

DOIS CASOS DE TRANSTORNO COMPULSIVO EM CÃO

TWO CASES OF COMPULSIVE DISORDER IN DOG

João Telhado¹; Carla Andresa Diele²; Maria Alice Fusco Souza³; Luciane Maria Vieira de Magalhães³; Felipe Lopes Campos³.

RESUMO

Dois cães foram encaminhados ao Serviço de Comportamento Animal (SETECOMP) – UFRRJ, sendo diagnosticado distúrbio compulsivo. O tratamento que foi instituído consistiu basicamente na modificação do comportamento, do ambiente e do ambiente social e quando necessário, intervenção medicamentosa. Em ambos os casos, independentemente do resultado, a grande dificuldade foi convencer os proprietários a colaborarem com o tratamento proposto.

Palavras-chave: cão, comportamento, distúrbio compulsivo.

ABSTRACT

Two dogs had been directed to the SETECOMP – UFRRJ and were diagnosed as compulsive disorder. The treatment prescribed consisted basically of modification of the behavior, the environment and the social environment, and when necessary, pharmacologic intervention. In both cases, independent of the outcome, the great difficulty was to convince the properties to engage in the behavioural treatment proposal.

Key words: dog, behavior, compulsive disorder

REVISÃO DE LITERATURA

Os proprietários de animais de companhia muitas vezes ficam em dúvida sobre a normalidade do comportamento dos seus cães e gatos, cabendo ao médico veterinário dirimir tal questão. Reservamos a denominação de anormal para os

comportamentos sem finalidade, mesmo para o animal em vida livre, como a agressividade idiopática e a automutilação. Dentre estes últimos, destaca-se a estereotipia, definida como uma seqüência de ações previsíveis, constantes, sem finalidade aparente (OVERALL, 1992). Em algumas situações, uma estereotipia pode

¹ Adj. Dpto de Med. Cir. Vet. Instituto de Veterinária, UFRRJ, Seropédica. – telhado@centroin.com.br

² Mestranda, Pós Graduação em Med. Vet. UFRRJ, Seropédica. - diele@veterinaria.com.br

³ Discente da graduação em Medicina Veterinária - UFRRJ

progredir para se tornar um Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) (LUESCHER *et al.*, 1991; PEREIRA, 1999). Embora tenham pontos em comum, nem todas as estereotípias são afecções obsessivo-compulsivas, assim como nem todos os TOC têm estereotípias (LUESCHER *et al.*, 1991; OVERALL, 1992). Em animais o TOC recebe a denominação de Transtorno Compulsivo (TC), frente à incapacidade de provar a existência das obsessões animais (BEAVER, 2001). O comportamento compulsivo não é prazeroso, é apenas redutor de ansiedade (FOGLE, 1992). Hipóteses foram desenvolvidas para tentar explicar o TC, sendo a serotoninérgica atualmente a mais aceita. (OVERALL, 1992; PEREIRA, 1999). A serotonina é um neurotransmissor central que influencia na dor, na agressão, no comportamento sexual, na termorregulação, na ingestão de alimento, no sono e na motilidade intestinal (ADAMS, 1992; SIMPSON & SIMPSON, 1996). O núcleo serotoninérgico tem projeção para o córtex frontal, o qual pode regular o humor, para o gânglio basal, o qual pode controlar os movimentos e comportamentos compulsivos, e para a área límbica, a qual envolve a ansiedade e o pânico. (SIMPSON & PAPICH, 2003).

Vários fatores vêm sendo apontados como desencadeadores do TC, por

exemplo, o estresse associado a uma lesão física ou a mudanças no ambiente físico e social (LUESCHER *et al.*, 1991; OVERALL, 1992; PEREIRA, 1999). A compulsão é agravada quando o proprietário a reforça através da atenção. Assim sendo, alguns animais intensificam o comportamento na presença do proprietário, embora neste caso o proprietário possa ser o fator ansiogênico (HODGSON, 1996). Doenças que aumentam o estresse, assim como outros problemas comportamentais, como a agressividade por dominância e ansiedade de separação, contribuem para o distúrbio compulsivo (FOGLE, 1992; BEAVER, 2001).

O diagnóstico é baseado na observação do comportamento, histórico detalhado, incluindo informações acerca do desenvolvimento do problema, histórico de toda vida do animal, descrição da situação na qual o comportamento surgiu inicialmente (OVERALL, 1992). Os exames complementares devem ser realizados para descartar uma possível causa física quer sejam doenças sistêmicas que causem prurido, ou mesmo fraturas. O comportamento deve ser descrito com detalhes, assim como ambiente em que vive o animal, incluindo a reação dos proprietários frente ao problema e como o animal reage após executar o comportamento compulsivo. O tratamento

consiste basicamente em modificação do comportamento, do ambiente e do meio social e, quando necessário, intervenção farmacológica (LUESCHER *et al.*, 1991; OVERALL, 1992; PEREIRA, 1999). Portanto as terapias usadas são:

I) Comportamental: Identificar e eliminar o fator desencadeante; proceder à dessensibilização para situações de estresse ou seja, ensinar o animal a relaxar frente a novidades e em seu ambiente; adestrar o animal (interação coerente entre proprietário e cão); interagir com o animal somente no momento do adestramento. O proprietário deve aplicar punição adequadamente, de preferência não interativa e providenciar exercício físico para o animal, a fim de estimular gasto de energia;

II) Medicamentosa: A fluoxetina é um fármaco seletivo que inibe a recaptção de serotonina aumentando a concentração deste neurotransmissor central (SIMPSON & SIMPSON, 1996; SIMPSON & PAPICH, 2003); Encontra-se entre o grupo de drogas antidepressivas sendo indicada para o tratamento do transtorno compulsivo em cães (Simpson & Simpson,1996).

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1 - Cadela da raça Bull Terrier, de 1 ano e meio, 18 kg de peso, queixa principal de perseguição da cauda e

vocalização. Medicada por médico veterinário autônomo com bromazepam (seis miligramas, por via oral, duas vezes ao dia) e encaminhada ao SETECOMP. O ambiente social era composto pela família humana (casal e filho adulto jovem) e a cadela era mantida no quintal presa a corrente, saindo esporadicamente à rua. Alimentação baseada em ração comercial seca à vontade. Após realização dos exames complementares para descartar causas físicas, foram prescritas fluoxetina 18mg por via oral, duas vezes ao dia, redução e suspensão do bromazepam, ao mesmo tempo em que se pediu implementação de programa de ignorar o comportamento, de contra-condicionamento, punição não interativa (assustar o animal com algum barulho, sem que ele saiba a origem, sempre que ele apresentar o comportamento indesejável) e de aumento do número e frequência dos passeios. O pedido de deixar o animal livre no jardim foi negado imediatamente pelo proprietário. Foi pedido um retorno em dois meses e prescrita medicação para três meses.

Caso clínico 2 - Cão pastor alemão de 6 anos de idade, 47 kg de peso, com queixa principal de agitação e correr atrás da cauda, que se iniciara quando o animal tinha 4 anos. Anteriormente fora medicado, por médico veterinário autônomo, com várias drogas. Diante da ineficácia do

tratamento foi realizada caudectomia parcial, pois o animal começara a se automutilar e prescrito fenobarbital, que o dono não soube informar a dose, mais Diazepam (12 mg por via oral, duas vezes ao dia). Como não apresentou melhoras foi encaminhado ao SETECOMP. Quanto ao ambiente social, o animal vivia com uma cadela da mesma raça de oito anos e com o casal humano, que passava o dia inteiro fora de casa. Em relação ao manejo, os dois cães ficavam soltos no quintal, sendo que durante o cio, os dois ficavam presos separados em correntes. À noite o macho era solto no quintal e a fêmea ficava dentro de casa. Não havia histórico de brigas entre os animais. O animal era levado a passear muito raramente, por falta de tempo do dono, mas demonstrava gostar muito desses passeios. A alimentação era dada apenas à noite sendo constituída de ração comercial (600g/dia). Após os exames para descartar uma causa física, foram prescritas fluoxetina (47mg por via oral, duas vezes ao dia), florais de Bach (Aspen+Walnut, 4 gotas, por via oral, três vezes ao dia) e terapia comportamental com indicação de caminhadas de pelo menos 1 hora/dia, e brincar, diariamente, de pegar bolinha, além de ignorar o animal sempre que ele estivesse rodando atrás da cauda.

RESULTADO E DISCUSSÃO

No caso 1, após quatro meses, houve o retorno da paciente, com histórico de ausência do comportamento durante o período de administração do medicamento e retorno dos mesmos quando da suspensão. A terapia comportamental não fora implementada. Novamente foi recomendado que se iniciasse a terapia comportamental e retornasse a administrar a fluoxetina. Após um mês o proprietário entrou em contato, via telefone, informando que o comportamento persistia. Ao ser inquirido se tinha aumentado ou diminuído a intensidade e/ou frequência do mesmo, não soube informar. Relatou ainda que não tivera tempo para iniciar a terapia comportamental, embora um dos pedidos fosse ignorar o animal sempre que ele realizasse o comportamento. Passado mais um mês, em novo contato, desta vez via correio eletrônico, o dono voltou a ser bastante incisivo que o comportamento persistia. Ao ser indagado se promovera a terapia comportamental recomendada, mais uma vez negou, informando que apenas dera o medicamento. Novamente foi reiterado o pedido de iniciar a terapia comportamental e continuar com a medicamentosa. Passados sete dias, o proprietário relatou que tinha submetido o animal à eutanásia.

No caso 2, houve o retorno após 1 mês. O proprietário afirmou que animal continuava executando comportamento quando ele chegava perto, não sabendo informar se no restante do tempo o animal continuava a perseguir a cauda. Quando indagado a respeito da terapia comportamental, negou que tivesse realizado. Mais uma vez foi ressaltada a importância de se realizar terapia comportamental e a administração contínua dos medicamentos. A dose de fluoxetina foi ajustada para 50mg, por via oral, duas vezes ao dia. Após 30 dias, o proprietário ainda relatava a permanência do quadro clínico, e mais uma vez relatou que não implementara a terapia comportamental. Ajustou-se a dose da fluoxetina para 60mg, por via oral, duas vezes ao dia. No retorno, após 60 dias (120 dias de administração de fluoxetina), o proprietário descreveu o comportamento do paciente como muito calmo, até mesmo quando a cadela estivera no cio. Ainda apresentava o comportamento de perseguir a cauda quando alguém entrava ou saía de casa, entretanto já não apresentava o comportamento indesejável quando o proprietário chegava perto. Desde o início do tratamento, nunca mais houvera automutilação. Finalmente iniciara a terapia comportamental com caminhadas diárias e brincadeiras com bolinha. Foi mantida, a terapia anterior e adicionado floral

australiano (Bauhinia + Boronia + Crowea + Fringed violet, sete gotas por via oral, duas vezes ao dia). Na consulta seguinte, o proprietário se mostrou muito satisfeito com o resultado do tratamento, afirmando que o animal só corria atrás da cauda em raras ocasiões, e que parecia estar feliz, além de estar muito mais calmo. Diante desse quadro manteve-se a medicação em uso contínuo e a terapia comportamental.

DISCUSSÃO

Em ambos os casos, independente do desfecho a grande dificuldade foi convencer os proprietários a se engajarem na terapia comportamental proposta, visto que em ambos não houve objeção quanto à medicação prescrita, apesar do seu preço relativamente elevado. No tratamento de distúrbios comportamentais, o fulcro da terapia é o proprietário, o que torna o elemento provocador do problema em agente terapêutico. No 2º caso foi visível o papel desencadeador que o proprietário tinha, porém a partir da implementação da terapia comportamental, que na realidade implica numa modificação da relação cão-dono, a melhora do comportamento foi acentuada. Além disso, o animal passa a ser encarado como uma fonte de prazer e não apenas como um problema, realçando o papel lúdico do animal de companhia através de brincadeiras e passeios o que

pode ser notado no caso 2, onde, embora não tenha se extinguido o comportamento de correr atrás da cauda, o proprietário ficou plenamente satisfeito com o resultado do tratamento. Já no caso 1, não foi possível implementar a terapia comportamental, o que pode explicar o insucesso do tratamento; a medicação deve ser encarada como coadjuvante e não como pilar do processo terapêutico. Não havendo mudança no ambiente físico e social, fica muito difícil modificar o comportamento. Como fatores agravantes no 1º caso temos a restrição física; o isolamento social e o fato de que o animal ao rodar produzia barulho com a corrente, o que incomodava o proprietário.

A fluoxetina tem sido cada vez mais utilizada no tratamento de distúrbios de comportamento em animais, mostrando-se bastante segura, como nos casos descritos em que não houve o aparecimento de efeitos colaterais. O uso de florais parece ser benéfico em certos casos, contudo são necessários mais estudos controlados.

CONCLUSÃO

Dos presentes casos podemos concluir que existe a necessidade de melhorar as nossas técnicas de persuasão para convencer os proprietários a realizar a terapia comportamental, pois ela é

fundamental para o sucesso do tratamento do transtorno compulsivo.

REFERÊNCIAS

BEAVER, B. V. *Comportamento Canino – Um Guia para Veterinários*. Editora Roca (São Paulo), p.431, 2001.

DODMAN, N.H.; DONNELLY, R.; SHUSTER, L.; MERTENS, P.; RAND, W.; MICZEK, K. Use of fluoxetine to treat dominance aggression in dogs. **Journal of the American Veterinary Medical Association**, v. 209, n. 9, p. 1585-15-87, 1996.

DODMAN, N.H.; SHUSTER, L. **Psychopharmacology of Animal Behavior Disorders**. 1 ed. Malden: Blackwell Science, 1998.

FOGLE, B. *The Dog's Mind*. 1 ed. Middlesex-England Editora Phelam Books, p. 111-134, 1992.

HODGSON, S. *The complete idiot's guide to choosing, training and reising a dog*. Alphabooks, New York, cap. 26, p. 301-308, 1996.

LUESCHER, U.A; MCKEOWN, D.B.; HALIP, J. "Stereotypic or obsessive-compulsive disorders in dogs and cats".

Veterinary Clinical North American Small Animal Practice, p. 401-414, 1991.

Practicing Veterinarian, v. 19, n.3, p.3291-3, 1997.

OVERALL, K.L. Recognition, diagnosis, and management of obsessive-compulsive disorders. Part 1. *Canine Pract*, p. 40-441, 1992.

PEREIRA, J.T. *Contribuição ao Estudo da Dermatite de Lambedura em Cães*. Thesis-Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo (São Paulo), 1999.

SIMPSON, B.S.; PAPICH, M.G. Pharmacologic management in veterinary behavioral medicine. **The Veterinary Clinics of North of America: Small Animal Practice**, v. 33, n. 2, p. 365-404, 2003.

SIMPSON, B.S.; SIMPSON, D.M. Behavioral Pharmacotherapy. Part I. Antipsychotics and Antidepressants. **The Compendium On Continuing Education For The Practicing Veterinarian**, v.18, n.10, p. 1067-78, 1996.

SIMPSON, B.S.; VOITH, V.L. Extralabel Drug Use In Veterinary Behavioral Medicine. **The Compendium On Continuing Education For The**