

DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/multi.v27i66.3559>
Recebido em: 15/11/2021; aprovado para publicação em: 22/04/2022

**Estudo sobre transtornos obsessivo-compulsivos:
diagnóstico, influências dos mecanismos neuropsicológicos,
causas e tratamento**

***A study on obsessive-compulsive disorders: diagnosis,
influence of neuropsychological mechanisms, causes and
treatment***

***Estudio sobre trastornos obsesivo-compulsivos diagnóstico,
influencias de los mecanismos neuropsicológicos, causas y
tratamiento***

Mayra Fernandes Martins¹
Maria Romilda da Silva²

¹ Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES). E-mail: mayraandes@hotmail.com, Orcid: 0000-0001-7397-4832

² Doutoranda em Psicologia pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Mestra em Estudos Fronteiriços pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Especialista cognitivo-comportamental pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Graduada em Filosofia pela UCDB. Graduada em Psicologia pela UFMS. Atua como psicóloga clínica. E-mail: ma.romildasilva66@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4603-8923>

Resumo: Transtorno mental raro, porém, grave, o TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo) é uma neurose atípica, cuja importância para a saúde pública tem sido subestimada. A necessidade não atendida de indivíduos com TOC, exige investigação das barreiras ao acompanhamento, e intervenção, encorajando a busca por ajuda. Por isso, há carência de compreensões mais profundas, ajudando assim, a integrar mais dados em perspectivas neuropsicológicas. Fatos que levam à problematização: processos de tratamento sem investigações multidisciplinares podem demandar mais tempo de controle dos sintomas. Em resposta à problemática, foi realizado estudo bibliográfico, método dedutivo com técnica de análise qualitativa, norteados pelos objetivos: analisar pacientes com TOC, influências dos mecanismos neuropsicológicos, comorbidades, causas e tratamento; descrever a funcionalidade neuronal e psicológica envolvida nos sintomas; descrever o processo de diagnóstico, caracterizando sintomas e causas; levantar procedimentos de tratamento clínico e psiquiátrico. A discussão dos conteúdos comprova investigação associada a outras áreas, como psicologia e neurologia, visando o TOC.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo; mecanismos neuropsicológicos; comorbidades; diagnóstico.

Abstract: Rare, but a serious mental disorder, OCD (Obsessive-Compulsive Disorder) is an atypical neurosis, whose importance to public health has been underestimated. The unattended need of individuals with OCD, requires investigation of the barriers to care and intervention, encouraging the search for help. Therefore, there is a need for deeper understanding, helping to integrate more data into neuropsychological perspectives. Facts that lead to problematization: treatment process without multidisciplinary investigations may require more time to control symptoms. In response to the problem, a bibliographic study was made, a deductive method with qualitative analysis technique, guided by the objectives: analyze OCD patients, influences of neuropsychological mechanisms, comorbidities, causes and treatment; describe the neuronal and psychological functionality involved in the symptoms; describe the diagnostic process, characterize symptoms and causes; raise psychiatric and clinical treatment procedures. The contents discussion proves an associated research with other areas, such as psychology and neurology, aiming OCD.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; neuropsychological mechanisms; comorbidities; diagnosis.

Resumen: Un trastorno mental raro pero grave, el TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) es una neurosis atípica, cuya importancia para la salud pública ha sido subestimada. La necesidad insatisfecha de las personas con TOC requiere la investigación de las barreras a la atención y intervención, fomentando la búsqueda de ayuda. Por lo tanto, hay una falta de conocimientos más profundos, lo que ayuda a integrar más datos en las perspectivas neuropsicológicas. Hechos que conducen a la problematización: los procesos de tratamiento sin investigaciones multidisciplinares pueden requerir más tiempo para controlar los síntomas. En respuesta al problema, se realizó un estudio bibliográfico, utilizando un método deductivo con técnica de análisis cualitativo, orientado por los objetivos: analizar pacientes con TOC, influencias de los mecanismos neuropsicológicos, comorbilidades, causas y tratamiento; describir la funcionalidad neuronal y psicológica involucrada en los síntomas; describir el proceso diagnóstico, caracterizando síntomas y causas; plantear procedimientos de tratamiento clínico y psiquiátrico. La discusión de los contenidos prueba investigaciones asociadas a otras áreas, como la psicología y la neurología, dirigidas al TOC.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo; mecanismos neuropsicológicos; comorbilidades; diagnóstico.

1 INTRODUÇÃO

Os critérios diagnósticos para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) incluem a presença de obsessões, compulsões ou ambas associadas à ansiedade. Além disso, tomam tempo ou causam sofrimento ao paciente de forma significativa ou com prejuízo no seu funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida. Ademais, os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem aos efeitos só fisiológicos de uma substância (por exemplo, droga de abuso ou medicamento) ou a outra condição médica, e, também, a perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental. A compreensão sobre o TOC se dá por meio de Cordioli (2008a), Strom *et al.* (2021) e Torres e Lima (2005), que são os autores básicos norteadores deste estudo.

Na perspectiva de análise das influências dos mecanismos neuropsicológicos para o desenvolvimento do TOC, a experiência empírica oportunizou acompanhar vários pacientes, durante as aulas práticas de psiquiatria em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), diagnosticados com esse transtorno. E, nessa convivência, sempre nos chamou atenção o comportamento repetitivo desses pacientes, já que não conseguiam deixar de pensar que algo catastrófico (medo de que algo ruim) poderia acontecer se não agissem de determinada maneira. Ou seja, a forma como era externalizado aquilo que se era vivido por eles, por meio de seus pensamentos. E, a partir disso, a pessoa reconhece que suas obsessões são produtos de sua mente, e não impostas pelos outros, o que, muitas vezes, gera depressão.

O que difere o comportamento de pessoas que prezam por organização e perfeccionismo dos portadores de TOC é que, nos últimos, os rituais interferem na qualidade de vida, atrapalham a capacidade de estudar e trabalhar e geram angústia e solidão. Sendo assim, surgiu uma indagação: o processo de tratamento sem investigações multidisciplinares pode demandar mais tempo de controle ou sessão de sintomas, estendendo o sofrimento do paciente. E estes são fatores que justificam a idealização do tema *“Transtornos obsessivos-compulsivos: diagnóstico, influências dos mecanismos neuropsicológicos, causas e tratamento”*.

Para responder à problemática, foi traçado o processo investigativo por meio de estudos bibliográficos, pelo método dedutivo, com técnica de

análise quantiqualitativa. A pesquisa foi norteada pelos objetivos: geral, analisar os transtornos obsessivo-compulsivos e as influências dos mecanismos neuropsicológicos, comorbidades, causas e tratamento; específicos, descrever a funcionalidade neuronal e psicológica envolvida nos sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo; descrever o processo diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo; caracterizar os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo e suas causas; levantar os procedimentos de tratamento clínico psiquiátrico para o transtorno obsessivo-compulsivo.

2 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

2.1 Desenvolvimento do transtorno obsessivo-compulsivo: breve histórico

Conforme Louza Neto e Elkis (2010), a descrição do quadro obsessivo-compulsivo remonta há pelo menos 300 anos. Até a metade do século XIX, os quadros eram referidos como insanidade, evoluindo posteriormente para o conceito de neurose. Nas descrições que encontramos ao longo da história, nota-se a influência da cultura de origem do observador. Por exemplo,

As explicações de autores ingleses focavam aspectos religiosos e relacionados à melancolia, os fenomenologistas franceses enfatizavam a dúvida e a perda de esperança e os alemães ressaltavam a natureza irracional dos pensamentos e sua ligação com a psicose. Na segunda metade do século XIX, surgiu a hipótese de que o quadro fosse secundário à disfunção cerebral e, portanto, com base orgânica (MAUDSLEY, 1958; RIBOT, 1904; JANET, 1903; WESTPHAL, 1878; BERRIOS, 1989 apud LOUZA NETO; ELKIS, 2010, p. 315).

Pode-se entender que, no percurso investigativo sobre o transtorno obsessivo-compulsivo, houve entendimentos divergentes sobre este, sendo, em primeiro momento, de cunho religioso, seguido de sentimentos de incerteza e desesperança, de irracionalidade, de pensamentos vinculados à psicose, chegando à disfunção do sistema nervoso central. Nesta ótica, Rangé *et al.* (2001) mencionam que as descrições sobre obsessões-compulsões

passaram a ser compreendidas, inicialmente, como de natureza religiosa, depois médica e, finalmente, psicológica.

Vale mencionar que, apesar de descrito há vários anos, conforme Louza Neto e Elkis (2010), foi a partir da década de 1970 que se observou aumento do interesse pelo TOC. Vários fatores contribuíram para isso, entre eles, a padronização dos diagnósticos e a classificação dos transtornos mentais desvinculados de hipóteses etiológicas teóricas, o que implicou a homogeneização da comunicação entre os profissionais de diversos locais e a otimização do desenvolvimento de novas pesquisas. Outro fator contribuinte pode ter sido o surgimento da clomipramina e a possibilidade de abordagem terapêutica mais eficaz.

Seguindo a busca de entendimento sobre a etiologia do transtorno obsessivo-compulsivo, conforme Sadock, Sadock e Ruiz (2017), percebem-se sinais no desenvolvimento da infância que podem estar presentes em alguns estágios do ciclo de vida, sendo eles: autonomia *versus* vergonha e dúvida (de 18 meses a 3 anos). Nesse estágio, há o desenvolvimento da fala e do controle dos esfíncteres e dos músculos, assim, a criança pratica as modalidades sociais de reter e liberar, sendo que grande parte disso depende da quantidade e do tipo de controle exercido pelos adultos sobre a criança. E, quando o controle é exercido de forma rígida ou precoce demais, sabota as tentativas da criança de desenvolver seus próprios controles internos, resultando em regressão ou falsa progressão. Nessa fase, a criança pode desenvolver um senso de autonomia adequado e a capacidade de “ter e reter”. Porém, quando desfavorável, a dúvida e a vergonha podem enfraquecer seu livre-arbítrio, causando obsessões para suprir as inseguranças e dúvidas provocadas nas relações interpessoais, como, por exemplo: ser ou não ser, fazer ou não fazer, entre outras.

Sadock, Sadock e Ruiz (2017) ainda afirmam que, quando o desenvolvimento psicossocial é desestabilizado no segundo estágio, podem surgir outras formas de patologia. O perfeccionismo, a inflexibilidade e a avareza de alguém com um transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva podem partir de tendências conflitantes de reter e liberar. O comportamento ruminativo e ritualístico daqueles que sofrem de um transtorno obsessivo-compulsivo pode ser o resultado do triunfo da dúvida sobre a autonomia

e do desenvolvimento subsequente de uma consciência primitivamente rígida.

2.2 Transtorno obsessivo compulsivo e a genética

Já segundo Sadock e Sadock (2011), estudos de genética molecular sugeriram a ligação a regiões dos cromossomos 2 e 9 em certas linhagens com múltiplos membros que exibem TOC de início precoce. Estudos de famílias apontaram para uma relação entre o TOC e transtornos de tique, como o transtorno de Tourette. Acredita-se que o TOC e os transtornos de tique tenham fatores de suscetibilidade em comum, em um “espectro obsessivo-compulsivo”, juntamente a outras condições, que incluem transtornos da alimentação e transtornos somatoformes que podem ser responsáveis pela expressão dos sintomas repetitivos estereotipados.

Da mesma forma, para Hales, Yudofsky e Gabbard (2012), há evidência de um forte componente genético e de fatores de suscetibilidades ambientais no TOC; essa evidência vem de estudos com gêmeos, resultado de genética familiar e análises de segregação. Estudos com gêmeos com TOC também indicam envolvimento de fatores genéticos, e o único fator ambiental conhecido com potencial para interagir com vulnerabilidade genética ao TOC é a autoimunidade pós-estreptocócica (transtorno neuropsiquiátrico autoimune pediátrico associados a infecções estreptocócicas [PANDAS]).

Além disso, a neuroimunologia, conforme Sadock e Sadock (2011), também tem influência na origem do TOC, de forma que a associação do surgimento de síndromes de TOC após exposição ou infecção por *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A, em um subgrupo de crianças e adolescentes, instigou estudos da resposta imune neste transtorno. Assim,

Especula-se a exposição a bactérias estreptocócicas ative o sistema imune, levando à inflamação dos gânglios da base, o que resulta em distúrbio da função cortical-estriatal-tálamo-cortical. Imagens de ressonância magnética (IRM) documentaram uma relação proporcional entre o tamanho dos gânglios da base e a gravidade dos sintomas de TOC. A apresentação do TOC em crianças e adolescentes devido à exposição aguda ao *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A representa uma minoria dos casos do transtorno nesta população (SADOCK; SADOCK, 2011, p. 158).

Conforme Oliveira (2007), esses casos de TOC desencadeados por infecções foram denominados transtornos neuropsiquiátricos pediátricos autoimunes associados ao Streptococcus (PANDAS, na sigla em inglês). A escolha deste nome baseia-se no acrônimo de P (pediátrico, porque ocorre em crianças), A (autoimune), N (neuropsiquiátrico), D (doença), A (associada) e S (Streptococcus). Embora a etiologia seja desconhecida, algumas pesquisas notaram que os tiques e os sintomas obsessivo-compulsivos são as principais manifestações clínicas da doença e surgem após infecções estreptocócicas, sugerindo que a doença provavelmente ocorra por mecanismos autoimunes em um paciente geneticamente suscetível, associado a fatores ambientais, no qual a infecção estreptocócica em indivíduos suscetíveis desencadearia anticorpos de reação cruzada com componentes celulares dos gânglios da base.

2.3 Transtorno obsessivo-compulsivo: aspectos neurológicos

O transtorno é desconhecido, mas há uma fisiopatologia. Para Ribeiro, Passos e Carvalho (2018), há um forte apoio empírico e envolve alterações no circuito córtico-estriado-tálamo-cortical, por isso o TOC sugere um

[...] desequilíbrio entre o circuito direto (excitatório): córtex orbitofrontal (OFC) – estriado globo pálido-tálamo-córtex e o indireto (inibitório): córtex pré-frontal dorso lateral (DLPFC) estriado-globo pálido-núcleo subtalâmico-cortex (p. 1-2).

Características demográficas e clínicas de pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e controles saudáveis (HCs) mostram:

[...] diferenças de volume no tálamo em nível sub-regional em uma grande amostra de pacientes com TOC sem medicação usando segmentação automática baseada em atlas. Observamos que o volume dos núcleos talâmicos posteriores esquerdos foi menor nos pacientes com TOC do que nos HC. Esta região consiste no pulvinar, núcleo geniculado lateral (LGN), núcleo geniculado medial (MGN) e núcleo suprageniculado. Além disso, um menor volume dos núcleos talâmicos posteriores esquerdos foi relacionado ao aparecimento tardio da doença. Até onde sabemos, este é o primeiro estudo a relatar alterações de volume em uma sub-região talâmica específica e sua relação com a idade de início em pacientes com TOC (JURNG *et al.*, 2021, p. 4).

Este fato pode sugerir que os núcleos posteriores esquerdo são substratos neurais fundantes da fisiopatologia do TOC. E, segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017), nos transtornos mentais, não há como explicar a neuropatologia sem citar o sistema límbico, que está relacionado com as emoções como alegria, tristeza, medo, prazer e raiva. As emoções são sentimentos subjetivos que provocam manifestações fisiológicas, as quais dependem do sistema nervoso autônomo, e comportamentais, que resultam da ação do sistema nervoso motor somático. E cada manifestação depende do tipo de emoção e da espécie.

Para Machado (2005), sistema límbico é o conjunto de estruturas corticais e subcorticais interligadas morfológicamente e funcionalmente, relacionadas com a emoção e com a memória. É um sistema relacionado com a regulação dos processos emocionais e do sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático constituído pelo lobo límbico (componente cortical) e pelas estruturas subcorticais a ele relacionadas. Vale ressaltar que:

Os achados de neuroimagem mais consistentes no TOC referem-se, em ordem decrescente de importância, a alterações nas regiões órbito-frontais, núcleos da base, giro do cíngulo e tálamos. Portanto, apontam quase invariavelmente para alterações nas regiões que compõem o circuito pré-frontal-estriado-tálamo-cortical (LACERDA; DALGALARRONDO; CAMARGO, 2001, p. 26).

Entende-se o Circuito pré-frontal-estriado-tálamo-cortical como a parte dorsolateral da área pré-frontal, um circuito cognitivo que tem um papel crucial no processamento cortical de informações, uma vez que está diretamente relacionado com as funções de pensamento abstrato e criativo, a fluência do pensamento e da linguagem, respostas afetivas e capacidade para ligações emocionais.

De acordo com Machado (2005), o lobo límbico é um anel cortical contínuo constituído pelo giro do cíngulo, giro para-hipocampal, hipocampo, córtex insular e córtex pré-frontal orbitofrontal. Já os componentes subcorticais incluem o corpo amigdalóide, área septal, núcleo accumbens, corpos mamilares, fornix, trato mamiló-talâmico, tálamo, hipotálamo e habênulas. Seguindo as compreensões de Machado, as emoções estão relacionadas a áreas específicas do cérebro (diencéfalo, telencéfalo e mesencéfalo), que, em conjunto, constituem o sistema límbico. Vale ressaltar, ainda, que James

Papez propôs um mecanismo para explicar as emoções, o qual envolvia as estruturas do lobo límbico, núcleos do hipotálamo e tálamo unidos pelo Circuito de Papez, que foi o primeiro modelo sobre o circuito neural das emoções.

Nesse modelo, para Torres e Prince (2004), o hipocampo seria o responsável por enviar as informações para os corpos mamilares por meio do fornix, o qual, posteriormente, por meio do trato mamilotalâmico, transmitiria para os núcleos anteriores do tálamo, que, por intermédio da cápsula interna, iria se comunicar com o giro do cíngulo, e a informação voltaria por meio do giro para-hipocampal para o hipocampo, fechando o circuito.

Conforme Machado (2005) e Torres e Prince (2004), pode-se entender que as informações que chegam ao cérebro percorrem um determinado trajeto ao longo do qual são processadas. Em seguida, direcionam-se para as estruturas límbicas e paralímbicas, pelo circuito de Papez, ou por outras vias, para adquirirem significado emocional, dirigindo-se, em ato contínuo, para determinadas regiões do córtex cerebral, permitindo que sejam tomadas decisões e desencadeadas ações – processos relacionados à autonomia.

Conforme Cordioli (2008a, p. 37), há “alterações anatômicas (volumétricas) em estruturas cerebrais em portadores do TOC”, as quais foram confirmadas por meio de uma análise de estudos que constatou diferenças volumétricas envolvendo tanto a massa branca como a massa cinzenta, em várias regiões do cérebro, de portadores do TOC.

Cordioli (2008a) afirma que é evidenciado o volume do tálamo como maior em crianças portadoras de TOC, e que há um volume reduzido no giro frontal esquerdo, no córtex orbitofrontal medial, na região insulo-opercular esquerda, bem como um aumento bilateral relativo na parte ventral do putâmen e na parte anterior do cerebelo, no cérebro dos pacientes, em comparação com o cérebro dos não portadores de TOC. Além disso, os pacientes com obsessões de conteúdo agressivo e compulsões de checagem apresentavam um volume menor da amígdala. Então, por esses estudos, foi possível estabelecer a hipótese de uma relação entre alterações do funcionamento em certas áreas cerebrais e os sintomas obsessivo-compulsivos.

Sadock e Sadock (2011) afirmam que o envolvimento de diversos sistemas de neurotransmissores, incluindo o sistema serotoninérgico e o

dopaminérgico, foi proposto como fator contribuinte ao surgimento do TOC. A observação de que os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) diminuem os sintomas de TOC, juntamente aos achados de sensibilidade alterada à administração aguda de agonistas da 5-hidroxitriptamina, corrobora a probabilidade de que o sistema serotoninérgico seja importante no TOC. Além disso, acredita-se que o sistema dopaminérgico influencie este transtorno, especialmente à luz da comorbidade frequente do TOC com transtornos de tique em crianças.

Do mesmo modo, para Louza Neto e Elkis (2010), devido aos bons resultados obtidos com o uso de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina nos quadros de TOC, a maioria dos estudos de associação no TOC tem se concentrado em genes do sistema de neurotransmissão serotoninérgica, sobretudo os que codificam o transportador de serotonina (5HTT) e o receptor subtipo 5HT2A.

Conforme Cordioli (2008a), existem, nas tomografias computadorizadas (TCs) e RMs de crianças e adultos com TOC não tratado, volumes menores de segmentos dos gânglios da base do que em controles normais. Em crianças, existe evidência de que o volume talâmico está aumentado. Estudos de adultos fornecem indícios de hipermetabolismo das redes cortical-estriatal-tálamo-cortical frontais em indivíduos com TOC não tratado.

3 METODOLOGIA

Conforme Rampazzo (2005), o caminho metodológico nos coordena a um percurso de estudo científico por meio de normas e técnicas. Neste norte, o homem deve tornar-se ciente de que há diversidade na realidade em que se encontra, e, para conhecê-la, faz-se relevante entender e compreender o caminho percorrido por meio de um foco investigado; no caso deste estudo, é o *“Transtorno obsessivo-compulsivo: diagnóstico, influências dos mecanismos neuropsicológicos, comorbidades, causas e tratamento”*.

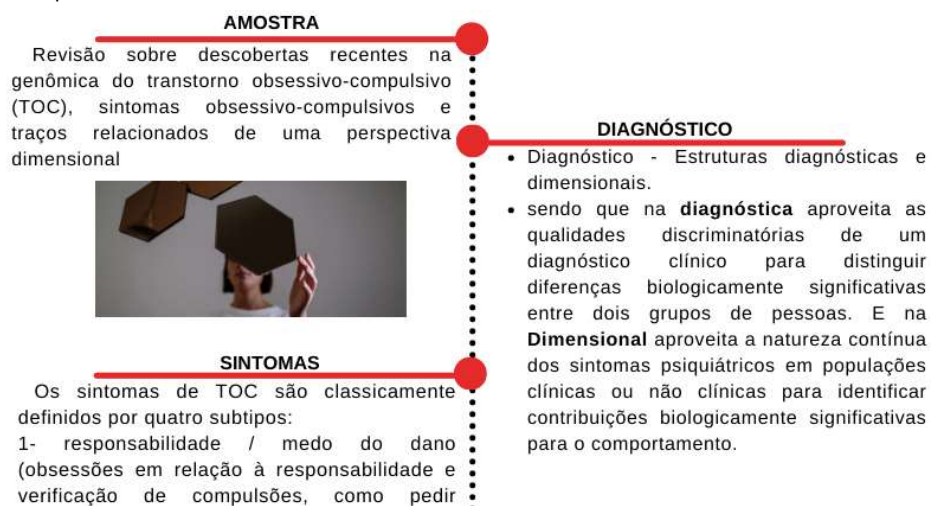
Para atender a demanda do tema proposto, Marconi e Lakatos (2001) nos remetem ao método de abordagem, que apresenta graus de abstração, com finalidade explicativa da ação nas etapas da pesquisa. É um estudo bibliográfico que se norteou pela abordagem científica empírica, cujo método é dedutivo. De acordo com Prodanov e Freitas (2013) e Marques *et*

al. (2017), o dedutivo acontece de acordo com o entendimento clássico, é o método que parte do geral e, a seguir, desce ao particular. A partir de princípios, leis ou teorias consideradas verdadeiras e indiscutíveis, prediz a ocorrência de casos particulares com base na lógica.

No processo de levantamento bibliográfico, foram buscadas informações na PubMed e no SciELO, por meio das palavras-chave dispostas no título deste estudo. Quanto às análises, foi utilizada a técnica qualitativa para alcançar a compreensão subjetiva do assunto “TOC”, que permitiu analisar, de forma descritiva, os dados levantados. Para tal, foram utilizados três estudos científicos como base bibliográfica seguida de outros estudos científicos complementares.

- Strom *et al.* A dimensional perspective on the genetics of obsessive-compulsive disorder, 2021.
- Torres e Lima. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão [Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review, 2005
- Cordioli. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo [Cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder], 2008.

Figura 1 - Uma perspectiva dimensional da genética do transtorno obsessivo-compulsivo



garantias ou verificar se o dano não ocorreu a alguém);
2- contaminação (obsessões por sujeira ou germes ou outros possíveis contaminantes e compulsões de limpeza);
3 - simetria / ordenação (obsessões sobre simetria ou ordem e ordenação, repetindo ou contando compulsões) e
4 - tabu (obsessões violentas, agressivas, sexuais ou religiosas com rituais cheios de confiança, prevenção ou verificação de danos). A evidência genética obtida usando abordagens que empregam uma estrutura de diagnóstico (caso / controle) e dimensional (fenótipo contínuo)



RELAÇÕES ENTRE O TOC E OUTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

- Correlações fenotípicas - A heterogeneidade, e talvez também a dimensionalidade associada ao TOC, também pode ser vista na sobreposição fenotípica e padrões de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos e, em particular, com os Transtornos Relacionados a Obsessivo-Compulsivo.
- transtorno de acumulação; transtorno dismórfico corporal; tricotilomania; transtorno de escoriação; o TOC relacionado ao tique é um especificador nos critérios do DSM-5 para o TOC, reconhecendo o forte comorbidade etiológica e clínica.



A ARQUITETURA GENÉTICA DO TOC

O TOC tem uma etiologia multifatorial e resulta de uma combinação de impactos genéticos e ambientais ao longo da vida.

- Famílias e gêmeos: influenciados e herdados.
- Milhares de variantes genéticas contribuem cada uma com uma quantidade muito pequena para a predisposição genética geral para o TOC.



COMORBIDADES COMUNS AO TOC

- Transtornos de ansiedade; transtornos de humor; transtorno depressivo maior; transtornos de controle de impulso; transtornos por uso de substâncias; síndrome de Tourette; anorexia nervosa.
- O TOC também frequentemente co-ocorre com condições de neurodesenvolvimento: transtornos do espectro do autismo; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;

Fonte: Elaborada pelas autoras com base em Strom *et al.* (2021).

Figura 2 - Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão



Fonte: Elaborada pelas autoras com base em Torres e Lima (2005).

Figura 3 - A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo Imagem ilustrativa



sintomas OC. Essa é a sua maior fraqueza. Entretanto, o mecanismo sugerido para a manutenção dos sintomas - o alívio que os pacientes sentem ao executar os rituais (reforço negativo) - parece bastante plausível, tendo implicações importantes nas estratégias de tratamento, como veremos mais adiante.

TEORIA COGNITIVA SOBRE os SINTOMAS OC

1) Teoria cognitiva para a origem das obsessões: a) populações não-clínicas experimentam pensamentos intrusivos semelhantes em conteúdo e forma aos pensamentos obsessivos de portadores do TOC; b) a interpretação errônea e o significado negativo atribuído à presença de tais pensamentos intrusivos seriam os responsáveis pelo aumento de sua intensidade e frequência, e pela transformação de pensamentos invasivos normais em obsessões

2) Teoria cognitiva para a origem das compulsões: Os rituais de verificação seriam realizados quando uma pessoa que acredita ter uma grande e especial responsabilidade em prevenir danos, especialmente em relação aos outros, sente-se insegura de que o risco do possível dano tenha sido efetivamente reduzido ou removido, o que a levaria a fazer repetidas verificações, como forma de eliminar a dúvida e o possível risco

TCC: DESCRIÇÃO TÉCNICA

Avaliação do paciente: diagnóstico do TOC, indicação do tratamento e avaliação das contra-indicações ou preditores de não resposta;

- Fase inicial: avaliação da motivação para o tratamento e psicoeducação; identificação, listagem, avaliação da intensidade e hierarquização dos sintomas; introdução dos exercícios de EPR, das tarefas de casa; explanação sobre o modelo cognitivo e introdução de técnicas cognitivas. Detalhes dessas técnicas estão descritas em vários manuais.

- Fase intermediária: continuação dos exercícios de EPR cognitivos; monitoramento e reforço das técnicas cognitivas e comportamentais;

- A alta, a prevenção de recaídas e a terapia de manutenção.

A necessidade de superar as limitações da EPR levou os autores cognitivos a focarem sua atenção nos pensamentos distorcidos e em crenças disfuncionais presentes em maior ou menor intensidade na maioria dos portadores do TOC



VANTAGENS e LIMITAÇÕES da TERAPIA COGNITIVA

Na prática, a terapia cognitiva, como tratamento isolado, tem sido menos utilizada do que a terapia de EPR por ser mais complexa e exigir algumas condições do paciente - como a capacidade de pensar psicologicamente e de ter algum insight sobre os sintomas, nem sempre presentes.

Exige ainda uma formação mais demorada e mais aprofundada nos fundamentos e técnicas cognitivas por parte dos terapeutas.

o uso de técnicas cognitivas eventualmente poderá preceder aos exercícios de EPR para possibilitar a adesão ao tratamento.

TRATAMENTO TCC

As sessões de TCC para o TOC, são



estruturadas, focadas nos problemas e sintomas. Envolvem modelação e escolha de exercícios e tarefas para serem realizadas em casa. Utiliza registros, escalas, instrumentos de automonitoramento, realização de tarefas junto com o terapeuta. A sessão é iniciada com a revisão ou checagem dos sintomas (intensidade, frequência) e do humor; segue-se a revisão das tarefas programadas de EPR ou cognitivas, a discussão das dificuldades em sua realização; os exercícios de correção de pensamentos e crenças disfuncionais, finalizando com o estabelecimento e discussão das metas e exercícios de casa para a semana seguinte e a avaliação da sessão pelo paciente.

Em cada sessão, revisa-se a lista dos sintomas, para programar os próximos exercícios de casa

TCC e MEDICAMENTOS PARA O TOC

Um estudo verificou, por exemplo, que ela é mais eficaz que a sertralina em reduzir as compulsões, na intensidade com que reduz os sintomas, e no percentual de pacientes que conseguem a remissão completa dos sintomas

TCC em GRUPO PARA O TOC

A TCC em grupo apresenta uma relação custo/benefício mais favorável, com custos cinco vezes menores do que os da terapia individual para o Transtorno Obsessivo Compulsivo.

Fonte: Elaborada pelas autoras com base em Cordioli (2008a).

5 DISCUSSÕES QUALITATIVAS

Já se tem conhecimento de que obsessões e compulsões, por não serem exclusivas do TOC, dificultam seu diagnóstico, e, ao se aprofundarem no estudo, Torres e Lima (2005), Strom *et al.* (2021) e Cordioli (2008a) nos levam a entender que a origem de tais pensamentos e ações da pessoa com TOC advém dos fatores de natureza psicológica, como aprendizagens errôneas, crenças distorcidas e pensamentos de natureza catastrófica que

estão presentes na maioria dos transtornos obsessivo-compulsivos, e pode desempenhar um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas.

Há consenso de que a ocorrência de educação com responsabilidade excessiva e o exagero na importância dos pensamentos, dos perigos e dos riscos resultam em comportamentos perfeccionistas (CORDIOLI, 2008a; TORRES; LIMA, 2005).

E a psicologia define a obsessão como pensamentos ou imagens intrusivos e recorrentes que um indivíduo considera indesejáveis ou desagradáveis e dos quais tenta se livrar ao tomar consciência de que está com pensamentos desorganizados, que levam a comportamento inadequado aos demais do seu dia a dia. Com isso, ele tenta se livrar desses por meio das compulsões, as quais geram repetições que levam a um círculo vicioso (CORDIOLI, 2008a).

É válida a compreensão de que, como os sintomas do TOC interferem de forma significativa nas rotinas diárias do indivíduo, os portadores de transtornos psiquiátricos, muitas vezes, recorrem ao uso de álcool e drogas ilícitas como refúgio para aliviar a ansiedade, e alguns que não buscam tratamento específico fazem uso de automedicação. Esta busca errônea de tratar sintomas pode agravar o transtorno obsessivo-compulsivo. Então, é importante que os profissionais de saúde e o médico do ESF estejam atentos aos relatos dos agentes comunitários de saúde sobre as pessoas que eles acompanham no bairro, os quais identificam precocemente os sintomas, fato que auxilia no diagnóstico.

Conforme Sadock, Sadock e Ruiz (2017), Ancona-Lopes (2013) e Rigoni e Sá (2016), para as confirmações diagnósticas, é relevante fazer observações das medicações usadas e, assim, realizar o exame do estado mental do paciente. Para Sadock, Sadock e Ruiz (2017), dentro do processo de avaliação diagnóstica, há escalas de avaliação de ansiedade que podem ser usadas objetivamente para analisar a gravidade da ansiedade e facilitar os estudos comparativos, identificar também outras comorbidades que reforcem e/ou mascarem o diagnóstico do TOC.

De acordo com Torres e Lima (2005), há fatores epidemiológicos que dificultam o diagnóstico do TOC, e, por isso, é relevante investigar outros

transtornos, como comorbidade de transtorno dismórfico corporal (TDC), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico (TP) e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), e observar as adversidades do ambiente. No que se refere ao exame mental, para Cordioli (2008b), o clínico precisa fazer uma investigação minuciosa da funcionalidade entre organismo físico e psíquico desse paciente, verificando possíveis interferências das manias no comportamento. Por isso é relevante que se faça o exame mental minuciosamente, a fim de se conhecer a capacidade mental ativa do paciente, para identificar as crenças e percepções incomuns ou bizarras – alucinação e delírio –, bem como o humor e suas cognições, e se estas estão funcionais ou disfuncionais (OSÓRIO, 2016).

Com base nos dados de Cordioli (2008b), pode-se entender que, dentre os tratamentos, é sabido que a psicoterapia de exposição e prevenção de respostas (EPR) tem tido evidências clínicas significativas, já que expõe ativamente os pacientes a estímulos provocadores de ansiedade (exposição), ao mesmo tempo em que eles são supervisionados pela equipe, para que não realizem rituais (prevenção da resposta).

Além dessa forma de tratamento, a psicoterapia cognitiva para a origem das obsessões também tem sua relevância, uma vez que a interpretação errônea e o significado negativo atribuído à presença de pensamentos intrusivos seriam os responsáveis pelo aumento de sua intensidade e frequência e pela transformação de pensamentos invasivos normais em obsessões. Por outro lado, a psicoterapia cognitiva para a origem das compulsões tem sua importância, porque os rituais de verificação advêm da insegurança por parte do portador e se mantêm como forma de eliminar o perigo e possível risco a algo ou alguém.

E, para o tratamento de crianças e adolescentes com TOC, o indicado é o tratamento combinado. Conforme Torres e Lima (2005), Strom *et al.* (2021) e Cordioli (2008a), a primeira escolha é a Terapia Cognitivo-Comportamental associada a um inibidor seletivo de recaptção da serotonina. E, segundo esses mesmos estudos, a segunda opção de tratamento é apenas a Terapia Cognitivo-Comportamental. Quanto à medicação, é relevante que seja observada a resposta desta na melhora do paciente.

Para Cordioli (2008a), no manejo e tratamento do paciente com TOC, é relevante ter foco no grau da ansiedade desse paciente. É necessário verificar as diversas formas de intervenção eficazes como estratégia para tranquilizar o paciente, pois, muitas vezes, a ansiedade pode ser situacional. Sadock, Sadock e Ruiz (2017) e Heck e Barbieri (2016) afirmam que as formas intervencionais podem ser com prescrições de ansiolíticos, apoio psicológico, dialogado com o médico, psicoterapia focal e psicoterapia cognitiva-comportamental, que é apropriada para o manejo da ansiedade em combinação com a terapia ocupacional.

Por fim, a partir dos dados apresentados nas três imagens, por meio dos autores Torres e Lima (2005), Strom *et al.* (2021) e Cordioli (2008a), entende-se que o TOC tem dimensões genéticas particulares em cada pessoa, cuja estrutura biológica diferencia-se de sujeito para sujeito, por meio do comportamento manifestado – fatores que confirmam a necessidade de tratamento multidisciplinar da área da saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo, de caráter teórico, levantou informações a respeito do transtorno obsessivo-compulsivo, distúrbio neuropsicológico que apresenta características psicogênicas e biológicas e que, por isso, necessita de tratamento multidisciplinar quando realizado seu diagnóstico. Também foi mencionado de que forma as peculiaridades sintomáticas desse transtorno heterogêneo repercutem no tipo de tratamento a ser realizado, conforme as propostas da terapia de exposição e cognitivo-comportamental.

Foi apresentada, ainda, a importância da abordagem neuropsicológica como ferramenta útil para avaliar o papel potencial das diferentes regiões do cérebro no surgimento dos processos do TOC, o que facilita no processo de intervenção do tratamento.

As obsessões e compulsões do transtorno podem levar o indivíduo a evitar pessoas, lugares ou situações que desencadeiam esses pensamentos e comportamentos repetitivos e ritualísticos, fato que demonstra a importância do diagnóstico precoce e da luta contra o estigma social que essa doença acarreta.

É importante ressaltar também que, apesar da etiologia heterogênea, é a partir de estudos que permitam mais esclarecimentos sobre essa patologia que poderão ser evitadas outras implicações na vida do portador e dos que convivem com ele, além de evitar que esses sintomas se agravem.

O TOC, por fim, por possuir características clínicas que se sobrepõem às de vários outros transtornos mentais e ser bastante heterogêneo, tem no seu diagnóstico uma tarefa complexa. No entanto, o diagnóstico correto é fundamental, pois dele depende o planejamento e a execução adequados das abordagens terapêuticas. E, quanto mais rápido o tratamento for feito, após o diagnóstico, melhores serão as chances de sucesso no tratamento.

REFERÊNCIAS

ANCONA-LOPES, Silvia (Org.). *Psicodiagnóstico interventivo: evolução de uma prática*. São Paulo: Cortez, 2013.

CORDIOLI, Aristides Volpato. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 30, n. 2, out. 2008a. DOI: 10.1590/s1516-44462008000600003

CORDIOLI, Aristides Volpato. *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008b.

HALES Robert; YUDOFKY, Stuart; GABBARD, Glen. *Tratado de Psiquiatria Clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HECK, Vanessa Stumpf; BARBIERI, Valeria. Psicodiagnóstico interventivo. In: HUTZ, Claudio Simon; BANDEIRA, Denise Ruschel; TRENTINI, Clarissa Marceli; KRUG, Jefferson Silva (Org.). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed, 2016.

JURNG, Jinyung; PARK, yungyou; KIM, Taekwan; PARK, Inkyung; MOON, Sun-Young; LHO, Silvia Kyungjin; KIM, Minah; KWON, Jun Soo. Smaller volume of posterior thalamic nuclei in patients with obsessive-compulsive disorder. *NeuroImage: Clinical*, Amsterdam, v. 30, 2021, Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213158221001303>. Acesso em: 10 abr. 2021.

LACERDA, Acioly Luiz; DALGALARRONDO, Paulo; CAMARGO, Edwaldo Eduardo. Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-7, 2001. Disponível em: <http://www>.

Estudo sobre transtornos obsessivo-compulsivos: diagnóstico, influências dos mecanismos neuropsicológicos, causas e tratamento

scielo.br/pdf/rbp/v23s1/5566.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

LOUZA NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Helio. *Psiquiatria Básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MACHADO, Angelo. *Neuroanatomia funcional*. 2. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2005. p. 278.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARQUES, Heitor Romero; MANFROI, José; CASTILHO, Maria Augusta; NOAL, Mirian Lange. *Metodologia da pesquisa e do trabalho científico*. 5. ed. Campo Grande: UCDB, 2017.

OLIVEIRA, Sheila Knupp Feitosa de. PANDAS: uma nova doença? *Jornal de pediatria*, Porto Alegre, v. 83, n. 3, jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572007000400004>

OSÓRIO, Cláudio Maria da Silva. O Exame do estado mental e suas transformações. *In*: HUTZ, Claudio Simon; BANDEIRA, Denise Ruschel; TRENTINI, Clarissa Marceli; KRUG, Jefferson Silva (Org.). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed, 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMPAZZO, Lino. *Metodologia Científica*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

RANGÉ, Bernard; ASBAHR, Fernando; MORITIZ, Katia; ITO, Lígia. Transtorno obsessivo-compulsivo. *In*: RANGÉ, Bernard (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RIBEIRO, Samara dos Santos; PASSOS, Paulo Roberto Cabral; CARVALHO, Marcele Regine de. Evidências neurobiológicas de viés atencional no transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 37, 2021. DOI: 10.1590/0102.3772e37212

RIGONI, Maisa; SÁ, Samantha Dubugras. O processo psicodiagnóstico. *In*: HUTZ, Claudio Simon; BANDEIRA, Denise Ruschel; TRENTINI, Clarissa Marceli; KRUG, Jefferson Silva (Org.). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. *Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Porto Alegre: ARTMED, 2011. p. 158.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Acott; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STROM, Nora; SODA, Takahiro; MATHEWS, Carol; DAVIS, Lea. A dimensional perspective on the genetics of obsessive-compulsive disorder. *Translational Psychiatry*, [s.l.], v. 11, jul. 2021. DOI: 10.1038/s41398-021-01519-z

TORRES, Albina Rodrigues; LIMA, Maria Cristina Pereira. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 27, n. 3, set. 2005. DOI: 10.1590/S1516-44462005000300015

TORRES, Albina; PRINCE, Martin. A importância de estudos epidemiológicos sobre o transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 141-42, set. 2004. DOI: 10.1590/s1516-44462004000300001