As percepções do indivíduo com TOC em relação ao sofrimento alheio são reduzidas a medida que a importância maior é a do mundo criado por ele e o ciclo vicioso em que se transforma sua vida, não conseguindo quase sempre realizar atividades na coletividade. Os fazeres repetitivos provoca insensibilidade e falta de interesse em relação à amigos e familiares, partindo desse relato, destaca-se a falta de interesse por relações sociais. Tais comportamentos involuntários provoca no indivíduo diante de suas relações um aprisionamento, assim sendo o indivíduo geralmente não tem força de enfrentar as obsessões, trazendo sofrimento, pois independe da sua vontade e a preocupação passa a ser somente com o ato de realizar, deixando para trás algumas formas de interação no seu cotidiano (CORDIOLI, 2004).

É neste ponto que o TOC tem a inclusão social como um de seus maiores desafios, pois as pessoas que possuem estes hábitos podem tratar suas atitudes repetitivas com naturalidade, descrevendo-as apenas como manias ou superstições. Porém, estes hábitos costumam funcionar como respostas e formas de aliviar as tensões, ansiedades e desconfortos causados pela obsessão e compulsão e por este motivo, nasce a necessidade de se tratar tais hábitos e as atitudes repetitivas com um olhar mais clínico e profissional.

Na prática, a ocupação humana foi utilizada pela autora como abordagem de tratamento baseado na ocupação, essa por sua vez foi afetada e comprometida pelas dificuldades e limitações no seu dia a dia. A vontade de sair do mundo obsessivo compulsivo que a autora se encontrava foi motivada inicialmente pelo desejo de cursar a graduação de Terapia Ocupacional, ao qual estava previamente relacionada com suas experiências de vida. Essa ocupação foi de extrema importância para a autora, já que foi responsável por capacitá-la e empoderá-la, possibilitando meios para enfrentar e superar as dificuldades impostas pela doença. (Willard et. al., 2011)

Nesses casos, a presença da ocupação é de suma importância para substituir manias e obsessões por atividades que impeçam o indivíduo de ter pensamentos repetitivos e repreensivos.

O estudo da ciência ocupacional é imprescindível, pois é a base da própria Terapia Ocupacional, por meio de avanços nessa área é que pode-se produzir análises mais concretas, tratamentos mais efetivos, e um melhor entendimento dos significados particulares das rotinas e atividades de cada ser humano, sendo adaptáveis para suas necessidades. A ocupação é responsável por permitir que esses indivíduos consigam identificar as suas fragilidades e as suas forças na busca por um prazer e satisfação, sempre com um olhar de reconhecimento dos resultados obtidos na atividade. Tendo essa mesma função no presente trabalho. (CLARK F, et al. 2002).

1.1 JUSTIFICATIVA

A relevância desse trabalho se dá pela contribuição às pessoas que assim como a estudante, vivenciam esse transtorno limitante que interfere de modo significativo na rotina, afetando as suas áreas de ocupação. Através da experiência como graduanda do curso de Terapia Ocupacional, a autora pretende demonstrar situações de enfrentamento de sinais e sintomas do TOC, e como o estudo dentro das áreas de ocupação vivenciadas, possibilitou usar de estratégias na busca por uma melhor qualidade de vida. A busca por uma ocupação que tivesse significado e que através dela, pudesse levar a sua história de vida como experiência e relato de um sofrimento intenso.

Novamente, é importante ressaltar a definição de TOC para um melhor entendimento da problemática do trabalho, que é uma doença caracterizada pela presença de obsessões ou compulsões de caráter involuntário que causam angústia e ansiedade, consumindo tempo e interferindo no cotidiano das pessoas em várias atividades sociais, no trabalho e no convívio familiar.

Sendo assim, Cordioli (2014, p.14) demonstra através de uma pesquisa, como esse transtorno é comum em nossa sociedade:

Considerado raro até há pouco tempo, sabe-se que o TOC é um transtorno mental bastante comum, acometendo entre 1,6 e 2,3% das pessoas ao longo da vida, ou 1,2% no período de 12 meses. Uma pesquisa recente em nosso meio avaliou 2.323 adolescentes de 14 a 17 anos, alunos de escolas de ensino médio, e encontrou uma prevalência de TOC de 3%. Calcula-se que aproximadamente 1 em cada 40 a 60 indivíduos na população apresente TOC, e é provável que no Brasil existam entre 3 e 4 milhões de pessoas acometidas pela doença.

A presente pesquisa foi realizada como uma forma da própria autora entrar em um processo de autoconhecimento, em que a partir da análise de suas dificuldades, fosse capaz de superá-las por estratégias propostas por ela mesma. Foi através desse relato, que a estudante pôde exteriorizar suas situações de vida com o objetivo de atingir também outros indivíduos acometidos pelo TOC, inspirando-os a superar suas dificuldades e irem em busca de tratamento.

Tais aspectos são de extrema importância para que seja possível a inserção social de indivíduos com a doença, que podem sofrer com preconceito, bullying e discriminação, conseqüentemente fazendo com que o indivíduo recorra ao isolamento, que poderá ocasionar o desenvolvimento de outras doenças, como por exemplo, a depressão.

O compromisso com uma sociedade igual e justa se expressa pela elaboração de planos e ações que visem apropriar oportunidades e promover condições favoráveis de acesso e participação para todas as pessoas, respeitando e valorizando a diversidade humana. A Terapia Ocupacional Capacitante (expressão desenvolvida pela própria autora no presente trabalho) tem sua origem através do curso de Terapia Ocupacional, ao qual foi utilizado como agente transformador na melhoria da saúde mental de uma aluna com Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Partindo desses conceitos, é relevante demonstrar como a Terapia Ocupacional pode atuar identificando capacidades e melhorando performances. A capacidade refere-se ao desempenho de habilidades e de tarefas funcionais em situação ideal e estruturada. São aptidões físicas, mentais, intelectuais, que nem todos possuem, dessa forma a Terapia Ocupacional atua melhorando performances do indivíduo, portanto ela é Capacitante à medida que torna esse indivíduo apto a desenvolver habilidades para que obtenha melhores execuções em suas tarefas, proporcionando uma maior interação e uma melhor qualidade de vida.

A educação como área de ocupação de significado relevante nesse caso, foi vivenciada pela estudante e fez parte do tratamento através da rotina acadêmica na busca pelo seu restabelecimento físico e emocional. A ocupação significativa fez com que as atividades compreendidas pelo curso de Terapia Ocupacional através do estudo fossem usadas como formas de enfrentamento do transtorno, percebendo dificuldades e facilidades de acordo com a situação apresentada a cada momento.

Embora no percorrer e na busca de bons resultados a ansiedade, a insegurança e o desconforto estiveram presentes de forma ameaçadora em boa parte da execução dessas atividades, comprometendo o seu papel ocupacional. O resultado positivo da atividade ocupacional exercida, perpassou pelos valores e pelo interesse atribuído na participação da ocupação. O planejamento, o engajamento e o significado ao qual foi dado ao estudo da autora, foi extremamente benéfico ao seu bem-estar e sua saúde.

As limitações ao qual a doença impõe foram transformadas em oportunidades de combate aos sintomas, criando estratégias e fortalecendo habilidades no desempenho das atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social.

Embora o transtorno obsessivo compulsivo seja considerado pelos pesquisadores como incapacitante, e uma doença que limita a vida das pessoas, a Terapia Ocupacional Capacitante se propõe a usar as atividades (no caso da autora, o próprio estudo) como um meio eficaz na busca do bem-estar das pessoas e da sua autonomia, descobrindo possibilidades de

enfrentamento das dificuldades no dia a dia, e tornando-as capazes através das experiências vivenciadas por meio da execução de tarefas, de superar as dificuldades impostas pelo TOC.

Colaborando com esse pensamento, Carvalho (2012) define educação inclusiva como um sistema educacional que reconheça e atenda às diferenças individuais, respeitando as necessidades de qualquer aluno. Sob essa ótica, não apenas pessoas com deficiência seriam assistidas, e sim todos os alunos que, por inúmeras causas, endógenas ou exógenas, temporárias ou permanentes, apresentem dificuldades de aprendizagem ou no desenvolvimento. A autora também destaca o fato de que a ideia da inclusão educacional pressupõe a melhoria da resposta educativa da escola para todos, em qualquer das ofertas educacionais, e que igualdade de oportunidades não significa que todos sejam educados da mesma forma, mas sim de acordo com as diferenças individuais.

Nesse aspecto, o estudo e a promoção de meios que possibilitem a inclusão social de pessoas acometidas pelo TOC são de suma importância para a harmonia de nossa sociedade, já que garante que aqueles indivíduos sem oportunidades ou que por algum motivo, estejam sendo marginalizados no nosso cotidiano, possam ter a chance de atingir a igualdade.

A partir da ampliação de interação com o meio social e de atividades que possam proporcionar autonomia e emancipação ao indivíduo, a Terapia Ocupacional se faz presente nas práticas de reabilitação física, promoção à saúde, na melhora das atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar e lazer e participação social.

Se justifica assim a definição de que:

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área de saúde centrada no cliente, com enfoque na promoção da saúde e bem-estar, através da ocupação. O principal objetivo da Terapia Ocupacional é capacitar as pessoas a participar nas atividades diárias. Os terapeutas ocupacionais atingem resultados, prestando cuidados/serviços à pessoas e comunidades para melhorar sua capacidade de envolvimento nas ocupações que querem, precisam ou em que se espera que participem, ou modificando a ocupação ou o ambiente para melhorar o seu envolvimento ocupacional (World Federation of Occupational Therapists, 2012).

A oportunidade que é conferida pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) de contribuição à academia científica, no papel de pesquisadora, influenciou a estudante na medida em que o tema escolhido como trabalho final de curso, primordialmente se justifica pela vivência da estudante se passar em parte no contexto acadêmico. A escassez de projetos de pesquisa que abordem a problemática do presente trabalho sob diversas interfaces, intrigou a

autora a realizar essa pesquisa, já que se trata de um assunto de extrema importância para a academia científica, que é envolto em discussões e descobertas.

A implicação da comunidade acadêmica contribui na construção do saber humano, esclarecendo aspectos que antes eram desconhecidos ou subestimados pela sociedade. Sendo assim, a nível de relevância acadêmica, o atual projeto contribui para uma maior visibilidade do Transtorno Obsessivo Compulsivo e sua relação com a Terapia Ocupacional, promovendo mais estudos e descobertas na área através da promoção e discussão do tema proposto.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar e compreender experiências vivenciadas durante a vida e a graduação de Terapia Ocupacional do indivíduo, em decorrência do Transtorno Obsessivo Compulsivo na esfera social e ocupacional. Além de entender como essa formação contribuiu para a percepção e o enfrentamento do TOC.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever situações de empoderamento durante a graduação;
- Reconhecer limitações para o enfrentamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo;
- Demonstrar o quão benéfica é a inclusão social para o indivíduo com TOC;
- Reconhecer as atividades ocupacionais como estratégia de combate aos sintomas do Transtorno Obsessivo Compulsivo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Reverendo conceitos, é de extrema relevância analisar a opinião de vários autores a respeito do que seria o TOC, para podermos examinar como é a visão da sociedade e de especialistas em relação ao transtorno, chegando a uma conclusão de como esse tema deve ser tratado na contemporaneidade.

Silva (2011, p. 23) apresenta uma definição branda e social sobre a doença, que foca na sua explicação por meio das obsessões e compulsões, que são os sintomas mais característicos do TOC:

O transtorno obsessivo-compulsivo constitui, com certeza, um dos quadros mais intrigantes e desafiadores da Psiquiatria e Psicologia atuais. Ele se caracteriza pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões seriam pensamentos ou ideias recorrentes de caráter intrusivo e desagradável que causam muita ansiedade e tomam uma parcela significativa do tempo dos indivíduos que sofrem desse distúrbio. As compulsões, conhecidas popularmente como “manias”, são comportamentos, ações ou atitudes de aspecto repetitivo que a pessoa com TOC é levada a adotar em resposta a uma obsessão com o intuito de reduzir a ansiedade provocada por esta.

Concordando com esse pensamento, Sales (2010, p. 13), dá uma explicação trazendo uma forma similar de abordagem:

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um quadro de ansiedade caracterizada por pensamentos obsessivos e reações compulsivas. As obsessões são pensamentos involuntários, que persiste de forma incontrolada na consciência, associados ou não a rituais obsessivos destinados a neutralizar os sintomas, já as compulsões são comportamentos conscientes repetidos, que a pessoa executa a fim de reduzir ansiedade causada por uma obsessão.

Seguindo a mesma lógica, pensamentos indesejáveis, involuntários e recorrentes que acometem a mente das pessoas com TOC são irracionais e sem nexos, geralmente trágicos ou blasfemos, envolvendo pessoas que fazem parte do seu cotidiano, familiares e amigos. Esses pensamentos atormentam e interferem no raciocínio, fugindo da normalidade, quando imagens de atos considerados pela própria pessoa como irracionais, invadem e incomodam por se tratar de violência e blasfêmia envolvendo valores, religiosidade e sentimentos de afeto com a prática de atos violentos. A sensação de que a qualquer momento poderá acontecer uma tragédia é constante, causando medo, preocupação e apreensão que ocasionam enorme sofrimento psíquico.

Adicionando uma visão mais cética e técnica à discussão, Gonzalez (1999, p. 29) descreve o TOC como um transtorno de forma mais sistemática, em que determinadas características pré-estabelecidas definem seus tipos e como deve ser tratado:

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. Obsessões são ideias, pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e persistentes que são vivenciados como intrusivos e provocam ansiedade. Não são apenas preocupações excessivas em relação a problemas cotidianos. A pessoa tenta ignorá-los, suprimi-los ou neutralizá-los através de um outro pensamento ou ação. Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que visam reduzir a ansiedade e afastar as obsessões. Esses rituais frequentemente são percebidos como algo sem sentido e o indivíduo reconhece que seu comportamento é irracional. Geralmente a pessoa realiza uma compulsão para reduzir o sofrimento causado por uma obsessão. As obsessões mais comuns são: preocupação com sujeira ou secreções corporais, medo de que algo terrível possa acontecer a si mesmo ou a alguém querido, preocupação com simetria e escrupulosidade. As principais compulsões são: lavagem de mãos, verificação de portas, ordenação e arrumação, contagem e colecionismo. Para se fazer um diagnóstico de TOC é necessário que o nível da sintomatologia interfira no funcionamento social, interpessoal, ocupacional ou acadêmico do indivíduo e que os sintomas ocupem mais de uma hora por dia.

Compartilhando a mesma opinião, Rosário e Mercadante (2000, p.18) estabelecem que o TOC está diretamente ligado às questões genéticas e biológicas, e que esses aspectos devem ser considerados:

É importante ressaltar que o TOC é, em si, um conceito. Por não ser “verdade” objetiva, irá necessariamente sofrer modificações nos próximos anos. O desenvolvimento de técnicas em biologia molecular e neuroimagem, utilizando subgrupos mais homogêneos de pacientes, deverá ser fator significativo na transformação desse conceito. Com a divulgação do genoma humano e o desenvolvimento de tecnologias mais acessíveis de mapeamento, propostas individualizadas de tratamentos, baseadas no sequenciamento genético, poderão ser viáveis num futuro próximo.

Discordando desse ponto de vista, Santos (s. d., p. 12) contesta esse pensamento, afirmando que:

Podemos considerar que as causas do transtorno mental estão relacionadas aos fatores biopsicossociais, contudo, seus efeitos são diretamente sociais, pois interferem no comportamento e nas reações que a sociedade e a ordem moral repudiam e principalmente nos relacionamentos com familiares e amigos ou mesmo no rompimento destes, desencadeando uma série de fatores que estigmatizam e geram rupturas afetivas. Devemos considerar que as pessoas com sofrimento psíquico são seres humanos em potencial, com habilidades e capacidades humanas e que não podem ter suas vidas estigmatizadas pela “loucura”, deixando de exercer atividades cotidianas, momentos de crise

devem ser entendidos como resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros (familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos), pois a crise, assim como a doença é mais uma questão social do que biológico-psicológica.

Analisando os dois lados, pode-se dizer que é necessária tanto uma abordagem mais clínica da doença, quanto psicológica. Pois é a partir da conciliação das duas formas, que pode-se chegar a conclusões mais precisas sobre a origem da doença, assim como a melhor forma de tratá-la. Ou seja, o ideal é haver os dois métodos em conjunto, contribuindo assim para uma melhora mais rápida e efetiva do indivíduo.

É nessa etapa que deve-se trazer à discussão a inclusão social, que é uma das principais dificuldades dos acometidos pelo TOC.

Os distúrbios e as perturbações mentais inerentes à doença, provocam uma dificuldade de relacionamento especialmente com o afastamento dos amigos. Essa distância afeta a família como um todo e traz como consequência, o isolamento. Assim sendo, aos poucos o distanciamento de ambos acaba acontecendo. Involuntariamente, as relações interpessoais passam a ser raras, pois exige muito da família, dos amigos e da pessoa que se sente aprisionada em um mundo que o faz dependente e incapaz de quebrar esse ciclo. Como se a doença se apresentasse de forma distinta e de características individuais, ora menos, ora mais intensa.

Faz-se necessário o conhecimento individual, como também o redescobrimto dos laços que une os relacionamentos e o cultivo de tais práticas, no sentido que possa haver um mínimo de convivência aceitável.

Concordando com essa metodologia, Silveira (1981) afirma que dessa forma, a ocupação e o desenvolvimento de capacidades criativas se faz necessário para uma maior inclusão das pessoas com doença mental, da mesma forma a libertação de práticas tradicionais limitadoras abre novas possibilidades de ação e participação.

É para cobrir essas práticas que a Terapia Ocupacional se mostra presente, possibilitando o enfrentamento necessário para que o indivíduo supere seus medos e inseguranças, o estimulando e apresentando alternativas para uma vida saudável.

Silva (2012, p. 48) dá maiores detalhes sobre como o Terapeuta Ocupacional influencia o acometido nesses casos:

A Terapia Ocupacional recobre um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, em educação e na esfera social, devendo desenvolver metodologias adequadas à ação territorial e comunitária. Assim, torna-se imprescindível para a Terapia Ocupacional aceitar os desafios que se colocam e buscar contribuir, a partir dos saberes que vem acumulando em outras esferas, na

formulação e desenvolvimento de ações que possam equacionar problemas vinculados aos processos de ruptura de redes sociais de suporte.

Ou seja, através da Terapia Ocupacional Capacitante, é de grande importância a reinserção social de indivíduos acometidos pelo TOC, já que através desse método ele terá uma facilidade maior de confrontar suas dificuldades por meio do apoio de amigos e familiares.

Algumas técnicas e métodos no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo têm se mostrado eficazes. Normalmente não se obtém rapidamente os resultados definitivos, pois trata-se de um tratamento longo e que se refere a áreas relacionadas à saúde mental. A definição de cura deve ser empregada com uma certa cautela, é preferível que seja utilizada “convivência” como expressão mais adequada ao tema.

Dessa forma permite-se entender que os conflitos familiares ocasionados pela doença, podem ocorrer tanto quando a família tentar combater diretamente os sintomas do acometido, tanto quando eles tentam poupar ao máximo o indivíduo na ânsia de não incomodá-lo. Sendo assim, o apoio familiar realizado da maneira correta é fundamental para beneficiar as pessoas com TOC, quando isso não for possível, o afastamento da rotina familiar pode ser a melhor opção para o não agravamento do caso.

Através dessa linha de pensamento, Amazonas (2010, p. 57) dá uma definição do que seria exatamente o fenômeno da acomodação familiar, demonstrando estatísticas para basear seus argumentos:

Um dos fenômenos mais frequentes nas famílias de pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo é a acomodação familiar: participação nos rituais do paciente e modificações na rotina, contribuindo para o desencadeamento e a manutenção dos sintomas. Nesta pesquisa, verificou-se o grau de acomodação familiar apresentado por doze mães e dois pais, selecionados por meio da aplicação da Medida de Criticismo Percebido aos pacientes. Os familiares responderam à Escala de Acomodação Familiar. Os resultados foram analisados em torno de quatro temáticas: 1) participação nos rituais obsessivo-compulsivos do(a) paciente; 2) modificações na rotina familiar; 3) desgaste na família; 4) grau de perturbação do(a) paciente quando não atendido(a) em suas solicitações. De 70 respostas, 78,6% afirmaram a participação nos rituais obsessivo-compulsivos; de 56 respostas, 78,6% disseram haver modificações na rotina familiar; 100,0% das respostas indicaram desgaste na família e 83,3% mostraram que o paciente perturba os familiares quando não é atendido em suas solicitações.

Seguindo essa corrente e através de exemplos, Guedes (2001, p. 66) cita quais são os casos em que essa acomodação ocorre no dia a dia familiar:

Compreendendo o fenômeno da acomodação familiar, pode-se entender o grau de desgaste e estresse presentes na família. Além do desgaste costumeiramente chamado de físico, possivelmente envolvido em qualquer situação aversiva, contingências de fuga/esquiva geram, como um de seus subprodutos, sentimentos e sensações que são aversivos e desgastantes para os participantes dessas interações.

Como é possível perceber, em alguns casos a presença da família pode acabar sendo prejudicial para quem possui o transtorno, se não for realizada de maneira correta, agravando os sintomas do indivíduo. Para que isso não ocorra, é necessário que a família acompanhe todo o tratamento do acometido, recebendo as orientações de psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras para ter ciência de como agir em determinadas situações características da doença.

Através desses conceitos, Ferrão e Florão (2010, p. 35) acreditam que:

Os sintomas do TOC têm forte impacto sobre a dinâmica de familiares e cuidadores. Muitas vezes os membros da família acabam se ajustando aos sintomas e às exigências do paciente e até mesmo apoiam a realização dos rituais e dos comportamentos compulsivos, envolvidos em um progressivo processo de acomodação familiar. Compreendendo o fenômeno da acomodação familiar, pode-se entender o grau de desgaste e estresse presentes na família. A inserção da família como fator mantenedor ou ativador dos sintomas no TOC parece estar de acordo com teorias cognitivas, principalmente no que diz respeito ao reforço negativo dos sintomas. A participação da família no TOC se distribui entre aquela que apoia e participa plenamente dos comportamentos (polo de acomodação) até aquela que se recusa a participar e se opõe ao paciente (polo antagonístico). Há ainda um terceiro padrão, em que a família se encontra dividida, com membros no polo de acomodação e outros membros no antagonístico.

Em meio às discussões dos autores, chega-se à conclusão de que a família e a sociedade têm um papel importante no tratamento do sujeito, a compreensão de que os rituais de comportamento independem de uma vontade própria, e muitas vezes para que o nível de ansiedade diminua o indivíduo conta com a participação dos membros da família ou amigos no sentido de não interferir na realização desses atos, visando não causar discussões em um combate direto.

Faz-se necessário uma orientação profissional à família para que a ajuda e o apoio correto ocorram com o objetivo de minimizar os sintomas, procurando intervir na criação de novas possibilidades de enfrentamento para cada situação apresentada.

3 METODOLOGIA

Foi realizado um relato de experiência feito pela própria estudante durante sua vida, a partir dos primeiros sintomas e sinais na infância, as fortes evidências na adolescência, os prejuízos causados pelo transtorno mental na idade adulta, as consequências na família, as relações interpessoais e as autopercepções durante o percurso realizado como graduanda no curso de Terapia Ocupacional.

O relato de experiência é um formato de trabalho acadêmico utilizado para informar e descrever acontecimentos vividos pela autora a qual o texto se refere. Esse modelo apresenta como padrão, uma linguagem em primeira pessoa que é realizada de forma envolvente, pessoal e sentimental, com o intuito de se aproximar ao leitor como se fosse uma forma de diálogo coloquial. Também são trazidos ao trabalho citações diretas e indiretas de outros indivíduos presentes na vivência, sendo de suma importância a demonstração das relações interpessoais no período de tempo em que se decorreram os fatos mostrados. Todos esses aspectos devem ser apresentados de forma clara e sucinta, tendo como foco a problemática que proporcionou as experiências descritas para a elaboração do relato.

No caso deste trabalho, as informações foram levantadas através de experiências vivenciadas pela própria autora, que correlaciona os acontecimentos com a Terapia Ocupacional e suas áreas de atuação, fazendo uso da interpretação necessária para detalhar os principais aspectos do TOC, e contribuir para um melhor entendimento da doença e de si própria.

Durante o projeto foram utilizados vários instrumentos necessários para a sua realização e registros, como o uso de tablet e computador para as anotações de experiências vividas e a produção da pesquisa em si, assim como o gravador de voz, que foi usado com o objetivo da autora conhecer e identificar seus sintomas de forma mais efetiva, através da exteriorização de seus problemas pela fala e a escuta, permitindo um maior reconhecimento dos aspectos da doença. Além disso, uma câmera fotográfica também foi usada para demonstrar através de fotos, como o Transtorno Obsessivo Compulsivo afetou inúmeros momentos da vida da estudante.

O período de tempo em que a pesquisa foi realizada engloba todo o curso de Terapia Ocupacional cursado pela autora na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), compreendendo o período entre o segundo semestre 2011 e o segundo semestre de 2015, além de todo o período de vida antes de sua formação, incluindo a infância, adolescência e a fase adulta. Utilizando a narrativa como forma de exteriorização, todas essas fases são descritas através de

acontecimentos importantes ocorridos em cada etapa, destacadas pelas principais dificuldades enfrentadas pela autora.

A narrativa é um tipo de linguagem utilizada como forma de contar um enredo, fato ou uma história com o objetivo de se chegar ao tema principal. No presente trabalho, ela foi utilizada para enaltecer as falas e expressões de indivíduos que conviveram com a autora durante esse período de tempo, dando um maior detalhamento para os fatos relatados pela estudante, que os apresentou de forma sequencial e interligada para esclarecer suas dificuldades e superações descritas no mesmo.

4 RELATO

O presente relato é baseado em fatos ocorridos durante a minha vida e graduação no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), buscando correlacionar a minha vivência com os benefícios adquiridos e as dificuldades encontradas no contexto acadêmico e familiar. O seguinte estudo foi realizado em forma de narrativa, enquanto procedimento metodológico, pois isso permitiu um processo de autorreflexão e de compreensão sobre como a graduação em Terapia Ocupacional contribuiu para o meu próprio ‘tratamento’.

Vida pessoal

Desde a infância era possível notar os sintomas do transtorno ao lembrar de algumas situações bem pontuais, até porque não tinha discernimento para saber que sentimento de medo em criança poderia ser característico, se não fossem pensamentos obsessivos de tragédias e acidentes, desejo de acompanhar minha mãe ao supermercado para analisar os preços dos produtos com o objetivo de economia e de sentir incômodo com os produtos das prateleiras quando não estavam simétricos, o que me fazia organizá-los para obter sensações de satisfação e prazer.

A percepção dos meus pais e irmãos em relação ao meu comportamento na infância e adolescência era despercebida, pelo contrário era até motivo de elogios por alguns comportamentos, como adorar arrumar armários e prateleiras da minha casa, fazer planejamento econômico sempre com objetivo de economizar, conferir portas e janelas se estavam fechadas à noite antes de dormir, ter apego a objetos antigos de família e até mesmo ficar quieta por horas, só pensando. Pensamentos esses que eu não compreendia, porque se repetiam tanto, como palavras, números e músicas.

Na escola, era comum eu rasgar inúmeras folhas em vez de usar a borracha ou o corretivo em casos de erro, atitude ocasionada pela mania de organização. Os elogios dos professores às pinturas que fazia eram constantes, pois no processo educacional se tornava raro o fato de uma criança pintar obedecendo rigorosamente os espaços do desenho. Lembro-me já na adolescência de um trabalho de escola em que era necessário completar tabelas e gráficos de matemática, a precisão com a qual eu preenchi-a detalhadamente, impressionou os professores, o que resultou na nota mais alta da sala. Os desenhos geométricos eram sempre perfeitos e os recortes com a tesoura eram detalhadamente bem executados.

Arrumações sem fim e conferências que comprometiam todo o dia, foi assim que passei a executar rituais de organização e de limpeza, além de viver obedecendo aos pensamentos e às ideias repetitivas de funcionalidade, que seriam as obsessões e compulsões. Quanto mais o tempo passava, as obrigações cresciam e um dia era pouco para a execução das tarefas, foi então que comecei a usar as madrugadas, me deixando cada vez mais estressada ao longo do dia.

Ainda durante a adolescência, casei e tive o meu primeiro filho. Passei a viver mais tempo dentro de casa, a limpar e organizar tudo, abandonei os estudos e me afastei dos amigos pois era muita tarefa a cumprir, além disso, tinha um filho que para mim deveria estar sempre limpo e organizado.

Com a chegada do meu segundo filho as obrigações só aumentavam e eu não conseguia concluir as atividades do dia a dia, a partir daí comecei a abandonar alguns espaços da casa, e por consequência a acumular objetos sem utilidade alguma naqueles lugares. Foi um momento em que passei a me irritar com muita facilidade com os meus filhos e o meu marido, porque quando conseguia executar perfeitamente alguma atividade, não permitia que ninguém desorganizasse ou sujasse. A partir do nascimento da minha última filha, as obsessões e as compulsões se acumulavam e foram somadas ao exagero com o autocuidado, passei a levar horas no banho e na lavagem das mãos, chegando a descamar toda a pele em alguns momentos.

Foram aproximadamente 20 anos sem nenhum tipo de tratamento, passei a me preocupar muito com limpeza e higiene, dia e noite eram dedicados a organização dos espaços de casa e a desinfecção de tudo que era usado pela minha família com objetivo de eliminar qualquer perigo de contaminação.

O autocuidado passou a me tomar também muito tempo do dia, principalmente o banho que era executado em obediência a um ritual de contagem numérica, as mãos eram lavadas inúmeras vezes ao dia e sempre no início e término de uma tarefa. No que dependia de mim, obrigava os meus filhos a obedecer aos meus padrões rigorosos de limpeza, e impedia muitas vezes o uso de brinquedos, utensílios e roupas depois que eram arrumados.

Passei também a acumular objetos sem nenhuma utilidade, e a partir desse momento não conseguia mais pôr fim a arrumação da minha casa. A medida que o tempo passava meus critérios de exigência só aumentavam, irritando não só a mim como também toda a minha família.

O meu corpo como forma de aliviar os pensamentos, passou a executar tarefas físicas compulsivamente infinitas e improdutivas que me levaram a um desgaste emocional e a uma depressão. Entrava num processo cíclico ininterrupto de obsessão e compulsão comprometendo a minha vida e a vida da minha família. O esgotamento mental e o cansaço físico traziam

sentimentos de frustrações e incapacidades por não conseguir responder mais as exigências dos rituais e passei a valorizar uma maneira de pôr fim a minha vida e ao meu sofrimento.

Passei a ter medo das minhas atitudes e resolvi me denunciar pedindo ajuda e fugindo de mim mesma e da minha mente. Naquele momento com apoio de algumas pessoas, comecei a enxergar novas possibilidades de viver e conviver com o TOC. O desgaste físico e emocional fez com eu colocasse de lado a vergonha e a consciência da inutilidade desses atos e pedisse ajuda.

Inicialmente, tive preconceito de mim mesma, recebi o diagnóstico médico como uma sentença de sofrimento eterno que me fazia pensar que era menos capaz que as outras pessoas, estava me excluindo quando fugia de determinadas situações de enfrentamento. Aderi a medicalização com negação, pois me sentia como massa de manobra. Para que o tratamento psiquiátrico tivesse resultados positivos era necessário o uso de antidepressivos e ansiolíticos.

Vida acadêmica

Lembro bem da primeira vez que tomei a medicação, sentei-me em uma lanchonete da universidade e a administrei como se fosse uma droga ilícita, esperei os efeitos como se fossem pílulas mágicas que acabariam com todo o meu sofrimento. Realmente passei a sentir uma felicidade que me incomodou, estava com os sentimentos robotizados e completamente dependente de recursos comuns à nossa sociedade, a medicalização.

A necessidade de tratamento, além do medicamentoso e de terapias complementares, promoveu em mim a busca por uma ocupação em que eu tivesse a oportunidade de confronto e conhecimento das minhas dificuldades, limitações e capacidades. O sofrimento psíquico que a doença impõe fez com que me tornasse refém de mim mesma, obrigada a obedecer aos pensamentos intrusos e constantes de caráter ameaçador e obsessivo, afetando as minhas relações interpessoais e o meu cotidiano.

Após um tempo de tratamento exclusivamente medicamentoso, passei a me incomodar com os efeitos colaterais dos remédios, um sono exacerbado que começou a me prejudicar principalmente durante as aulas, uma ausência de emoção, e uma felicidade disfarçada de bem-estar. Com objetivo de um ajuste na medicação, falei com o psiquiatra, e me surpreendi com a sua opinião, ele me disse que achava melhor que eu tivesse cursando uma graduação na área de exatas, pois sabia previamente os confrontos que sofreria na área de humanas, fiquei com muita raiva e abandonei o tratamento.

A partir disso, comecei a valorizar cada vez mais o curso ao qual eu tinha escolhido, a Terapia Ocupacional. Era através dele que mesmo com dificuldades, eu tinha forças para sair da minha casa todos os dias, com certeza era a ocupação de maior significado naquele momento e era aquela rotina acadêmica que me fazia sair da rotina familiar ao qual por muito tempo tinha sido refém.

Porém, as oscilações ao qual a doença mental impõe são muito difíceis, haviam momentos em que sair de casa tornava-se um tormento, nem todos os dias eu tinha disposição para enfrentar as dificuldades e o desgaste emocional me tomava completamente.

Fazer o trajeto de casa à universidade em crises de choro era comum e pensar em desistir era frequente. Além disso, sentir vontade de morrer e viver ao mesmo tempo era muito confuso e sofrido, mas ao mesmo tempo era desafiador, comecei a perceber que o caminho para a desistência era sempre o mais fácil, e que o transtorno por si só já me trazia frustrações demais, quando as obsessões e compulsões me aprisionavam e me faziam querer morrer.

Viver para mim se tornou além de desafiante o caminho mais difícil a ser percorrido, mas seria através da graduação em Terapia Ocupacional ao qual uso o adjetivo “Capacitante” que eu descobriria as inúmeras oportunidades de experimentar as minhas capacidades e o meu poder de resiliência.

O primeiro desafio com certeza foi o da participação social, era como se eu tivesse presa em um lugar bem distante de um mundo que era só meu e de mais ninguém, como modificar uma sensação de aprisionamento de certa forma segura, por uma sensação de liberdade altamente perigosa. Era comum o sentimento de ameaça e de medo que aquele contexto educacional proporcionava, parecia que a cada momento as pessoas com as quais eu convivía fossem me mandar de volta para aquele lugar distante e de tanto sofrimento.

Um dos dias que me lembro bem foi quando uma colega de sala olhou para mim e me perguntou, sem compreender qual o motivo da minha presença na universidade, comparando-se ao dela que seria de uma profissão com retorno financeiro e que pelo que ela achava eu não precisava disso, e nem de um outro papel ocupacional que não fosse o que eu já havia escolhido de mãe de família.

Naquele momento, foi como se eu tivesse recebido um veredito afirmando que eu não fazia parte daquele contexto, através dessa situação que tive a certeza de que estava no lugar certo, lugar esse que me tirava da passividade que me incomodava. Era disso que precisava, senti uma força naquele instante inexplicável, queria estar ali mais do que nunca, seria através das minhas experiências naquele lugar que eu enfrentaria as minhas dificuldades e que seria por meio dos meus limites que descobriria as minhas capacidades.

Como me fez bem sentir-me parte daquele ambiente e deixar que ele fizesse parte de mim, a oportunidade de perceber que todas as pessoas que estavam ali tinham saído dos seus mundos para se abrir às relações humanas e ao aprendizado, era de um prazer maravilhoso.

A busca por uma igualdade me fez descobrir as diferenças entre as pessoas e as suas particularidades, os anseios, os objetivos de cada um fazem parte do meu crescimento individual. Passei a perceber o quanto a minha rotina acadêmica melhorava os sintomas do TOC, quando as disciplinas eram usadas como atividade ocupacional em um tratamento opcional e alternativo, aliado à terapias complementares como a Terapia Ocupacional e a Psicologia.

Dessa forma, cabe destacar as dificuldades e conquistas vivenciadas por mim no curso de Terapia Ocupacional. A vida acadêmica proporcionou um novo desafio, o enfrentamento das fobias sociais e do reconhecimento da doença.

Durante uma aula de Sociologia o professor indagou a turma com a seguinte pergunta: Qual o único ato possível de ser realizado individualmente? Naquele momento, fui a única pessoa que respondeu precisamente: "O suicídio". Logo, ele continua a explicação dizendo que mesmo o suicídio como um ato inerente a uma só pessoa, a execução deste está intimamente entrelaçada com o meio social e ocupacional. A partir dali, percebi que o contexto ao qual a pessoa está inserida tem grande influência sobre nós, sem desconsiderar as patologias e as relações interpessoais.

Nesse sentido, pude analisar como o ambiente influi no comportamento do indivíduo com TOC. Essas questões só são percebidas à medida que a ocupação passa a superar por algumas horas obsessões e compulsões, que antes eram vividas em momentos de ociosidade.

Os pensamentos indesejáveis deram lugar por instantes a atividades nunca vivenciadas, portanto, algo que provocava a curiosidade e o desejo de conhecer novos saberes, influenciando diretamente um comportamento que antes nunca foi aberto. Esse comportamento formal trouxe benefícios mesmo sabendo que momentos de ansiedade e de medo sempre me acompanharam durante o curso, especialmente quando as disciplinas aplicadas exigiam o enfrentamento com as manias e obsessões. Como exemplo, posso citar as intervenções em cadáveres na disciplina de Anatomia.

O incômodo tinha início a partir do corredor do departamento de morfologia, que exalava um odor forte de formol e de cadáver, imediatamente procurava me proteger ao máximo de tudo que aquele lugar continha e que pudesse me tocar. Amarrava os cabelos, vestia o meu jaleco, colocava luvas e máscara, e ainda tinha que procurar um lugar relativamente limpo para deixar minha bolsa.

Quando a aula se iniciava era uma tortura, cada vez que a professora pegava em uma peça do cadáver e essa pingava encharcado de formol eu dava um passo para trás, mantendo também uma distância máxima permitida das bancadas, abri mão até mesmo dos bancos preferindo ficar de pé durante toda a aula.

Em algumas ocasiões a professora sugeria que pegássemos nas peças para facilitar a compreensão do aprendizado, mas tal atitude, mesmo com toda proteção prévia eu não conseguia realizá-la, era muita coisa para me preocupar e não tinha como prestar atenção no conteúdo que era ministrado, resultando assim, em reprovação por três vezes na mesma disciplina, mas precisava concluí-la pois ela era obrigatória à graduação de Terapia Ocupacional. Como não podia faltar às aulas práticas, comecei a desenvolver estratégias de enfrentamento: passei a tentar focar apenas na professora, como forma de desviar a atenção das minhas preocupações.

A repulsão ao toque e ao contato me fez crer que apesar das conquistas, não estava apta a superar todas as dificuldades e os momentos de recaída que seriam constantes, já que era algo que fugia ao meu controle. Nesse instante pude confirmar a necessidade que tinha de ser ajudada e de ser acolhida, não em busca de piedade, mas de um apoio que me fizesse forte o suficiente para aceitar a doença. A vergonha e o medo de fraquejar acompanhou-me durante todo o curso e sei que terei que conviver ainda por algum tempo, mas de um modo geral à aceitação parcial, ocupação e o enfrentamento não me fizeram menos forte, pois não desisti.

Ao visitar o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, na cidade de João Pessoa na disciplina de metodologia do trabalho científico e estar presente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Caminhar), na disciplina de cenários de prática de Terapia Ocupacional, me fez ver e conhecer a complexidade da saúde mental.

Através da observação, redescobri inúmeras possibilidades de atendimento a partir de um olhar pleno e integral a um indivíduo que antes de qualquer coisa já representava um diagnóstico médico, ou seja, uma CID que rapidamente se transformara em um rótulo valorizado pelo preconceito e pela discriminação. Aprendi que a melhor maneira de saber sobre as outras pessoas é se colocar dentro delas e descobrir o que temos em comum.

Foi uma das experiências mais difíceis no curso, pois seria a partir da minha patologia considerada por estudiosos da área como incapacitante, que eu seria capaz de entender e sentir aquelas pessoas. O aprisionamento daquelas pessoas não está em uma estrutura material, e sim dentro delas mesmas, pois o sofrimento psíquico pode estar presente em qualquer doença mental. Pude assim me sentir parte daquele processo, compartilhando do mesmo sofrimento

vivenciado pelos pacientes que ali se encontravam. Partilhávamos de um mesmo sofrimento psíquico.

A escolha do tema para o trabalho de conclusão de curso surgiu durante uma aula de saúde mental, diante da seguinte pergunta feita pelo docente da disciplina: “Qual a contribuição que vocês pretendem oferecer à academia através do seu aprendizado?” Naquele momento senti que precisava relatar tudo que tinha vivenciado na universidade, a partir da minha trajetória de vida desde a infância até a fase adulta no papel de estudante do curso de Terapia Ocupacional.

Não poderia perder a oportunidade, mesmo tendo a consciência de que a partir do momento que eu revelasse sobre o meu transtorno a exposição seria automática. Cheguei à conclusão que tudo o que já sofria não seria maior do que o que já tinha acontecido. A falta de conhecimento das pessoas sobre o assunto me impulsionou ainda mais na realização desse trabalho, e o desejo de contar um pouco da minha história de vida, principalmente as minhas facilidades e dificuldades no âmbito acadêmico.

Foram inúmeras as dificuldades encontradas para relatar as minhas experiências de vida a partir dos primeiros sinais na infância de um transtorno mental que interferiu significativamente na minha qualidade de vida. O processo de pesquisa através da leitura foi bastante complicado, não conseguia realizá-la continuamente para completa compreensão do texto, me prendendo muitas vezes em um parágrafo ou em uma frase com a intensão de ler perfeitamente.

Quando comecei a escrever, vi que não seria fácil. Enquanto relatava a minha história eu sofria muito, era como se estivesse revivendo tudo que tinha acontecido como um filme que se repetia todos os dias. Tive que parar muitas vezes porque era uma escrita cheia de sentimentos que me afetavam profundamente.

Além disso ela era feita repetidamente, sendo constantemente realizada e apagada visando uma melhor organização. Em vários momentos a hipótese de desistir foi levada em consideração, a dúvida e a incerteza me angustiavam e me faziam acreditar que não seria possível finalizar aquela atividade, não por “autoboicote”, mas por achar que nunca estava correto.

A área da saúde no cenário hospitalar foi um momento ímpar de melhora no meu comportamento, embora as barreiras no que diz respeito ao medo de contaminação terem sido imensas, a curiosidade de conhecer aquela área de intervenção da Terapia Ocupacional me atraía, mesmo que fosse de uma forma ameaçadora. Estive no Hospital Padre Zé, através do projeto de pesquisa Palhasus, e no Hospital Universitário Lauro Wanderley pela disciplina

Cenário de Prática. Nesses ambientes, era necessário me proteger o quanto podia na intenção de minimizar os sintomas.

A vontade de cuidar daquelas pessoas, com patologias tão graves e que fazia do meu transtorno tão insignificante me fez empoderar o meu papel ocupacional. Era intrigante perceber, como mesmo em um lugar onde era usada tanta tecnologia dura, as tecnologias leves eram imprescindíveis na promoção da saúde. Foi um momento muito rico de troca de cuidados, pois quanto mais eu promovia saúde através dos cuidados paliativos, mais eu entendia o valor da ocupação significativa.

Já em minha primeira visita domiciliar do Estágio Supervisionado, me senti extremamente incomodada simplesmente porque tinha cumprimentado o dono da casa com um aperto de mão, não conseguia atender as pessoas sem olhar detalhadamente o espaço em que elas moravam. A casa exalava um cheiro muito forte de urina, a partir do corredor que dava acesso ao apartamento, eu seria a responsável por atender um paraplégico, até então normal para quem não tem controle de esfíncter e que fazia uso de fralda.

Durante esse período de tempo, cheguei a prender a respiração em vários momentos e para piorar o meu incômodo com o odor, a casa estava altamente desorganizada e suja. Ao sair do local, usei quase todo o meu álcool em gel para desinfetar a minha mão. Foi horrível. Seria necessário continuar com os atendimentos, não tinha como fazer a visita domiciliar sem me incomodar com tudo aquilo.

A minha segunda visita não foi muito diferente, era uma família que além de todas as características da primeira, trabalhava com reciclagem e acumulava todo o lixo dentro de casa. Como enfrentaria aquela situação? Por serem famílias em vulnerabilidade social, comecei a enfrentar aquela dificuldade de atendimento como uma oportunidade de inclusão tanto na sociedade, como no meu tratamento contra o TOC. Iniciei um processo de enfrentamento baseado no olhar holístico no qual a Terapia Ocupacional propõe, percebendo aquelas famílias intrinsecamente, a partir de uma escuta qualificada com objetivo de transformar o meu comportamento de exclusão, em acolhimento.

Ao falar em inclusão, cabe citar como exemplo uma aula da disciplina de Dinâmica, na qual a professora utilizou do recurso da dinâmica de grupo para que os alunos formassem grupos de trabalho, e o resultado foi uma prática de exclusão, que me fez querer sumir dali. A professora me acolheu, e junto comigo me fez perceber que eu poderia aproveitar a oportunidade para falar com a turma sobre o ocorrido, através de um trabalho sobre exclusão e inclusão.

Foi uma experiência incrível, através de uma prática, eu e um amigo preparamos uma dinâmica em que o objetivo era fazer com que os meus colegas de sala, sentissem as sensações de exclusão e inclusão na pele. Através do incômodo das pessoas, pude perceber que a atividade alcançou seu objetivo, já que através de rótulos da sociedade escritos em um papel e colado nas testas das pessoas, foi demonstrado como esses comportamentos discriminatórios interferem na vida de cada um.

Naquele momento passei a entender quão se tornou importante a vida acadêmica para mim, pois havia deixado o ócio e como consequência uma significativa melhora nos sintomas. Assim sendo, a necessidade de ser lembrada, participar, liderar, me fez sentir parte de uma inclusão que tanto busco e que o curso de Terapia Ocupacional me propôs.

Considerações

É nesse sentido que para finalizar esse relato, considerei importante trazer a visão da minha família em forma de depoimentos para esse trabalho, para que eles se expressem se, e em como o meu transtorno afetou a vida e o desenvolvimento deles.

Relato da filha L. (14 anos):

“A doença me afetou de forma que muitas vezes os hábitos excessivos de limpeza, acumulação de papéis e objetos inutilizáveis, ou repetição de atos acabaram se tornando normais ao meu dia a dia, tanto que passavam despercebidos por alguns momentos. No entanto, sempre me irritei muito com a realização destes atos e de ter que os assisti-los dia após dia.

Os indivíduos que são acometidos com a doença podem apresentar um sintoma ou mais, já no caso da minha mãe os sintomas que mais prevalecem são os hábitos de limpeza exagerados e a dificuldade de se livrar de objetos sem valor algum. Perdi a conta de quantas vezes vi ela lavar as mãos repetidas vezes para ter razão de que estavam realmente limpas e passar mais de horas para lavar um prato que se encontrava sujo.

Também presenciei cenas em que muitas vezes objetos que não pertenciam a ela e tinha sido jogados fora pelos seus respectivos donos, constantemente eram recolhidos com o pensamento de que "Se era importante para tal pessoa, então não irei me livrar disto" ou recorrendo a pensamentos em que tudo poderia ser reaproveitado, quando na realidade o

objeto acabava sendo esquecido em uma prateleira ou armário, podendo ficar nesse local por mais de anos.

Antigamente, o fato de eu como filha reclamar de alguma ação compulsiva ou não a deixar terminar a ação adequadamente a irritava profundamente, e a causava insatisfação própria. Porém, hoje em dia existe um policiamento maior da parte dela para não realizar tantas vezes as mesmas ações.

Nos dias atuais também fui capaz de perceber situações de superação em quais foram esquecidos pensamentos compulsivos e houve um controle maior sobre suas ações. Recentemente quando nos mudamos, pude perceber que ela descartou muitos objetos antigos que não era usados e não possuíam utilidade alguma, mesmo com algumas dificuldades em relação à objetos que estavam no histórico familiar a muito tempo e de valor sentimental.”

Relato do filho L. (20 anos):

“O transtorno da minha mãe interferiu em muitos aspectos na minha vida, eu e meus irmãos eramos vítimas constantes de manias de limpeza, superproteção, e irritações causadas por não poder tocar em determinados objetos ou usar determinadas áreas da casa, a não ser sob certas circunstâncias.

Quando eu era mais novo, não entendia essas características como anormais, até porque nenhum de nós sabíamos da existência da doença até pouco tempo. Então via aqueles comportamentos simplesmente como se fossem instintos comuns de uma mãe que se importa com os filhos.

As atitudes de superproteção sem dúvida foram as que mais me afetaram, em vários momentos eu era impedido ou desestimulado a realizar alguns atos sozinho por um medo constante que a minha mãe tinha, me fazendo receoso a participar de certas brincadeiras e atividades comuns para a minha idade. Devido a isso, passei a depender dos meus pais para quase tudo, pois me tornei inseguro e contagiado pelo medo. Hoje percebo que esse comportamento pode ter sido uma das causas para o desenvolvimento de um transtorno de ansiedade social em mim, algo que me afeta até hoje.

Apesar de tudo, sempre levei as manias e obsessões da minha mãe com bom humor, estimulando-a a esquecer tais pensamentos através da execução de outras tarefas, assim como animando-a quando ela parece estressada ou triste por não ter conseguido realizar algo.

O exemplo mais claro é o próprio curso de Terapia Ocupacional, em que ela tentou desistir várias vezes por achar que não conseguiria realizar determinado trabalho, atividade, e até mesmo esse próprio trabalho de conclusão de curso, em que dei força e a estimulei em todos os momentos a não desistir ou deixar a doença vencer. Através da presença de novas ocupações e do tratamento da doença em sua vida, vejo que ela pode e está superando a doença, passando a fazer coisas que ela nunca fez antes, pois o TOC não a tornavam possíveis.”

Relato do filho F. (25 anos):

“Percebo há muitos anos algumas atitudes que fogem da normalidade do ser humano em minha mãe, mas nunca dei a atenção necessária ao tema. Hoje diagnosticado como doença mental, o Transtorno Obsessivo Compulsivo antigamente era pra mim apenas uma mania.

Desde pequeno convivo com atos da minha mãe, que até hoje é difícil entender e que de certa forma atrapalha e muito a vida dela. Rituais para lavar as mãos, esfregando dedo por dedo, começando em uma posição e terminando em outra, sempre da mesma forma e levando quase cinco minutos para terminar. Banhos demorados, de quase uma hora com o chuveiro ligado. Lembro-me de quando ela foi fazer o recadastramento biométrico e sua digital não aparecia, pois de tanto lavar as mãos já havia desaparecido.

Outra atitude que até hoje me incomoda é o fato do desejo das coisas serem sempre do jeito que ela acha ou pensa. Por exemplo, se eu for no supermercado com ela e escolher um produto, ela arranja uma forma de me convencer de que aquilo não é necessário, ou que pode ser de outra marca. Supermercado pra ela que é quase um passeio de três, quatro horas ou até o dia todo. Às vezes até passava todo esse tempo para levar pouquíssimas coisas.

É aí que entra mais uma variável que acho que interfere em todas as situações de sua vida; a indecisão. Debater algum assunto pra ela é fácil, porém agir, escolher uma opção e não voltar atrás é bem mais difícil. É comum ouvir da parte dela que se arrependeu de ter feito algo. E isso reflete na vida dela de uma forma geral, prejudicando até relações sociais.

Acredito que ela ultimamente vem tentando se policiar, e com essa pesquisa, abordando seu próprio problema vem tentando mudar e procurar melhorar. Com isso já atingiu um grande passo, que é admitir possuir a doença. Porém, na minha opinião, ultimamente percebo que ela já justifica algumas atitudes dela só porque possui esse distúrbio. Sei que deve ser muito difícil

da parte dela mudar de repente e tentar ser uma pessoa normal, porém percebo que ela aceita ou de certa forma se aproveita para continuar agindo de tal forma.

Vejo que como toda doença, deve haver uma cura. E acredito que ela está tentando, mas deve ser um pouco mais rígida quanto a isso. Procurar ajuda também de profissionais de saúde vejo que não é má ideia, para que assim ela possa conviver de uma forma melhor e se beneficiar de uma forma geral em sua vida familiar e social.”

A percepção dos meus filhos diante do TOC, fez-me compreender os prejuízos causados em decorrência da falta de tratamento, a rotina ao qual eles foram submetidos trouxe sofrimento não só a mim, mas a cada um especificamente. Ocorreu uma participação direta e indireta nos rituais, o que comprometeu naturalmente as relações familiares.

Embora até pouco tempo eles não tivessem o conhecimento sobre o assunto, fiquei surpresa com a capacidade deles de discernimento entre patologia e saúde, e as consequências causadas a todos no convívio familiar. Sinto-me impulsionada por cada sentimento exposto, no sentido de que tenho obrigação de superar as dificuldades e limitações impostas pelo TOC, obedecendo aos tratamentos e valorizando a minha existência como exemplo de vitória.

Hoje tenho a certeza de que valeu a pena cada momento vivido por mim no meio acadêmico e familiar, pois as dificuldades me serviram como instrumento de combate aos sintomas de um transtorno que por muito tempo comandou a minha vida, mas que hoje tenho conhecimento e percepção de que ele existe e faz parte de mim, mas não me identifica, nem me representa.

Os professores foram essenciais no processo de inclusão social e educacional dentro do curso de Terapia Ocupacional, percebendo que as minhas limitações e as minhas particularidades não me faziam menos capaz do que ninguém, eles transformaram cada momento de ensinamento e aprendizado, em uma oportunidade para todos da minha sala, internalizando as diferenças.

Foi através da graduação e da intervenção da Terapia Ocupacional (a qual adjectivei como Capacitante), que iniciei um novo tratamento, somado a psicoterapia. Graças a isso, tenho sentido uma redução considerável nos sintomas. Não descarto a possibilidade no uso de uma medicação natural ou até mesmo química como apoio coadjuvante, mas por experiência própria, faço uso no meu tratamento de uma ocupação significativa como recurso principal na minha reabilitação.

Estar fora de um padrão de normalidade nada mais é do que ser diferente ao conceito de igualdade, e vos digo que hoje eu conheço cada sinal de uma doença mental como que fosse

uma oportunidade de transformação do que nos faz mal e nos paralisa, para uma oportunidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato demonstrou a importância das ocupações na melhoria dos sintomas do indivíduo com TOC, como também, o quão benéficas foram as experiências vivenciadas no ambiente acadêmico. Esse ambiente aberto proporcionou um melhor entendimento e melhoria nas percepções do que seria o transtorno. Tais fatores foram primordiais para uma melhor qualidade de vida do indivíduo, promovendo a inclusão, a interação social e o autoconhecimento.

As experiências narradas procuraram demonstrar a importância da participação social para a inclusão do indivíduo, destacando suas dificuldades no ambiente acadêmico e conquistas adquiridas durante o curso de Terapia Ocupacional. O presente relato possibilitou a análise e a discussão da importância da participação social através da realização de ocupações significativas no tratamento do transtorno.

Através desses pontos, pode-se chegar à conclusão de que a pesquisa realizada alcançou os objetivos propostos, pois a autora pôde a partir de um relato de experiência da sua trajetória de vida, perceber os prejuízos causados à sua saúde mental, diante do TOC a partir da sua infância, período no qual a mesma já apresenta os primeiros sinais do transtorno, o agravamento na adolescência dos sintomas, e na fase adulta com a confirmação de comorbidades.

A atitude da autora de oferecer-se como objeto de estudo, estimula que o transtorno seja mais discutido no meio acadêmico, pois a partir do conhecimento público da sua patologia, a estudante contribuiu para a sociedade na prevenção de doenças e promoção da saúde. Mediante os fatos expostos, pôde-se obter a princípio um melhor entendimento sobre saúde mental a partir do conhecimento de um transtorno mental que afeta uma parcela significativa da sociedade, e que tem como principal característica a presença de obsessões e compulsões.

Na pesquisa realizada, a graduação em Terapia Ocupacional foi utilizada como meio estimulador durante a vivência acadêmica, tendo sido primordial na escolha pela autora de uma profissão da área da saúde, com um olhar holístico e humanista, que trabalha com prevenção e promoção da saúde, com vertentes também no campo educacional e social. Através da ocupação humana a Terapia Ocupacional reabilita fisicamente e emocionalmente o indivíduo, possibilitando vida por meio da ocupação significativa e um cuidado em saúde diante de uma limitação de um sofrimento psíquico e de uma incapacidade, favorecendo adaptações e mudanças de comportamento nas atividades de vida diária.

Sendo assim, através da análise e esclarecimento de todas essas questões, além do relato de experiência elaborado para demonstrar suas próprias dificuldades, foi possível para a autora criar o seu próprio conceito de TOC.

O transtorno obsessivo compulsivo é um transtorno de ansiedade que interfere significativamente na vida das pessoas, pois apresenta ideias, pensamentos de caráter ameaçador e repetitivo, de forma involuntária, causando desconforto e angústia, e em resposta a essas obsessões, e com objetivo de eliminar essas imagens, o indivíduo passa a executar um comportamento compulsivo de execução de tarefas. Estas estão relacionadas com limpeza, perfeição ou simetria, checagem e conferência, e contagem, sempre de maneira estereotipada.

Conclui-se assim que o material elaborado nesse projeto de pesquisa, é responsável por incentivar, aconselhar e demonstrar que o Transtorno Obsessivo Compulsivo é tão importante quanto qualquer outra doença, merecendo mais destaque e divulgação de informações na área de saúde. Devendo ocorrer a distribuição de mais propagandas na mídia, assim como elaboração de palestras, e distribuição de panfletos com o objetivo de disseminar noções e desmitificar rumores incorretos a respeito da doença. Provocando assim que as pessoas que a possuam se identifiquem e procurem aconselhamento profissional o mais rápido possível, evitando casos mais graves e trazendo novas perspectivas de vida para os acometidos.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida et al . O fenômeno da acomodação familiar em pais/mães de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 27, n. 1, p. 57-65, Mar. 2010.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 16, n. 1, abr. 2014.

CARVALHO, Rosita Edler. **Removendo barreiras para a aprendizagem: educação inclusiva**. Porto Alegre: Mediação. 2002.

CASTRO, Eliane Dias de; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 11, n. 22, Aug. 2007.

CLARK F, WOOD W, LARSON EA. Ciência Ocupacional: Legado da Terapia Ocupacional para o século XXI. In: Neistadt Maureen E, Crepeau EB, Willard & Spackman Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 2002.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **TOC-: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. Artmed Editora, 2014.

FERRÃO, Ygor Arzeno; FLORÃO, Marcelo dos Santos. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 1, p. 34-43, 2010.

GONZALEZ, Christina Hajaj. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 21, supl. 2, p. 31-34, Oct. 1999.

GUEDES, Maria Luisa. Relação família-paciente no transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 23, supl. 2, p. 65-67, Oct. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1**. Edusp, 2000.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição do; MERCADANTE, Marcos T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 16-19, Dec. 2000.

RÓZ, Leila Maria Da et al. Psicocirurgia para tratamento de transtorno obsessivo-compulsivo; Psychosurgery for the treatment of obsessive-compulsive disorder. **Arq. bras. neurocir**, v. 30, n. 3, 2011.

SALES, Orcélia Pereira et al. **Compulsão: como viver com essa rotina obsessiva**, 2010.

SANTOS, Thais Carvalho. **A importância da família na qualidade de vida de pessoas com doença mental**. Disponível em:

<<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/%20ETIC/article/viewFile/2195/2343>> Acesso em: 08 de nov. de 2015.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes & Manias*. **São Paulo: editora Gente**, v. 2, 2011.

SILVA, Monique Carla da.; ARAÚJO, Morgana Kallany Viana de. *Terapia Ocupacional em Saúde mental: evidências baseadas na portaria do SUS*. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional**, v. 2, n. 1, 2013. World Federation of Occupation Therapists, 2012

WILLARD, Helen S.; SPACKMAN, Clare S.; CREPEAU, Elizabeth Blesedell; COHN, Ellen S.; SCHELL, Barbara A. Boyt. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional**. Tradução de Antonio Francisco Dieb Paulo et al.. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1165 p.