

TOC: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO

OCD: DIAGNOSTIC APPROACH AND ASSESSMENT TOOLS

TOC: ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN



10.56238/sevened2026.002-007

Edvania da Paz da Silva

Bacharel em Fisioterapia

Instituição: Centro Universitário do Recife (UNIPESU)

Ryan Rafael Barros de Macedo

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC)

Orlando Baltazar Júnior

Bacharel em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNEC)

Rafael Cardoso Louzada

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Amanda Camilla Schmidt Bolzan

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Franciscana (UFN)

Vilma de Souza Freire

Graduanda em Psicologia

Instituição: Faculdade da Paraíba (FPB) - campus João Pessoa/PB

Vitor de Castro Silva

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Bruno da Silva Gomes

Bacharel em Farmácia

Instituição: Centro Universitário de Juazeiro do Norte (UNIJUAZEIRO)

Luis Alexandre Lago Marchesan

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Maryah Edwarda Natan Rodrigues Matias

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Universidade Norte do Paraná (UNOPAR)

Michell Magalhaes Ribeiro

Graduando em Psicologia

Instituição: Faculdade de Educação de Jaru (FIMCA-UNICENTRO)

RESUMO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica crônica e potencialmente incapacitante, caracterizada pela presença de obsessões, compulsões ou ambas, que ocasionam sofrimento significativo e prejuízo funcional. Avanços conceituais e diagnósticos resultaram em mudanças relevantes na classificação do transtorno, especialmente com a publicação da Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição (CID-11) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Que por sua vez, o define como: “obsessões e/ou compulsões persistentes, que são reconhecidas como excessivas e causam sofrimento significativo ou prejuízo funcional.” Este artigo tem como objetivo revisar as principais abordagens diagnósticas do TOC, bem como as ferramentas de avaliação mais utilizadas na prática clínica, com destaque para a Escala Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS). São discutidas as implicações clínicas da nova classificação diagnóstica de TOC, o diagnóstico diferencial com outras condições psiquiátricas comórbidas, fundamentos, benefícios e principais implicações das terapias de primeira linha — Exposição e Prevenção de Resposta (EPR) e Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), além das evidências neurobiológicas associadas ao transtorno.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-compulsivo. Diagnóstico. Yale-Brown. CID-11. Exposição e Prevenção de Resposta.

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a chronic and potentially disabling psychiatric condition characterized by the presence of obsessions, compulsions, or both, that cause significant distress and functional impairment. Conceptual and diagnostic advances have resulted in relevant changes in the classification of the disorder, especially with the publication of the International Classification of Diseases – 11th edition (ICD-11) by the World Health Organization (WHO). This defines it as: “persistent obsessions and/or compulsions that are recognized as excessive and cause significant distress or functional impairment.” This article aims to review the main diagnostic approaches to OCD, as well as the assessment tools most used in clinical practice, with emphasis on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). This article discusses the clinical implications of the new diagnostic classification of OCD, the differential diagnosis with other comorbid psychiatric conditions, the fundamentals, benefits, and main implications of first-line therapies—Exposure and Response Prevention (ERP) and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)—as well as the neurobiological evidence associated with the disorder.

Keywords: Obsessive-compulsive Disorder. Diagnosis. Yale-Brown. ICD-11. Exposure and Response Prevention.

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una enfermedad psiquiátrica crónica y potencialmente incapacitante, caracterizada por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, que causan angustia significativa y deterioro funcional. Los avances conceptuales y diagnósticos han generado cambios relevantes en la clasificación del trastorno, especialmente con la publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta la define como: «obsesiones y/o compulsiones persistentes que se reconocen como excesivas y causan angustia significativa o deterioro funcional». Este artículo tiene como objetivo revisar los principales enfoques diagnósticos del TOC, así como las herramientas de evaluación más utilizadas en la práctica clínica, con énfasis en la Escala de Obsesión-Compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS). Este artículo analiza las implicaciones clínicas de la nueva clasificación diagnóstica del TOC, el diagnóstico diferencial con otras enfermedades psiquiátricas comórbidas, los fundamentos, los beneficios y las principales implicaciones de las terapias de primera línea (Prevención de Exposición y Respuesta [PRE] e Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina [ISRS]), así como la evidencia neurobiológica asociada con el trastorno.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo-compulsivo. Diagnóstico. Yale-Brown. CIE-11. Prevención de Exposición y Respuesta.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica crônica e frequentemente incapacitante, que afeta aproximadamente entre 1% e 3% da população mundial (SPENCER et al., 2023; KAYSER, 2021). Clinicamente, o transtorno é definido pela presença de obsessões — pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos e indesejados que geram ansiedade acentuada — e compulsões, que consistem em comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados com o intuito de mitigar o sofrimento ou prevenir um desfecho temido (SPENCER et al., 2023). Apesar de sua prevalência, o diagnóstico preciso e a distinção de outras patologias mentais representam desafios significativos na prática clínica, exigindo do profissional um profundo conhecimento psicopatológico (HOLM et al., 2020). A compreensão contemporânea do TOC também integra bases neurobiológicas, especificamente disfunções nos circuitos cortico-estriado-tálamo-corticais (CSTC), que fundamentam tanto a investigação diagnóstica quanto as estratégias terapêuticas (GOODMAN et al., 2021). O objetivo deste artigo é revisar a abordagem diagnóstica do TOC, destacando as ferramentas de avaliação e a importância do diagnóstico diferencial.

Segundo a American Psychiatric Association (2013). O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica caracterizada pela presença de obsessões e compulsões que causam sofrimento significativo e interferem na rotina diária do indivíduo. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e intrusivos, enquanto as compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados de forma ritualizada para aliviar a ansiedade gerada pelas obsessões. O TOC pode afetar pessoas de todas as idades, com uma prevalência estimada de cerca de 1% a 2% na população geral, sendo mais comum em homens na infância e em mulheres na idade adulta (Ruscio et al., 2010; Spencer, S.D. et al., 2024).

O início ocorre comumente na infância, adolescência ou início da vida adulta, não tendo um marco único, geralmente apresenta curso crônico quando não tratado adequadamente. Na prática clínica, pacientes geralmente costumam procurar ajuda quando os atos compulsivos e/ou obsessivos fogem totalmente de controle e começa atrapalhar a vida cotidiana, seja no âmbito da relação pessoal, como, gestão emocional, desenvolvimento individual, bem como, na relação interpessoal, profissional, educacional, familiar e/ou social.

Stein et al(2016) Os comprometimentos funcionais no TOC envolvem múltiplas áreas da vida, incluindo o trabalho, os relacionamentos interpessoais e o bem-estar emocional. No âmbito profissional, o TOC pode levar a dificuldades na realização de tarefas devido às obsessões e compulsões que consomem tempo e energia, comprometendo a produtividade e a estabilidade no emprego. Além disso, os sintomas podem gerar atrasos, dificuldades de concentração e absenteísmo, prejudicando o desempenho laboral.

Nas relações interpessoais, o indivíduo com TOC frequentemente apresenta isolamento social, ansiedade e irritabilidade, que dificultam a manutenção de vínculos pessoais e familiares. As compulsões podem demandar tempo excessivo, levando ao afastamento de atividades sociais e familiares, além de gerar conflitos e mal-entendidos (Abramowitz et al., 2010).

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) frequentemente apresenta comorbidades, sendo as mais comuns os transtornos de ansiedade, como o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e transtorno de estresse pós-traumático, além de transtornos do humor, especialmente depressão maior. Essas condições podem ocorrer simultaneamente ao TOC, agravando o quadro clínico e dificultando o tratamento e diagnóstico. Estudos indicam que aproximadamente 60% a 80% dos pacientes com TOC apresentam alguma comorbidade, o que evidencia a complexidade do transtorno e a necessidade de abordagens diagnósticas e terapêuticas integradas (Pauls et al., 2014).

Nesse sentido, “condições psiquiátricas comórbidas em indivíduos com TOC que se apresentam para tratamento frequentemente parecem ser a regra, e não a exceção”, o que representa um grande desafio na avaliação clínica e diagnóstica do paciente com TOC (Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, et al., 2000).

De acordo com Spense (2023), a comorbidade refere-se à presença de uma ou mais condições de saúde adicionais que coexistem com uma doença principal, podendo influenciar o curso, o tratamento e o prognóstico dessa condição. Essas comorbidades podem complicar o quadro clínico, aumentar o risco de complicações e dificultar a gestão do paciente, exigindo uma abordagem multidisciplinar para o cuidado. A compreensão e o manejo adequados do transtorno são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o impacto das manifestações clínicas, principalmente as relacionadas às comorbidades que agravam o quadro do paciente, dificultando o tratamento.

Assim, as comorbidades, por serem fatores que podem inviabilizar o TOC, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou a classificação do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) na nova versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Destacam as mudanças principais, como a definição mais clara do transtorno, a distinção de outros transtornos relacionados e a adoção de critérios diagnósticos atualizados que refletem avanços científicos e clínicos recentes. Ele enfatiza ainda a importância dessas alterações para melhorar o reconhecimento, diagnóstico e tratamento do TOC globalmente, promovendo maior consistência e precisão na classificação dessa condição psiquiátrica.

Nesse sentido, A CID-11 promoveu uma mudança conceitual importante ao retirar o TOC do grupo dos transtornos de ansiedade e incluí-lo na nova categoria denominada “Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados”. Essa modificação baseia-se em evidências clínicas, neurobiológicas e terapêuticas que indicam diferenças substanciais entre o TOC e os transtornos de ansiedade clássicos.

A nova classificação enfatiza: a especificidade fenomenológica das obsessões e compulsões; a variabilidade do insight; a proximidade com transtornos como transtorno dismórfico corporal, tricotilomania e transtorno de escoriação. (Washington, 2022)

Na prática clínica, essa mudança reforça a necessidade de diagnóstico diferencial cuidadoso, especialmente com transtornos psicóticos, transtornos do espectro autista e transtornos de personalidade, o que impacta diretamente a escolha terapêutica e o prognóstico. (Pauls et al., 2014).

O tratamento geralmente envolve uma combinação de terapia cognitivo-comportamental, especialmente a exposição e prevenção de resposta, e medicações psicoestimulantes, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) (Kayse, R., 2021; Fineberg et al., 2019; Goodman et al., 2010; Stein et al., 2020) a combinação de psicoterapia e medicação costuma ser mais eficaz em casos moderados a severos, especialmente quando os sintomas resistem ao tratamento isolado. É importante que o tratamento seja individualizado, considerando fatores como a gravidade dos sintomas, comorbidades e preferências do paciente.

Kayse (2021) reforça a importância do tratamentos farmacológicos para o tratamento do TOC, segundo ele quando os pacientes não respondem adequadamente às terapias padrão, é importante avaliar os fatores que contribuem para a resistência ao tratamento, como comorbidades, adesão ao medicamento e ajuste das doses. Entre as estratégias apresentadas, destaca-se o uso de medicamentos de segunda linha, como antipsicóticos atípicos, além da consideração de combinações farmacológicas e intervenções mais invasivas, como a estimulação cerebral profunda, em casos extremos. Kayse ainda reforça que uma abordagem individualizada e o monitoramento contínuo são essenciais para melhorar os resultados em pacientes com TOC resistente ao tratamento.

Segundo Holm, Jansson & Nordgaa (2020), o diagnóstico diferencial dos fenômenos obsessivos compulsivos é importante pois, envolve a distinção entre os transtornos: como o TOC, transtornos de ansiedade, transtornos de humor, transtornos dismórficos, e outras condições psiquiátricas que possam apresentar sintomas semelhantes. É fundamental avaliar a natureza dos pensamentos obsessivos, sua frequência, intensidade, bem como os comportamentos compulsivos associados, para determinar a condição específica e orientar o tratamento adequado.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), especialmente a técnica de exposição com prevenção de resposta (EPR), é considerada a técnica de tratamento de 1ª linha para TOC, demonstrando eficácia significativa na redução dos sintomas (Spencer, S.D. et al., 2024; Abramowitz, 2018; Kayse, R., 2021; Fineberg et al., 2019). Além disso, o uso de medicamentos, particularmente inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), também é recomendado e pode ser utilizado isoladamente ou em combinação com a terapia para melhorar os resultados (Fineberg et al., 2019).

A Terapia Cognitiva Comportamental com Exposição e Prevenção de Resposta (EPR) consiste em expor o paciente, de forma planejada e repetida, aos estímulos que desencadeiam suas obsessões, enquanto se impede a realização das compulsões, permitindo que a ansiedade diminua naturalmente. Ademais, estudos demonstram melhoras nas condições comórbidas após o tratamento de EPR para TOC (SAMUEL et al., 2023).

Sob essa perspectiva, a aplicação da EPR na prática clínica, pode ser dividida didaticamente em três grandes fases, quais sejam: 1) Coleta de Informações, Psicoeducação e Definição de Metas; 2) Construção de Hierarquia de Exposição e Resposta e Prevenção Ritual de Resposta; 3) Manutenção, Término e Sustentação da Remissão (SAMUEL et al., 2023).

Nesse sentido, os principais elementos da primeira fase se baseiam na coleta de informações, psicoeducação do paciente e definição de metas. As sessões iniciais envolvem a integração de dados de avaliação em uma formulação de caso individualizada das preocupações apresentadas pelo paciente. Isso é feito, através de uma coleta de informações de todo o conteúdo de pensamentos obsessivos, gatilhos obsessivos e manifestações de comportamentos compulsivos e evitação, e sua ligação funcional com o conteúdo obsessivo. Esse processo pode e deve ser corroborado com a ajuda do paciente, que deverá fazer um auto monitoramento e rastreamento de gatilhos, obsessões e compulsões, juntamente com a contribuição de informantes (pais, parceiro/a). Nessa fase, é fundamental que os terapeutas explicitem os objetivos do tratamento, tirem todas as dúvidas do paciente, definem as expectativas do tratamento, socializem o paciente à abordagem da TCC, esclarecendo o que é o TOC e diferenciando obsessão e compulsão (SAMUEL et al., 2023).

Já a segunda fase do tratamento, consiste na construção de uma lista a fim de elencar situações vivenciadas de TOC vivenciadas pelo paciente, classificando-as por níveis de gravidade, para uma futura exposição a essas situações, sem que haja a prática do ato do TOC, de forma a superar a prática do transtorno de forma gradual. “A E/RP postula que, ao expor os pacientes ao conteúdo temido (obsessões) e ao mesmo tempo instruí-los a se absterem de se envolver no comportamento compulsivo, ocorre um novo aprendizado, levando assim a uma diminuição na relevância (e frequência) do conteúdo obsessivo, juntamente com diminuições na frequência das compulsões.” (FOA et al., 2012 apud SAMUEL et al., 2023).

Esse processo se desenvolve na prática por meio de exercícios de exposição in vivo e imaginário, conduzidos em sessões e atribuídos como tarefa de casa fora da sessão. As exposições in vivo envolvem pacientes se expondo a estímulos desencadeantes reais (por exemplo, tocar o assento do vaso sanitário para TOC relacionado à contaminação, segurar uma faca para TOC relacionado a danos), enquanto as exposições imaginárias consistem em pacientes se imaginando vividamente em situações desencadeantes (SAMUEL et al., 2023).

Nesse sentido, as exposições imaginárias são frequentemente usadas em situações em que as exposições in vivo são lógica ou eticamente impossíveis, como manusear agulhas devido à preocupação de contrair HIV/AIDS ou medo de se machucar enquanto joga beisebol (SAMUEL et al., 2023).

Na prática, o trabalho de E/RP começa por fornecer uma justificativa clara para a importância da prática frequente e repetida de exercícios de exposição para a redução dos sintomas. Destacando a natureza colaborativa da E/RP, os pacientes são informados de que nunca serão forçados a se envolver em exercícios de exposição sem o seu consentimento, mas serão encorajados a buscar vigorosamente as exposições, pois uma maior imersão na E/RP leva a melhores resultados no tratamento e superação dos transtornos (FLANKLIN et al., 2021 apud SAMUEL et al., 2023).

Posteriormente, terapeuta e paciente trabalham juntos para desenvolver uma hierarquia de exposição, que leva em conta todos os gatilhos e situações temidas do paciente relacionadas ao TOC. As situações-gatilho são então organizadas da menos para a mais angustiante, e os exercícios de exposição são frequentemente estruturados de forma a prosseguir sequencialmente com exposições de menor para maior dificuldade até que todos os itens da hierarquia sejam dominados (SAMUEL et al., 2023).

Dessa forma, a fase de a exposição deve ser realizada de forma prolongada, repetidas vezes, planejada e cuidadosamente acompanhada, de forma gradual de situações de TOC que trazem menor sofrimento e ansiedade para situações mais perturbadoras, isso evita que o paciente tenha menor excitação em aderir ao tratamento ou até mesmo abandono ou não alcance de eficácia do tratamento, seja pela falta de adesão, compreensão, ou dificuldade de exposição a situações de TOC (SAMUEL et al., 2023).

A terceira e última fase se resume em manutenção, término e sustentação da remissão. À medida que a terapia progride e os pacientes se tornam mais hábeis em planejar e implementar exposições de forma independente no contexto de sua vida diária, o foco muda para a manutenção dos ganhos obtidos durante o tratamento e o planejamento para o eventual término. Implementação de manutenção e reforço menos frequentes sessões, juntamente com o desenvolvimento de um plano detalhado de prevenção de recaídas, são componentes adicionais que podem facilitar o término bem-sucedido. Assim, esta fase final do tratamento concentra-se em promover a reabilitação do paciente e a expansão de repertórios comportamentais adaptativos para diversas áreas da vida antes limitadas pelo TOC. Isso pode incluir a busca por hobbies, recreação, emprego e relacionamentos, com um novo senso de flexibilidade e autonomia, de modo a contribuir significativamente para o tratamento (SAMUEL et al., 2023).

Por outro lado, de acordo com Spencer, S.D. et al (2024) a escala Y-BOCS-II (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Second Edition) é uma escala padrão ouro, amplamente utilizada para

avaliar a gravidade do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em adultos e crianças. Ela mede a intensidade e a frequência dos sintomas obsessivos e compulsivos, além de avaliar o impacto desses sintomas na vida do paciente. A versão infantil, conhecida como CY-BOCS, adapta os critérios e a linguagem para o público mais jovem, facilitando a avaliação em crianças e adolescentes. De acordo com Goodman et al (2010) e (Spencer, S.D. et al(2024) a escala Y-BOCS-II apresenta uma estrutura de avaliação composta por itens que avaliam a obsessão e a compulsão, cada um com pontuações que variam de 0 a 4, possibilitando uma pontuação total que indica a gravidade do TOC, variando de leve a grave. A ferramenta é útil tanto para diagnóstico quanto para monitoramento da resposta ao tratamento.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, desenvolvida com o objetivo de sintetizar e analisar as evidências científicas mais recentes relacionadas à abordagem diagnóstica e às ferramentas de avaliação do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. A pesquisa foi realizada na base de dados PubMed, utilizando os descritores "Obsessive-Compulsive Disorder" e "Diagnosis", combinados por meio do operador booleano AND, conforme a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). Foram incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis integralmente e redigidos nos idiomas português, inglês ou dinamarquês, que abordassem de forma direta o tema. Excluíram-se estudos que não apresentavam relação direta com o tema central, publicações duplicadas e artigos não indexados na base de dados utilizada. A seleção dos estudos foi conduzida em duas etapas: triagem de títulos e resumos, seguida pela avaliação dos textos completos para confirmar a relevância das informações, que foram posteriormente organizadas e discutidas de forma descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A identificação do TOC baseia-se primordialmente na fenomenologia clínica das obsessões e compulsões. As ferramentas de avaliação desempenham um papel crucial na quantificação da gravidade dos sintomas e no monitoramento da resposta ao tratamento. A Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) permanece como o padrão-ouro para a avaliação clínica, permitindo mensurar o tempo despendido com os sintomas, a interferência funcional, o nível de sofrimento e o grau de controle que o paciente exerce sobre as obsessões e compulsões (SPENCER et al., 2023).

Um aspecto crítico da abordagem diagnóstica é o diagnóstico diferencial. Fenômenos obsessivos podem estar presentes em diversas outras condições, como depressão, transtornos alimentares, autismo e esquizofrenia (HOLM et al., 2020). A literatura destaca o conceito de "pseudo-

obsessão" para auxiliar na distinção entre o TOC e transtornos psicóticos, onde a preservação ou ausência de insight (consciência da natureza irracional do pensamento) é um marcador fundamental (HOLM et al., 2020). Pacientes com TOC podem apresentar graus variados de insight, desde uma percepção clara da irracionalidade de seus atos até uma convicção quase delirante (insight pobre), o que impacta diretamente o prognóstico (HOLM et al., 2020).

Sob a perspectiva neurobiológica, o diagnóstico e a compreensão da patogênese do TOC estão intrinsecamente ligados ao funcionamento aberrante dos circuitos CSTC (GOODMAN et al., 2021). A hiperatividade na via direta deste circuito, que envolve o córtex orbitofrontal e o córtex cingulado anterior, é uma característica central que correlaciona-se com a manifestação dos sintomas obsessivo-compulsivos (GOODMAN et al., 2021; KAYSER, 2021). Além disso, a investigação de biomarcadores e determinantes genéticos tem avançado, embora a prática clínica ainda dependa fortemente da avaliação subjetiva e de escalas estruturadas (GOODMAN et al., 2021). A resistência ao tratamento em uma parcela significativa de pacientes (cerca de 40-60% não respondem adequadamente aos inibidores seletivos de recaptação de serotonina) reforça a necessidade de uma avaliação diagnóstica detalhada para identificar subtipos de TOC que possam exigir intervenções mais complexas, como o aumento com antipsicóticos ou a estimulação magnética transcraniana (KAYSER, 2021).

Os fenômenos obsessivo-compulsivos representam um importante desafio na psicopatologia, principalmente no diagnóstico diferencial entre o TOC e os transtornos do espectro da esquizofrenia. Segundo Holm, Jansson e Nordgaard (2020), a distinção entre obsessões “verdadeiras” e pseudo-obsessões continua sendo essencial para a prática clínica, mesmo diante das mudanças recentes nos sistemas diagnósticos. As obsessões verdadeiras são tradicionalmente caracterizadas pela presença de insight preservado, resistência interna e vivência egodistônica, ou seja, o indivíduo reconhece que os pensamentos são excessivos ou irracionais e tenta resistir a eles. Essas características permitem diferenciá-las dos fenômenos psicóticos. Entretanto, a flexibilização dos critérios diagnósticos no DSM-5 e na CID-11, ao admitir obsessões com insight reduzido ou ausente, torna essa distinção menos clara e pode levar à inclusão de quadros com características psicóticas dentro do diagnóstico de TOC, aumentando o risco de erros diagnósticos (HOLM; JANSSEN; NORDGAARD, 2020). Nesse cenário, o conceito de pseudo-obsessão torna-se especialmente relevante. Diferentemente das obsessões verdadeiras, as pseudo-obsessões são vivenciadas com menor estranheza, apresentam pouca ou nenhuma resistência interna e frequentemente envolvem conteúdos mais bizarros, agressivos ou imagéticos. Essas características aproximam esse tipo de fenômeno dos transtornos psicóticos, o que reforça a necessidade de uma avaliação clínica mais ampla, com atenção especial para o espectro da esquizofrenia, conforme apontado por Rasmussen, Nordgaard e Parnas (2019). Além disso, a sobreposição de sintomas entre o TOC e a esquizofrenia evidencia que o diagnóstico não deve se basear apenas em critérios classificatórios, mas sim em uma avaliação psicopatológica global. Para estudantes

e profissionais da área da saúde, compreender essas diferenças é fundamental, pois o diagnóstico correto influencia diretamente a escolha do tratamento e os desfechos clínicos do paciente.

O TOC apresenta alta comorbidade psiquiátrica ao longo da vida, atingindo cerca de 50–60% dos casos. Os transtornos associados mais frequentes incluem depressão, fobias específicas, transtorno de ansiedade social, transtornos alimentares, transtorno por uso de álcool e transtorno do pânico. Além disso, transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, como tricotilomania, transtorno de escoriação e transtornos relacionados a tiques, são comuns em indivíduos com TOC, embora pouco avaliados em estudos epidemiológicos nacionais. Evidências indicam que pacientes com TOC têm maior probabilidade de apresentar transtornos do espectro do TOC ao longo da vida do que indivíduos com outros transtornos de ansiedade, em consonância com a categorização proposta pelo DSM-5 (JALAL, CHAMBERLAIN e SAHAKIAN, 2023).

O TOC é uma condição potencialmente gravemente incapacitante, associada a prejuízos significativos na qualidade de vida, especialmente nos relacionamentos sociais, além de maior risco de mortalidade e de ideação e tentativas de suicídio. A maioria dos indivíduos com TOC apresenta pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, sendo mais frequentes o transtorno depressivo maior, transtornos de ansiedade, transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, além de associações com TEA, anorexia nervosa e TDAH, bem como com diversas condições neurológicas. O desenvolvimento do TOC envolve fatores genéticos e ambientais, incluindo eventos adversos precoces e estressores ao longo da vida, embora limitações metodológicas dificultem inferências causais. Evidências recentes também apontam para a participação de processos inflamatórios e autoimunes, especialmente em casos de início precoce, como nas síndromes PANDAS/PANS. Ademais, o TOC pode aumentar o risco subsequente de outros transtornos psiquiátricos, sugerindo sobreposição etiológica entre essas condições (MAHJANI, B. et al., 2021).

4 CONCLUSÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) constitui uma condição psiquiátrica heterogênea e complexa que necessita de compreensão, avaliação clínica detalhada e individual. Foi evidenciado que os fenômenos obsessivo-compulsivos não são exclusivos do TOC, podendo manifestar-se em diferentes transtornos mentais, como na esquizofrenia, o que reforça a importância do diagnóstico diferencial na prática clínica. Dessa forma, a distinção entre obsessões verdadeiras, pseudo-obsessões, compulsões e pseudocompulsões se torna imprescindível, sobretudo diante da ampliação dos critérios diagnósticos nos sistemas classificatórios da atualidade. (HOLM; JANSSON; NORDGAARD, 2020; GOODMAN et al., s.d.).

Em relação ao tratamento da patologia, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina são considerados como primeira linha terapêutica, frequentemente requerendo doses elevadas e uso

prolongado para obtenção de resposta clínica satisfatória. Entretanto, muitos pacientes apresentam resposta parcial ou resistência ao tratamento medicamentoso, o que necessita de estratégias terapêuticas escalonadas, como a substituição da droga, a potencialização com antipsicóticos atípicos e o uso de moduladores do glutamato, sendo importante a associação com a terapia cognitivo-comportamental com exposição e prevenção de resposta (KAYSER, 2020; SPENCER, s.d.). Dessa forma, os estudos nos mostram a necessidade de um manejo individualizado, multimodal e baseado em evidências, bem como a continuidade de pesquisas voltadas ao desenvolvimento de intervenções mais eficazes e seguras.

O TOC é uma condição complexa e multifatorial, cujo diagnóstico exige avaliação clínica detalhada, uso de instrumentos padronizados e cuidadoso diagnóstico diferencial, especialmente em relação aos transtornos psicóticos. A disfunção dos circuitos córtico-estriato-tálamo-corticais, associada a fatores genéticos, ambientais e inflamatórios, contribui para sua patogênese. As altas taxas de comorbidade, o impacto negativo na qualidade de vida e a frequência de resistência ao tratamento reforçam a necessidade de abordagens diagnósticas e terapêuticas individualizadas e integradas.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM5(5^a ed.).Arlington, VA: Author. 2013.
- ABRAMOWITZ, J. S. Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions. Oxford University Press. 2018.Site: Obsessive-compulsive disorder .Acessado em : 28/12/2025.
- ABRAMOWITZ, J. S., McKay, D., & Taylor, S. Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions. Elsevier.2010
- FINEBERG, N. A., et al. "Advances in the pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder." *The Lancet Psychiatry*, 6(7), 684-695. 2019.
- GOODMAN, W. K. et al. Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. **American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 178, n. 1, p. 17-29, 2021.
- HOLM, L. E. et al. Differentialdiagnostik ved tvangsfænomener. **Ugeskrift for Læger**, [s. l.], v. 182, n. V03200167, 2020.
- JALAL, B.; CHAMBERLAIN, S. R.; SAHAKIAN, B. J. *Obsessive-compulsive disorder: etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction*. **Brain and Behavior**, v. 13, n. 6, e3000, 2023. DOI: 10.1002/brb3.3000.
- MAHJANI, B. et al. *Genetics of obsessive-compulsive disorder*. **Psychological Medicine**, v. 51, n. 13, p. 2247–2259, 2021. DOI: 10.1017/S0033291721001744.
- PAUL, D. L., ABRAMOVITCH, A., RAUCH, S. L., & GELLE, D. A. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological approach. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(6), 410-424. 2014.Site : Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective – PubMed.Acessado em 28 /12/2025 .
- KAYSER, R. R. Pharmacotherapy for Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**, [s. l.], v. 81, n. 5, 2021.
- RUSCIO, A. M., et al. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63. 2010. Site: The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication | *Molecular Psychiatry*. Acessado em 27 /12/2025
- SPENCER, S. D. et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, [s. l.], v. 46, n. 1, p. 167-180, 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision – ICD-11)**. Geneva: World Health Organization, 2022.
- STEIN, Dan J. et al. **Obsessive–compulsive disorder**. *The Lancet*, London, v. 399, n. 10344, p. 1013–1026, 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02217-9.
- TORRES, Albina R. et al. **Epidemiology of obsessive–compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis**. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 51, n. 13, p. 2216–2230, 2021. DOI: 10.1017/S0033291720004863.

Franklin ME, Foa EB. **Transtorno obsessivo-compulsivo**. Em: Barlow DH, editor. Manual clínico de transtornos psicológicos. Sexta edição. Guilford Press; 2021. P.