ISSN: 2236-0603
Percurso Acadêmico
Revista interdisciplinar da PUC Minas no Barreiro

Artigo Docente – texto original
Licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported

Diferenciação de crianças e adolescentes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo em comorbidade ou não com tiques

Differentiation of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder comorbid with or without tics

Luiz Arthur Rangel Cyrino[1]
Bruna Carolina Kögler[2]
Janaína Virgínia Pereira[3]
Nilson Douglas de Oliveira[4]

Resumo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) pode apresentar o início dos seus sintomas já na infância e adolescência. As taxas de prevalência nessas faixas etárias são similares às da idade adulta, porém a manifestação da doença apresenta-se de maneira diferente, de modo que se torna necessário estudar as singularidades do TOC de início precoce. Uma dessas particularidades é a presença de comorbidades com transtorno de tiques, a qual influencia o prognóstico, a apresentação da doença e o tratamento. A partir de pesquisa bibliográfica em periódicos científicos eletrônicos e impressos, o presente artigo tem por objetivo abordar a diferenciação de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo em comorbidade ou não com tiques. Para facilitar o entendimento e a compreensão do texto, a apresentação divide-se nas seguintes seções: Introdução; Transtorno Obsessivo-Compulsivo e as particularidades do início precoce; Transtornos de Tique; Comorbidade entre TOC e Transtornos de Tique; Tratamento Psicológico e Farmacológico; e Conclusão.
Palavras-Chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Tiques. Comorbidade.

Abstract

The obsessive-compulsive disorder (OCD) may present the beginning of their symptoms in childhood and adolescence. The rates of prevalence in these age groups are similar to adult age, however the manifestation of the disease presents itself differently, so that it becomes necessary study the particularities of OCD early-onset. One of those particularities is the presence of comorbidity with tics disorder, which influence in prognosis, symptoms and treatment. Based on literature review in electronic and printed journals, this article aims elucidate the difference of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder comorbid with or without tics. To facilitate the understanding and comprehension of the text, the presentation is divided into the following sections: Introduction; Obsessive-Compulsive Disorder the particularities of early-onset; Tic Disorder; Comorbidity between OCD and Tic Disorder; Pharmacological and psychological treatment; and Conclusion.
Key-Words: Obsessive-compulsive disorder. Tics. Comorbity.

Artigo recebido em 21 de junho de 2014 e aprovado em 05 de outubro de 2015.

[1] Mestrado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor da Universidade da Região de Joinville. E-mail: rangel7@uol.com.br
[2] Discente do Curso de Psicologia da UNIVILLE. E-mail: bruna.cece_k@hotmail.com
[3] Discente do Curso de Psicologia da UNIVILLE. E-mail: janaa.pereira@hotmail.com
[4] Discente do Curso de Psicologia da UNIVILLE. E-mail: nilsondouglas.oliveira@gmail.com

Introdução

No Brasil, estima-se que mais de 4,5 milhões de pessoas possuam algum transtorno psicológico. Dentre esses, os Transtornos de Ansiedade são os mais frequentes e mais comuns na população em geral. (DEMINCO, 2011). Por mais que no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)[5] o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) não esteja mais classificado como um transtorno de ansiedade, e sim, dentro da categoria de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados, o manual aponta que essa divisão foi realizada por motivos de utilidade clínica e que existem relações íntimas entre os transtornos de ansiedade e o TOC.

Gazzaniga; Heatherton (2005) definem o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) como "um transtorno de ansiedade caracterizado por frequentes pensamentos intrusivos e ações compulsivas". O TOC representa um objeto de especial interesse e importância para a saúde pública, levando em consideração que, segundo Leckman *et al*. (2010), atinge cerca de 3% da população mundial e, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (apud CORDIOLI, 2007), está entre as dez maiores causas de incapacitação por doença.

Seu início pode ser abrupto ou insidioso e pode não estar relacionado a algum fator precipitante, além de os sintomas tenderem a se modificar ao longo do tempo. Aproximadamente um terço dos pacientes adultos apresenta o início dos sintomas na infância. (ROSARIO-CAMPOS, 2001).

De acordo com Petribú (2001), o TOC, porém, raramente se manifesta sozinho. Segundo a autora, as comorbidades representam um campo importante de estudo, pois, além de possuírem altas taxas de incidência, interferem na evolução da doença, tornando o seu curso mais crônico, com pior prognóstico e resposta ao tratamento. Esse último deve considerar tanto o TOC quanto os transtornos associados, tornando-se, portanto, mais prolongado.

No que diz respeito à incidência em crianças e adolescentes, a taxa de comorbidade com outras doenças psiquiátricas é de 90%. (ROSARIO-CAMPOS, 2001). Segundo Torres (2001), dentre tais comorbidades, os transtornos de tique são frequentemente associados ao TOC de início precoce, ou seja, aquele com início na infância ou adolescência.

[5] 5ª edição do Manual de classificação de doenças mentais elaborado pela Associação de Psiquiatria Norte-Americana.

Considerando as informações apontadas a respeito da incidência do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência, as altas taxas de comorbidade com o transtorno de tique nessas faixas etárias e as consequências importantes que as mesmas acarretam no prognóstico e tratamento do TOC, o presente artigo tem por objetivo apresentar as informações reunidas a partir de pesquisa bibliográfica em periódicos científicos eletrônicos e impressos, a fim de abordar as particularidades de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo em comorbidade ou não com tiques.

Para facilitar o entendimento e a compreensão, a apresentação seguirá a seguinte estrutura: Transtorno Obsessivo-Compulsivo e as particularidades do início precoce; Transtornos de Tique; Comorbidade entre TOC e Transtornos de Tique; Tratamento Psicológico e Farmacológico; e Conclusões.

1 Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e as particularidades do início precoce

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões, as quais causam sofrimento ou prejuízo ao indivíduo. A diferenciação das manias consideradas normais e comuns à maioria das pessoas ocorre pela intensidade e pela capacidade de inviabilizar a rotina do indivíduo. (ANGELOTTI; FORTES, 2007).

As obsessões são descritas como pensamentos, ideias, impulsos ou imagens mentais persistentes. São vivenciadas como intrusivas e inadequadas, de forma que o indivíduo julga seu conteúdo estranho e fora do próprio controle. Apesar disso, consegue discernir que as obsessões são produtos da sua própria mente, e não impostas a partir do exterior. Compulsões, por sua vez, podem ser consideradas respostas às obsessões na forma de comportamentos ou atos mentais que se repetem. Obedecendo a regras rígidas, o indivíduo é forçado a agir contra sua vontade. (APA, 1994 apud ELISÁRIO, 2007).

Segundo Couto (2010), as obsessões mais comuns são de contaminação, obsessões agressivas, sexuais e somáticas e prevalecem as compulsões de lavagem, contagem, verificação, ordem e simetria.

Esses sintomas, segundo Argimon *et al*. (2007), podem ser causados devido à interação entre o indivíduo e o ambiente que, por ser um fator que determina o comportamento, influencia as crenças que permeiam a vida do sujeito. Portanto, a educação para responsabilidades excessivas, o exagero na importância do pensamento, dos perigos e dos riscos, resultam em comportamentos perfeccionistas.

Elisário (2007) afirma também que "o TOC é produto da integração de vários componentes: genética, influências ambientais e estruturas cerebrais". Nas palavras de Torres; Torresan (2013, p. 47),

> Em geral, é difícil identificar o fato ou motivo desencadeante do TOC, pois este não pode ser atribuído a um acontecimento único ou fator específico. Qualquer que seja o acontecimento de vida, ele só vai contribuir para o desencadeamento de manifestações obsessivo-compulsivas se já houver alguma predisposição pessoal para isso.

Segundo o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)[6], o TOC apresenta-se com uma prevalência maior no sexo feminino na idade adulta, embora o sexo masculino seja mais comumente afetado na infância. Quando o transtorno ocorre em idade precoce, observa-se que há uma prevalência de 70% dos casos em pessoas do sexo masculino. (NETO, 2007).

A maior prevalência de TOC de início precoce em homens foi estudada por Niederauer *et al*. (2007). O autor apontou que apenas 35% dos homens portadores de TOC já foram casados algum dia, e que essa taxa é consideravelmente menor se comparada à das mulheres portadoras do mesmo transtorno, cujas taxas variam entre 60 a 75%. Segundo o autor, esses dados podem ser explicados pelo fato de a doença se manifestar precocemente nos homens.

Miranda (2001) mostra que "o TOC instala-se predominantemente na infância, na adolescência e no início da idade adulta". O Transtorno Obsessivo-Compulsivo de início precoce, por sua vez, apresenta-se normalmente entre os 7 e 12 anos de idade, e aproximadamente um terço dos pacientes adultos apresentam o início dos sintomas na infância. (ÁLVAREZ *et al*., 2008). Essas crianças, em sua maioria, são caladas, tímidas, perfeccionistas, com tendência ao isolamento e evitam contato com outras pessoas. Pode ocorrer também um aumento do tempo gasto no banheiro e prejuízo no desempenho escolar. (NETO, 2007).

Rosario-Campos (2001) aponta que, nos casos de início precoce do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, as compulsões começam em média dois anos antes das obsessões, enquanto nos casos de início tardio, obsessões e compulsões começam ao mesmo tempo. Isso ocorre devido à imaturidade cognitiva da criança, causando dificuldades em definir o conteúdo de seus pensamentos de forma clara. (MERCADANTE, 2004). As obsessões são

[6] 5ª edição do Manual de classificação de doenças mentais elaborado pela Associação de Psiquiatria Norte-Americana.

percebidas como ideias recorrentes, que causam mal-estar e que apresentam conteúdos que despertam medo.

Da mesma forma, as compulsões são vistas como desnecessárias, excessivas, forçadas e involuntárias. (ÁLVAREZ *et al*., 2008). Medeiros (2013) também coloca que as crianças pequenas estariam mais propensas a crer em superstições por vivenciarem o pensamento mágico com mais frequência que os adultos. Quando ocorrem de maneira muito repetida, podem levar a pessoa a acreditar que precisa realizar seu ritual, caso contrário esses pensamentos podem realmente acontecer e, nesses casos, deve ser considerado um sintoma obsessivo-compulsivo.

Kunzler (2008) cita os estudos de Fineberg; Gale (2005), apontando que o TOC é um transtorno pouco reconhecido, de forma que o tratamento adequado fica dificultado. O autor traz os levantamentos de Stobie *et al*. (2007) de que somente 40% dos portadores recebem tratamento psicoterápico adequado, sendo que a chance de remissão dos sintomas sem tratamento é considerada extremamente rara. (COUTO *et al*., 2010).

De encontro com essas informações, Flores *et al*. (2001) apontam que o TOC é detectado muitas vezes meses ou anos depois de seu início, sendo que as razões mais comuns para que as pessoas que sofrem com esse transtorno não recorram a tempo aos serviços de saúde são: (i) desconhecimento de que seus sintomas são resultantes de uma patologia; (ii) vergonha ou medo; (iii) ideias de que não existe tratamento; (iv) incapacitação gerada pelo transtorno; e (v) temor frente aos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos.

Apesar de algumas pessoas terem consciência de que seus pensamentos obsessivos são irreais e exagerados, aproximadamente 5% das que têm TOC estão convencidas de que suas obsessões e compulsões são razoáveis. (MEDEIRO, 2013). De acordo com Torres; Smaira (2001), a maioria dos pacientes apresenta a capacidade crítica preservada e envergonha-se de seus pensamentos e/ou comportamentos, procurando ocultá-los. De acordo com Mercadante (2004), esse aspecto é ainda mais frequente nas crianças, de modo que elas escondem seus sintomas e isso, associado às peculiaridades do TOC infantil, pode dificultar a sua identificação.

Sobre o diagnóstico correto, Torres (2001, p. 23) afirma que

> O TOC tem características clínicas que se sobrepõem às de vários outros transtornos mentais, e o diagnóstico diferencial pode ser tarefa complexa. No entanto, o diagnóstico correto é fundamental, pois dele depende o planejamento e a execução adequada das abordagens terapêuticas.

Segundo Miguel (2005), os sintomas do obsessivo compulsivo são bastante diversos. Por conta disso, a apresentação clínica da doença pode variar entre um paciente e outro e no próprio paciente ao longo do tempo, logo, alguns autores propuseram a divisão do transtorno em subtipos.

Para Hounie *et al*. (2001), o TOC associado a tiques é um possível subtipo, uma vez que os pacientes parecem constituir um grupo separado com características específicas de resposta aos tratamentos, clínicas e fenomenológicas, assim como o TOC de início precoce. Gonzalez (1999) propõe três fenótipos possíveis para o transtorno: TOC "esporádico", TOC com história familiar positiva e TOC associado a tiques.

2 Transtornos de Tique

Segundo o DSM-V, os Transtornos de Tique podem ser classificados em: Transtorno de Tourette, Transtorno de Tique Motor ou Vocal Persistente (Crônico), Transtornos de Tique Transitório, Outro Transtorno de Tique Especificado e Transtorno de Tique Não Especificado.

Prior *et al*. (2006) define o Transtorno de Tourette por múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais que podem, ou não, ser simultâneos; por sua vez, define o Transtorno de Tiques Motores ou Vocais Crônicos em tiques únicos ou múltiplos e motores ou vocais, mas não ambos; os Transtornos de Tique Transitórios, segundo o mesmo autor, são unicamente motores ou em conjunto com vocais, além de únicos ou múltiplos. Todos eles apresentam início antes dos 18 anos.

Na definição do DSM-V (2014, p. 85), Outro Transtorno de Tique Especificado e Transtorno de Tique Não Especificado são categorias que se aplicam

> a apresentações em que os sintomas característicos de um transtorno de tique que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para um transtorno de tique ou para qualquer transtorno da classe diagnóstica dos transtornos do neurodesenvolvimento.

A diferença entre os dois subtipos encontra-se na especificação ou não das razões pelas quais os critérios não são satisfeitos.

O transtorno de tique é o distúrbio de movimento mais comum em crianças e adolescentes, possivelmente com início já no primeiro ano de vida. Calcula-se que 4 a 23% das crianças antes da puberdade têm ou tiveram tiques, sendo mais frequente no sexo

masculino que no feminino. (PRIOR *et al*., 2006). Estudos abordados recentemente na obra de Hounie; Miguel (2012) trazem resultados mais definitivos de que cerca de 20% das crianças podem expressar tiques transitórios em algum momento da vida.

Gikovate (2004) propõe que, apesar de serem considerados movimentos involuntários, as pessoas portadoras de tiques conseguem diminuí-los por pequenos períodos ou em determinadas circunstâncias, porém tais movimentos retornam logo em seguida.

3 Comorbidade entre transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de tique

Apesar de manifestar características semelhantes com o TOC, o distúrbio de tique é, há muito tempo, considerado um fenótipo clínico separado do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Segundo a literatura, o transtorno de tique é caracterizado por movimentos ou vocalizações súbitas, rápidas, recorrentes, não rítmicas e estereotipadas. (LECKMAN *et al*., 1997). Torres (2001) aponta que as compulsões características do TOC usualmente são desencadeadas por ansiedade ou por medo e realizadas voluntariamente com o intuito de prevenir algum acontecimento temido. Já os tiques buscam habitualmente aliviar alguma sensação ou incômodo físico.

Os pacientes com tiques apresentam comorbidade com o TOC em 60% dos casos. (RELVAS, 2012). Já no que diz respeito aos acometidos pelo Transtorno Obsessivo-Compulsivo, o transtorno de tique é comorbidade em 20 a 59% dos casos. (MIGUEL, 2005).

De acordo com Relvas (2012), em 80% dos casos o transtorno de tique é hereditário. Ele afirma que está relacionado a alterações no grupo de genes que também causam o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, a hiperatividade e o déficit de atenção.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo em comorbidade com tiques tem uma taxa de ocorrência de 24% em crianças (ALBORES-GALLO, 2001) e se caracteriza por obsessões de agressão, sexuais, somáticas e religiosas, obsessões e compulsões de simetria, ordenação, limpeza e colecionamento. (HOUNIE *et al*., 2001). Por outro lado, aqueles que possuem somente o Transtorno Obsessivo-Compulsivo apresentam uma maior ocorrência de obsessões e compulsões relacionadas à contaminação e limpeza. Zohar (1997) aponta que adolescentes com TOC em comorbidade com tiques possuem sintomas obsessivos compulsivos que apresentam maior número de impulsos violentos do que aqueles que apresentam TOC apenas.

Relacionando a alta incidência de Transtorno de Tique na infância, observa-se que crianças com Transtorno Obsessivo-Compulsivo apresentam as maiores taxas de comorbidade com o Transtorno de Tique. Segundo Rosario-Campos (2001), 47% dos pacientes adultos que tiveram o transtorno com início precoce apresentaram a comorbidade.

Luo *et al*. (2004) aponta que o transtorno de tique, o TOC e condições relacionadas afetam cerca de 3% das crianças e adolescentes.

Segundo Hounie *et al*. (2001, p. 14), os casos de TOC de início precoce apresentam uma maior comorbidade com tiques, mais fenômenos sensoriais e mais compulsões *tic-like*. Esses últimos são comportamentos semelhantes a tiques complexos, porém precedidos por obsessões. (ROSARIO-CAMPOS, 2000).

4 Tratamento Psicológico e Farmacológico

Existem duas formas possíveis de tratamento para os casos de comportamento compulsivo, segundo Metring (2012, p. 61): o acompanhamento psicoterapêutico e o acompanhamento psiquiátrico. Mais especificamente sobre o acompanhamento psicoterapêutico, a autora aponta:

> O acompanhamento psicoterapêutico vai trabalhar com a revisão e clarificação dos conteúdos subjetivos presentes nas manifestações compulsivas do comportamento. [...] para levar o paciente a compreender as causas do seu comportamento ou sofrimento, ajudando a encontrar formas de superá-los. Existem várias linhas de trabalho psicoterapêutico, entre elas a terapia de *insight*, [...] as psicoterapias comportamentais, [...] e as psicoterapias cognitivas. Essas duas últimas costumam ser aplicadas conjuntamente.

O neurocientista Norman Doidge (2013) afirma que o TOC é muito difícil de tratar, sendo um transtorno que piora ao longo do tempo e altera aos poucos a estrutura do cérebro. Uma solução encontrada por Argemon *et al*. (2007) foi o uso da psicoeducação, que trouxe bons resultados aos pacientes, pois esclarece que sua capacidade de pensar está comprometida devido ao TOC, uma vez que os indivíduos não conseguem se livrar de preocupações, e as terapias medicamentosa e comportamental são apenas parcialmente úteis para a maioria.

Kunzler (2008) afirma que os processos cognitivos desempenham papel importante na origem do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, de modo que esses indivíduos estabelecem um polo de aceitação da certeza e têm dificuldade em aceitar e tolerar a incerteza. Dentre as psicoterapias comportamentais e cognitivas, a Terapia Cognitivo-

Comportamental (TCC) tem destaque no tratamento desses pacientes. Seu trabalho foca na identificação das distorções cognitivas e modificação das crenças disfuncionais, as quais têm papel essencial na manutenção dos sintomas obsessivos e compulsivos.

No que diz respeito ao início precoce do transtorno, a TCC também tem sido a intervenção psicossocial mais estudada. Flores *et al.* (2011) assinalam que o intuito do tratamento é reestabelecer a funcionalidade do indivíduo acometido pela patologia através do controle dos seus sintomas. Algumas das técnicas utilizadas são as de exposição e prevenção da resposta, que, de acordo com Doidge (2013), é a mais utilizada em pacientes com o transtorno, ajudando cerca de metade deles a ter alguma melhora, embora a maioria não se cure. Depois dessa etapa, segue-se a prevenção de resposta, para evitar que o indivíduo aja de acordo com sua compulsão.

Argimon *et al*. (2007) acrescentam que, apesar de a primeira escolha para crianças e adolescentes com TOC ser a Terapia Cognitivo-Comportamental, é necessário associá-la com um inibidor de recaptação da serotonina.

Os medicamentos, por sua vez, são efetivos para 40 a 60% dos pacientes de TOC, e são a primeira escolha quando, além do TOC, existem outros problemas associados. (CORDIOLI, 2007). Quanto ao tratamento farmacológico, Hounie; Miguel (2012) apontam que os antidepressivos melhoram diversos transtornos de ansiedade, incluindo o TOC. As doses necessárias para o tratamento do transtorno, porém, são geralmente maiores do que as para tratar a depressão.

Sendo um transtorno que geralmente tem curso crônico, com os pacientes demorando em média 7 anos para buscar ajuda e com as opções de tratamento limitadas, deve-se procurar iniciar a medicação com doses baixas e subir lentamente, conforme a tolerância do paciente. Com isso, evitam-se as incidências de efeitos colaterais e dá-se tempo para surgimento de tolerância aos mesmos. (MARQUES, 2001). Ferrão (2004) lista as medicações de primeira linha usadas em monoterapia: fluvoxamina (até 300 mg/dia), fluoxetina (até 80 mg/dia), clomipramina (até 300 mg/dia), sertalina (até 250 mg/dia), paroxetina (até 60 mg/dia) e, mais recentemente, o citalopram (até 60 mg/dia).

Os medicamentos liberados pela FDA[7] para o uso em crianças são: clomipramina, fluvoxamina, sertalina e fluoxetina. Se o TOC apresenta comorbidade com o Transtorno de Tourette ou observa-se uma resposta inadequada aos inibidores da receptação da

[7] *Food and Drug Administration* (FDA) é o órgão governamental dos Estados Unidos responsável pelo controle dos alimentos e medicamentos, dentre outros.

serotonina, é possível considerar a potencialização com um neuroléptico. (MERCADANTE, 2004).

Ainda no que se refere ao TOC iniciado na infância, Albores-Gallo (2001) aponta as possíveis doses dos receptadores de serotonina: fluoxetina (doses de 20 a 40 mg/dia), fluvoxamina (doses de 100 a 300 mg/dia) e clomipramina (doses de 100 a 200 mg/dia).

Storch (2008) pontua a importância de serem realizados maiores estudos acerca da heterogeneidade de respostas para o tratamento farmacológico entre indivíduos obsessivo-compulsivos em comorbidade ou não com tiques. Dessa forma será possível prever com mais precisão o tipo de intervenção que será mais eficaz para cada paciente.

Ao revisar as taxas de recaída após a suspensão do tratamento, Marques (2001) conclui que o retorno dos sintomas é regra, e não exceção. Nesse sentido, ressalta-se a importância do tratamento psicoterapêutico, uma vez que o autor afirma que a TCC diminui as taxas e a rapidez das recaídas depois que o sujeito interrompe a medicação.

Em pesquisas analisadas por Prazeres (2007), pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e que se localizavam na faixa etária entre 10 e 17 anos foram separadas em dois grupos: um deles foi tratado apenas com medicação e o outro com medicação e técnicas de psicoterapia. Os resultados demonstraram que os pacientes que participaram do tratamento combinado apresentaram melhoras consideráveis com relação aos pacientes que receberam apenas a medicação.

Os transtornos de tique, por sua vez, englobam tratamentos farmacológicos diferentes. Para o Transtorno de Tourette é comum o emprego de antagonistas dos receptores da dopamina, tais como o haloperidol, para a atenuação dos tiques que causam desconforto físico ou embaraço social. O restante dos transtornos de tique pode dispor de fármacos como o clonazepam, a clonidina, o haloperidol, a flufenazina ou a pimozina. (LOUREIRO *et al*., 2010).

Em uma análise do contexto social, Gikovate (2004) descreve a importância tanto da contínua troca de informações quanto da comunicação entre a escola, a família e os outros profissionais que atendem a criança. A autora explica que só dessa maneira será possível atendê-las de maneira integral e integrada Torres; Smaira (2001) complementam que cada pessoa responde ao transtorno de acordo com o seu contexto sócio familiar e com suas características de personalidade, ressaltando que essas questões devem ser consideradas em cada caso particular.

Conclusão

As pesquisas realizadas no âmbito do presente artigo revelam a extrema importância de se diagnosticar precocemente o Transtorno Obsessivo-Compulsivo em comorbidade ou não com tiques em crianças e adolescentes.

A falta de um diagnóstico apropriado, rápido e que leve em conta as doenças comórbidas, acarreta consequências e danos às crianças e adolescentes, piorando o seu prognóstico e o curso de seu tratamento. Tal dificuldade representa um dos principais motivos pelos quais é necessário que os profissionais e instituições da área de saúde realizem estudos específicos e aprofundem as pesquisas acerca das comorbidades e do início precoce do TOC em crianças e adolescentes.

Outrossim, verifica-se que o material bibliográfico disponível em relação a este tema ainda é relativamente pequeno. Desta forma, futuras pesquisas podem ser embasadas a partir do referencial teórico abordado nesse artigo.

Por fim, recomenda-se que o presente estudo, o qual se propôs a elucidar a relação e as particularidades entre o transtorno do tique e o TOC em crianças e adolescentes, seja futuramente complementado por pesquisa de campo que investigue os sintomas de ambos os distúrbios em crianças e adolescentes, e que apure o quanto os profissionais de saúde e acometidos por estes transtornos estão cientes sobre a incidência em tais faixas etárias, a diferença entre ambos os distúrbios e, sobretudo, sobre a importância do diagnóstico precoce e do acompanhamento psicológico e tratamento farmacológico, que, como visto, são capazes de dar resultados satisfatórios no controle de tais transtornos.

REFERÊNCIAS

ALBORES-GALLO, Lilia; ESTANOL, Bruno. Tics y el trastorno obsesivo compulsivo en niños. **Revista Archivos de Neurociencias**. México D.F, 2001.

ÁLVAREZ, Luis *et al*. Transtorno obsessivo compulsivo em niños y adolescentes: uma actualización. Primera parte. **Revista Salud Mental**. México D.F, maio/jun. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-V). Washington DC. 2014.

ANGELOTTI, Gildo; FORTES, Marisa. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: ANGELOTTI, Gildo. **Terapia Cognitivo Comportamental para os Transtornos de Ansiedade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

CORDIOLI, Aristides V. **TOC**: manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. 1. ed. São Paulo: Artmed, 2007.

COUTO, Letícia de Studinski R. B. A Heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): Uma Revisão Seletiva da Literatura. **Revista Contextos Clínicos**. São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 132-140, dez. 2010.

DEMINCO, Marcus. **Novos aspectos fisiopatológicos envolvidos no transtorno obsessivo-compulsivo**. 2011. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0606.pdf>. Acesso em: 20/05/2013.

DOIDGE, Norman. Destravando o cérebro. In: DOIDGE, Norman. **O cérebro que se transforma**. Rio de Janeiro: Record, 2013. Cap. 6, p. 180-186.

ELISÁRIO, Mônica Araújo Rodrigues. Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) à luz da Gestalt-Terapia. **Revista Oficina**. Belo Horizonte, n. 24, p. 103-109, 2007.

FERRÃO, Ygor Arzeno. **Características Clínicas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo Refratário aos Tratamentos Convencionais**. 2004. 127 f. Tese (Doutor em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FLORES, Rosa; CRUZ, Lino; VERA, Tizbé. Transtorno obsessivo-compulsivo em niños y adolescentes: uma revisión del tratamento. **Revista Salud Mental**. México D.F, set/out. 2011.

GAZZANIGA, Michael S; HEATHERTON, Todd F. Transtornos mentais e somáticos. In: GAZZANIGA, Michael S; HEATHERTON, Todd F. **Ciência Psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 16.

GIKOVATE, Carla Gruber. Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Tiques e Síndrome de Tourette. **Revista Sinpro**. ed. Especial. Rio de Janeiro, 2004.

GONZALEZ, Chistina Hajaj. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, out. 1999.

HOUNIE, Ana Gabriela *et al*. Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Possíveis Subtipos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, out. 2001.

HOUNIE, Ana Gabriela; MIGUEL, Eurípedes Constantino. **Tiques, Cacoetes, Síndrome de Tourette**: Um Manual Para Pacientes, Seus Familiares, Educadores e Profissionais de Saúde. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2012.

KUNZLER, Lia Silva. A contribuição da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. **Brasília Médica**, Brasília, v. 45, n. 1, p. 30-39, jun. 2008.

LECKMAN, James et al. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. **Revista Depression and Anxiety**. v.6, 2010.

LECKMAN, James F. et al. Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. **The Journal of Psychiatry**, Arlington, jul. 1997. p. 911-917.

LOUREIRO, Natália Isabel V. Tourette: por dentro da síndrome. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, jun. 2010.

LUO, Feng et al. Prospective Longitudinal Study of Children With Tic Disorders and/or Obsessive-Compulsive Disorder: Relationship of Symptom Exacerbations to Newly Acquired Streptococcal Infections. **Pediatrics**, Elk Grove Village, 06 jun. 2004.

MARQUES, Carla. Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, 2001.

MEDEIROS, Roberta de. Comportamento Obsessivo. **Psique Ciência e Vida**, São Paulo, v.7, n. 85, p. 24-29, jan. 2013.

MERCADANTE, Marcos T. *et al*. As bases neurobiológicas do transtorno obsessivo-compulsivo e da síndrome de Tourette. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, abr. 2004.

METRING, Roberte. Comportamento Compulsivo. **Psique Ciência e Vida**, São Paulo, v. 6, n. 82, p. 54-61, out. 2012.

MIGUEL, E.C. Obsessive-Compulsive Disorder Phenotypes: Implications for Genetic Studies. **Molecular Psychiatry**, São Paulo, v. 10, p. 258-275, 2005.

MIRANDA, Mary A; BORDIN, Isabel A. Curso Clínico e Prognóstico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, p. 10-12, out. 2001.

NETO, Mario Rodrigues Louzã; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ARGIMON, Irani Iracema de Lima et al. Transtorno Obsessivo Compulsivo na Adolescência. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Rio de Janeiro, v.3, n.1, jun. 2007.

PETRIBÚ, Kátia. Comorbidade no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, out. 2001.

PRAZERES, Angélica Marquês *et al*. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 29, n. 3, 2007.

PRIOR, Ana Catarina; TAVARES, Susana; FIGUEIROS, Sônia; TEMUDO, Teresa. Tiques em Crianças e Adolescentes: Revisão Teórica e Abordagem Terapêutica. **Revista do Hospital de Crianças de Maria Pia**. Santo Antônio. 2006.

RELVAS, Marta. Tique nervoso é muito mais que um cacoete. **Psique Ciência e Vida**, São Paulo, v. 6, n. 82, p. 54-61, out. 2012.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição; MERCADANTE, Marcos T. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 22, dez. 2000.

ROSARIO-CAMPOS, Maria. Peculiaridades do Transtorno Obsessivo-Compulsivo na Infância e na Adolescência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, out. 2001.

STORCH, Eric et al. Obsessive-compulsive disorder in youth with and without a chronic tic disorder. **Revista Depression and Anxiety**. v. 25, 2008.

TORRES, Albina Rodrigues. Diagnóstico Diferencial do Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, p. 21-23, out. 2001.

TORRES, Albina Rodrigues; TORRESAN, Ricardo Cezar. As principais Características do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. In: TORRES, Albina Rodrigues *et al*. **Medos, Dúvidas e Manias: Orientações para Pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e seus familiares**. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 3.

TORRES, Albina; SMAIRA, Sumaia. Quadro Clínico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 23, p. 6-9, out. 2001.

ZOHAR, Ada H *et al*. Obsessive-Compulsive Disorder With and Without Tics in an Epidemiological Sample of Adolescents. **The American Journal of psychiatry**, Israel, fev. 1997. p. 274-276.