

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: ARTIGO DE REVISÃO



João Lucas Pereira Mariano¹
Daniel Lopes Marques de Araújo¹
Fredson Silva Mendes Júnior¹
Layne Lorrane Santos¹
Iza Novaes Corrêa¹
Evaldo Cardoso Gomes²

Artigo Original

¹Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário Atenas, Paracatu, MG.

²Mestre em Ciências pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Resumo

Introdução: O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é subdiagnosticado e subtratado. Desta maneira, faz-se necessário esclarecer suas características, tanto no quesito biológico/fisiológico quanto social para efetivo diagnóstico e tratamento. **Desenvolvimento:** Estudos demonstram que o transtorno obsessivo-compulsivo está relacionado ao funcionamento anormal de estruturas anatómicas do encéfalo (como gânglios da base), funcionamento anormal de neurocircuitos e neurotransmissores. O TOC é uma enfermidade que acomete indivíduos causando tribulações. Entre estas, estão as alterações psicológicas, que devido às obsessões e/ou às compulsões causam desconfortos mentais (como a ansiedade). Outras tribulações são as alterações sociais, o transtorno afeta negativamente na vida do indivíduo (causa desemprego, por exemplo) e de seus familiares mais próximos, existe sobrecarga destes. Além disso, dados apontam que 67,2% dos pacientes com TOC desenvolveram depressão ao longo da vida. **Considerações finais:** Quanto maior a quantidade de informações e detalhamentos sobre o TOC, mais fácil sua identificação, seja ela por parte do profissional de saúde ou até mesmo do próprio afetado. Destarte, pode ser mais rapidamente tratado, evitando o surgimento e agravamento das adversidades geradas, principalmente no âmbito social.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Neurofisiologia, Fatores Sociológicos.

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder (OCD) is underdiagnosed and undertreated. In this way, it is necessary to clarify its characteristics, both in the biological / physiological and social aspects for effective diagnosis and treatment. **Development:** Studies show that obsessive-compulsive disorder is related to the abnormal functioning of anatomical structures of the brain (such as basal ganglia), abnormal functioning of neurocircuits and neurotransmitters. OCD is a disease that affects individuals causing tribulations. Among these are psychological changes, which due to obsessions and / or compulsions cause mental discomfort (such as anxiety). Other tribulations are social changes, the disorder has a negative impact on the individual's life (causes unemployment, for example) and their immediate family members, there is an overload of these. In addition, data indicate that 67.2% of OCD patients developed depression throughout their lives. **Final considerations:** The greater the amount of information and details about OCD, the easier it is to be identified, whether by the health professional or even by the affected person. Thus, it can be treated more quickly, avoiding the appearance and aggravation of the adversities generated, mainly in the social sphere.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder, Neurophysiology, Sociological Factors

Introdução

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é marcado pela presença de comportamentos obsessivos e compulsões recorrentes. No cotidiano, assemelham-se a rituais que, diferente-

mente da mania, consomem tempo, provocando sofrimento e até mesmo prejuízo para o indivíduo. As obsessões são pensamentos, ideias, imagens ou impulsos persistentes e repetitivos que geram desconforto/ansiedade no indivíduo.

Por outro lado, tem-se as compulsões, estas são os mecanismos pelos quais os indivíduos com TOC amenizam sua ansiedade, são atos mentais e comportamentos repetitivos.¹ O TOC trata-se de uma patologia complexa, a qual afeta não somente o paciente, mas também os vínculos sociais e familiares, conforme a gravidade do quadro clínico. Por essa razão, este estudo dedica uma abordagem generalista que não se resume à neuroquímica, de forma que aborde um olhar mais humanista.² O transtorno referido, para o efeito diagnóstico, deve causar sofrimento ao paciente ou aos seus familiares, além de que o tempo consumido pelas obsessões e/ou compulsões consumam um tempo de no mínimo 60 minutos. A enfermidade apresenta possíveis subtipos e comorbidades, uma entre estas é a depressão que se desenvolve em mais de 60% dos sujeitos.³ Por fim, o tratamento do TOC é de nítida importância, ocorre por meio de Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), além das medicações indicadas.^{4,5}

Desenvolvimento

- Aspectos Fisiopatológicos do TOC

Estudos de neuroimagem demonstram que o TOC é resultado de um anormal funcionamento de neurocircuitos que se interligam em estruturas próximas à localização dos núcleos da base e do córtex. Já outras pesquisas investigam a relação que a serotonina possui com as falhas de comunicação nas sinapses entre neurônios dos indivíduos que têm o transtorno. Ademais, sob uma perspectiva mais holística e recente, nota-se que existem relações do TOC com outros neurocircuitos relacionados ao sistema límbico, demonstrando que as emoções podem ou não ser um fator agravante para determinado caso. Nesse sentido, a crise de ansiedade possui envolvimento direto com o Eixo Hipotalâmico-Hipófise-Adrenal.⁶ Há uma hipótese que sugere um funcionamento anômalo no circuito córtico-estriado-tálamo-cortical em virtude da falta de intervenção inibitória do Núcleo Caudado. Isso pode desencadear um excesso da atividade talâmica, retroalimentando os pensamentos invasivos e comportamentos repetitivos originários do Córtex Órbita-Frontal. Assim, são gerados níveis patológicos de ansiedade que, por meio

da amígdala, elevam a atividade do Eixo Hipotalâmico-Hipófise-Adrenal.⁷ Há indícios que o comportamento repetitivo relacionado ao TOC surge ao ocorrer a inibição córtico-subcortical concomitantemente com a hiperexcitabilidade cortical. Nessa perspectiva, diversos estudos de neuroimagem observaram hiperatividade do Córtex Órbita-Frontal (OFC), tanto durante em estado de repouso quanto em atividade. A partir dessa observação, o neurocircuito córtico-estriado-tálamo-cortical (CETC) tornou-se o parâmetro plausível para explicar a causa fisiopatológica do TOC. Considerando sua função de controle dos movimentos normais, que é selecionar os movimentos desejados e excluir os indesejados, associando a relação desse neurocircuito com os distúrbios do movimento.⁸ Baseando-se em tais achados, foi proposto um modelo órbita-fronto-estriado, o qual descreveria o anormal circuito neural na tentativa de explicar a biossintomatologia do TOC. Conforme o modelo, estudiosos revelaram que pacientes cujas lesões estão nas regiões órbita-frontais sofreram significativas alterações comportamentais, por exemplo: afeto inadequado, desinibição e dificuldade na tomada de decisão. Ademais, lesões no circuito córtico-estriado talâmico, córtex temporal, córtex parietal, tronco cerebral e cerebelo induzem à compulsividade.⁹ Pesquisas apontam que as estruturas anatômicas associadas ao comportamento obsessivo são: gânglios da base; estruturas de localização subcortical profunda, representadas pelo estriado (caudado e putâmen); globo pálido; substância negra e núcleo subtalâmico.³ Acreditava-se que essas estruturas eram relacionadas primordialmente com a execução dos movimentos. Contudo, são agora relacionadas com aspectos comportamentais, como: coordenação dos movimentos, planejamento de sequência, aprendizagem por ensaio e erro, direcionamento cognitivo.¹⁰ Numa visão mais fisiológica, os principais neurotransmissores envolvidos são: glutamato, dopamina, serotonina e GABA.⁷ Além disso, neurotransmissores e neuropeptídeos, como a arginina-vasopressina e a ocitocina, estão relacionados com o sistema de memória e aprendizagem.¹⁰ Nos transtornos de ansiedade, existe uma interconexão entre o córtex pré-frontal e a amígdala, que são áreas importantes para a integração entre respostas emocionais e cognitivas.

A amígdala exerce um papel na aprendizagem e na extinção do medo; seu papel de extinção é exercido juntamente com o córtex pré-frontal e o hipocampo. O hipocampo está envolvido nas respostas condicionadas do medo, mas sua ativação pode ser modificada a partir da habituação, que deve levar à extinção do condicionamento. Durante o tratamento, a partir da exposição, o foco da atenção é direcionado à situação ameaçadora, o que faz com que o córtex pré-frontal passe a exercer controle sobre a ativação da amígdala. Dessa maneira, nota-se que, embora existam duas principais teorias para a explicação da causa do TOC, nenhuma das teorias consegue explicar, de maneira isolada, a fisiopatogênese da doença.¹¹

- Quadro Clínico

O Transtorno Obsessivo compulsivo (TOC) é um quadro que tem como características a presença de obsessões e/ou compulsões. Tratando-se das obsessões, estas são entendidas como ideias, pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e persistentes vivenciados como intrusivos e desagradáveis, tidos como próprios e que causam a ansiedade ou mal-estar relevantes ao indivíduo. Quando surgem, as obsessões geram desconforto. Normalmente, os indivíduos tentam ignorá-las, suprimi-las ou neutralizá-las. Esta tentativa de alívio ocorre, em geral, por meio das compulsões. As compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos, realizados para reduzir o incômodo e principalmente a ansiedade provocada pelas obsessões ou prevenir algum evento temido relacionado ao objeto da obsessão.^{2,11,12} Apesar de o paciente apresentar obsessão e compulsão associada mais comumente, nem sempre isso ocorre. Existem pacientes que podem apresentar exclusivamente o quadro da obsessão ou o da compulsão, este mais raro.² As obsessões mais comuns do TOC são: as preocupações com sujeira/contaminação (Aids, radioatividade), as somáticas (preocupações com aparência física e doenças), obsessões agressivas (medo de ferir, prejudicar ou matar outra pessoa sem intenção), de autoextermínio, fazer algo inconveniente (furtar, roubar, xingar, assediar). Muitos evitam ficar sozinhos, pois não confiam em si mesmos. Já outros têm receio em manusear

qualquer objeto que é tido como perigoso. É comum evitar tocar em objetos, como móveis e dinheiro, pois têm medo de contaminação. As principais compulsões são: de lavagem de objetos e mãos, que podem causar até mesmo dermatites e problemas na coluna quando intensas; as de contagem; simetria (como posição de livros, roupas no varal); colecionamento (não se desfazer de objetos muitas vezes desnecessários) e rituais variados (relembrar, tocar, rezar).^{2,12} É nítido o quão heterogêneo esse transtorno é, pois são muitas as apresentações. Conclui-se, de uma maneira geral, que, em princípio, qualquer comportamento apresentado por uma pessoa pode ser compulsivo. É importante dizer que em regra o TOC trata-se de um quadro crônico, porque, na maioria dos casos, as obsessões e compulsões são múltiplas, e o tema e sintoma podem alterar ao longo do tempo.² Geralmente, os sinais e sintomas do TOC são: conflitos nas relações familiares, prejuízos no funcionamento social e ocupacional, prejuízos nas atividades diárias, isolamento, vergonha, interferência na vida estudantil, dificuldades em trabalhar, medo, perfeccionismo, superstição, lentidão na realização de atividades, incapacidade de decisão, ansiedade, solidão e até mesmo ideação suicida. Os sintomas de uma forma abrangente podem ser intensificados por estímulos, tanto no ambiente familiar e profissional quanto no de lazer.¹³ O TOC é um transtorno subdiagnosticado e subtratado. Grande parte das vezes secreto, pode levar anos até ser diagnosticado e tratado, isso ocorre devido os portadores ocultarem seus sintomas e tardiamente procurarem um tratamento adequado. Este fato ocorre pela negação da doença e sintomas por parte do próprio afetado, por causa da vergonha, desmoralização e sofrimento pelo julgamento que faz de si mesmo sobre a irracionalidade de seus comportamentos e pensamentos. Além do fato da incapacidade de mudá-los e consciência das suas limitações. Por isso, a importância de uma boa anamnese e um bom vínculo terapêutico, assim os pacientes abrem-se mais e facilita o diagnóstico.³ Para o efetivo diagnóstico do TOC, é necessário que o tempo tomado pelas obsessões e/ou compulsões consumam tempo do indivíduo, no mínimo 60 minutos, e cause desconforto ou sofrimento ao paciente ou aos seus familiares. Ainda não existe exa-

me laboratorial que de fato certifique de que o TOC está presente. Portanto, o diagnóstico do TOC é certamente clínico. O TOC normalmente se inicia no final da adolescência e início da vida adulta, e com equivalente distribuição entre os sexos.^{2,3,12} Isso porque o cérebro tem a um desenvolvimento das regiões cerebrais em ritmos distintos: o córtex pré-frontal (CPF), por exemplo, fundamental para regulação do raciocínio, atenção e comportamento e que em partes “une” os centros de controle da percepção, emocional e motor; tem o desenvolvimento mais lento. Assim, em adolescentes com TOC já é notável a manifestação da doença considerando tanto o comprometimento da região cerebral associada ao amadurecimento do CPF que conclui com o final da adolescência.¹³ Para o tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo, utilizam-se métodos efetivos como a Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), além das medicações adequadas.¹² Apesar de ainda não serem concretizadas as verdadeiras causas do TOC, evidências mostram que diversos aspectos biológicos que envolvem em especial a função cerebral e fatores psicológicos ajudem no aparecimento dos sintomas característicos do TOC. Contudo, ao se tratar da genética, mesmo após muitos estudos e dados obtidos, não é permitido apontar o gene responsável de fato pela etiologia do TOC, ainda são necessários muitos estudos.^{12,14}

- Subtipos do TOC

O Transtorno obsessivo-compulsivo apresenta possíveis subtipos de acordo com a evolução da doença, com os seus sintomas associados e com as possíveis bases fisiopatológicas específicas. Assim, a caracterização de fenótipos clínicos torna-se essencial para direcionar o diagnóstico que ofereça uma melhor resposta ao paciente.¹⁵ O Transtorno obsessivo-compulsivo pediátrico é caracterizado por uma manifestação precoce dos transtornos neuropsiquiátricos associados. Ele se apresenta de forma aguda e grave na infância e é comumente associado a infecções por *Streptococcus* (PANDAS) e também à Síndrome Neuropsiquiátrica Pediátrica de Início Agudo. Este subtipo de toque tem início entre 8 e 12 anos, possui alta prevalência masculina

e, às vezes, a presença de compulsões sem obsessões. Além disso, apresentações precoces da doença indicam uma maior agregação familiar entre os parentes do indivíduo que possui o transtorno.^{16,17,18} O Transtorno obsessivo-compulsivo associado à febre reumática é um subtipo que apresenta manifestações sistêmicas, como cardite e artrite.¹⁹ Estudos sugerem que há uma maior manifestação deste subtipo em indivíduos com febre reumática quando esta está associada com Coreia de Sydenham.²⁰ O Transtorno obsessivo-compulsivo está associado a tiques em situações de desenvolvimento tardio, com predomínio em mulheres.²¹ Estes casos apresentam melhor resposta terapêutica. Estudos apontam que TOC e a Síndrome de Tourette, doença neurológica caracterizada pela presença de tiques motores e vocais, apresentam relações genéticas e fisiopatológicas. Disfunções de gânglios da base e de circuitos córtico-estriatais podem ser comuns aos dois casos.²² O Transtorno obsessivo-compulsivo com crítica prejudicada é o subtipo em que o paciente possui ideias delirantes e supervalorizadas, mesmo que mantenham uma crítica preservada. São os pacientes que têm tendência a apresentar a pior resposta terapêutica entre os subtipos do TOC.¹⁵

- Evolução do Quadro Clínico

Apesar de a etiologia quase sempre ser desconhecida, o médico psiquiatra consegue elaborar um diagnóstico, incentivar tratamentos preventivos e promover cursos de tratamento específicos para cada caso e paciente. O começo da manifestação de sintomas pode ser brusco ou sutil, obtendo ou não um fator desencadeador e, além disso, pode apresentar sintomas mutáveis.²³ É necessário intenso escrutínio para afirmar a existência da doença. Nos casos em que os dados ainda são duvidosos, a moléstia deve ser amplamente examinada, pois trará consequências para o paciente se não for corretamente diagnosticada.²⁴ Em grande parte dos casos, os portadores se envergonham de seus atos, e sua capacidade crítica faz com que estes se manifestem apenas quando estão sozinhos, o que dificulta o diagnóstico.² Ademais, crianças são, em sua maioria, mais discretos sobre os sintomas que adultos.²³ No TOC, há a integração entre

ação e pensamento. Isso pode abalar os limites entre o real e mental. Assim, os enfermos creem que ter um pensamento negativo pode desencadear no seu acontecimento. Logo, a pessoa com TOC desencadeia a supressão de sentimentos negativos, para, em seu entendimento, evitar desgraças e calamidades. Entretanto, esse comportamento pode elevar os níveis de ansiedade.²

- Comorbidades

O termo comorbidade pode ser definido como a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si, com outras condições médicas gerais.²⁵ O TOC raramente ocorre sem alguma doença associada. Entretanto, não há como definir se a existência de comorbidades reflete a presença de diagnósticos distintos ou de sobreposição de sintomas.²⁴ Estudos indicam que há uma prevalência de transtorno bipolar ao longo da vida de pacientes adultos com TOC de 7,75%. O grupo TOC + transtorno bipolar também possui tendência a apresentar transtornos de ansiedade, transtorno dismórfico corporal, transtorno por uso de álcool, transtornos alimentares e transtornos de controle de impulso em geral. Este grupo requer uma terapia cuidadosa, porque apresenta características clínicas de maior gravidade, incluindo o risco de suicídio.²⁶ Entre as comorbidades apresentadas pelos indivíduos com TOC, a depressão é a mais comum. Pesquisas indicam que 67,2% dos pacientes com TOC desenvolveram depressão ao longo da vida, e 44% já apresentavam na época da pesquisa.²⁷ Além de aumentar a prevalência de sintomas de ansiedade, a disfunção cognitiva e o risco de suicídio estão aumentados em pessoas com TOC + depressão.²⁸ Outro dado relevante sobre os portadores de TOC está relacionado à alta taxa de suicídio no TOC. Estudos realizados com 582 pacientes brasileiros revelaram que 57% acreditavam que a vida não valia a pena; 43% desejavam a morte; 36% já apresentavam ideação suicida; 20% chegaram a planejar o suicídio e 11% já tentaram o suicídio em algum momento da vida.²⁹

Além destas, há relações entre TOC, transtornos alimentares e quadros fóbicos. Observa-se que, entre pacientes com TOC, 10% a 17% dos indivíduos desenvolvem anorexia nervosa; 11% a 18% desenvolvem fobia so-

cial e 22% a 27% desenvolvem fobias específicas.³⁰ Transtornos de desordem alimentar, bulimia nervosa e anorexia nervosa também podem ser observados em pacientes com características clínicas mais graves e que apresentam outro tipo de comorbidade.³¹

- Aspectos transculturais e sociais do TOC

Os aspectos sociais, culturais e familiares dos indivíduos envolvidos são alterados drasticamente em diversos processos patológicos. Muitas vezes, a adaptação e a compreensão por parte de seus pares são as principais características que precisam ser trabalhadas nesses pacientes. No Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), várias alterações no cotidiano dos portadores desse distúrbio acontecem. Em inúmeros casos, há a incapacidade de frequentar escolas e ambientes de trabalho devido às características do problema.³² Na esfera familiar, existe uma sobrecarga dos parentes mais próximos aos indivíduos com TOC. Isso se dá por causa de vários fatores. O sentimento de estar aprisionado à situação contribui para o surgimento de ansiedade e frustração nos cuidadores, pois os seus projetos pessoais são, frequentemente, deixados em segundo plano. Ademais, os pais, principalmente, desenvolvem uma grande preocupação em relação ao futuro dos filhos que apresentam essa patologia, porque os enxergam como pessoas dependentes de ajuda e atenção constantes. O medo de que seus filhos sofram preconceitos e sejam estigmatizados é uma realidade também existente. Todas essas situações requerem modificações de comportamento dos familiares para adaptar-se aos sintomas desses pacientes.³² Em pleno século XXI, a competitividade e a busca pela lucratividade são constantes. Diante disso, o ser humano com TOC enfrenta altos graus de desemprego. As características compulsivas desse desarranjo mental dificultam, em muitos casos, a manutenção da concentração, a habilidade de ler e escrever e, em consequência disso, há um pior desempenho no trabalho. Em outras situações, esses indivíduos ficam todo o tempo em casa para evitar os estímulos que lhes causam sofrimento. Dentro de tal cenário, as médias salariais e as oportunidades de emprego são menores. Por isso, existe uma grande dependência financeira da

família e insatisfação pessoal por parte dos portadores dessa patologia.³³ De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo é a 10ª causa de incapacidade no mundo. Em muitas doenças mentais, a compreensão da realidade é comprometida, assim, o sujeito afetado não entende a dimensão de seu problema. No TOC, ocorre a manutenção do raciocínio crítico, o que leva à sensação de “perda de controle” e insatisfação pessoal. Por causa desse e de outros fatores, inúmeros aspectos negativos são evidentes. Comparado a população geral, aqueles que apresentam tal desajuste psicológico tem menor índice de casamento ou união conjugal. As habilidades para a vida cotidiana são prejudicadas, e realizar tarefas simples pode ser um grande desafio. Somados, esses fatores deterioram a construção de tais indivíduos como pessoas e acarretam uma baixa autoestima.³⁴

- Terapia

Para a suavização da sintomatologia do TOC, a terapia se mostra uma escolha bastante. O questionamento e o enfrentamento das ideias obsessivas e compulsivas, com a ajuda profissional, constituem uma maneira de se esquivar dessa alteração comportamental e psicológica. A construção de um vínculo de confiança e respeito entre o paciente e o terapeuta é essencial. Cabe a este fazer uma análise de todos os fatores ambientais e sociais que interferem no doente.³⁵ Um dos procedimentos básicos é a exposição ao estímulo ansiogênico. Inicia-se com o enfrentamento de algo tolerável e, gradualmente, evolui para níveis onde os sintomas compulsivos são mais intensos. Através disso, o portador do TOC se acostuma mentalmente àquilo que lhe causa esquivas e, lentamente, o sofrimento desaparece. Outrossim, o debate de ideias e o exercício do raciocínio lógico também configuram modos de se “driblar” tal doença. Ao fazer a análise dos riscos temidos pela pessoa e os reais perigos, tem-se por objetivo montar um cenário contrastante em que seja claro para o paciente a distorção de realidade que reside em seu intelecto. Desse modo, a exacerbação emocional e as obsessões são diminuídas.³⁵ No condicionamento clássico, um estímulo neutro (cores, números, limpeza) ganha as

mesmas propriedades dos estímulos incondicionados se estiver repetidamente associado a estímulos incondicionados (medo, ansiedade, irritação). Em decorrência de tal fato, novas respostas são aprendidas pelo indivíduo, com a finalidade de atenuar a ansiedade, por exemplo esquivas e realizações rituais. Esse cenário é denominado condicionamento operante. No contexto do TOC, o condicionamento clássico não se mostra evidente, já o condicionamento operante é bastante plausível. O procedimento terapêutico citado acima é baseado nessa teoria e é chamado Exposição e Prevenção de Respostas (EPR).⁵ O modelo cognitivo também propõe uma explicação para os sintomas obsessivos-compulsivos. Segundo essa linha de raciocínio, as obsessões surgiriam a partir de interpretações errôneas e distorcidas de pensamentos que surgem no intelecto de toda a população em geral. Nos seres humanos que possuem TOC, esses pensamentos obsessivos são supervalorizados e mantidos na psique. Já as compulsões seriam consequência da crença dessas pessoas de que a responsabilidade pertence a elas caso algumas dessas ideias que lhes causam ansiedade e medo venham a ocorrer. Com isso, rituais e verificações constantes são desenvolvidas como uma forma de prevenir desastres futuros. Além disso, o portador desse distúrbio acredita que essas ações repetitivas e estereotipadas preveniriam problemas e, por isso, há a manutenção de tais práticas.⁵

Com base no que foi descrito acima, existe outra maneira de tratamento, a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC). Nessa perspectiva, o profissional busca compreender as crenças sobre a realidade que têm relação com o comportamento. A partir disso, o terapeuta irá trabalhar para substituir esses pensamentos por outros que ajudem o paciente a superar os seus medos e anseios. Assim, tem-se a reconstrução das crenças obsessivas.¹¹

Considerações Finais

Sob a perspectiva fisiopatológica, o TOC é uma patologia cuja origem advém de uma disfunção em alguns neurocircuitos cerebrais, os quais ainda não foram definidos. Entretanto, há basicamente três hipóteses que tentam elucidar a fisiopatologia do TOC: neurocircuitos anormais vinculados aos núcleos da base, neurocircuitos anormais associados sistema

límbico e neurotransmissores com disfunções. As obsessões e compulsões são as características mais comuns para o reconhecimento do transtorno. Porém, é fundamental realizar um intenso escrutínio para afirmar a existência da doença. Nos casos em que os dados ainda são duvidosos, a moléstia deve ser amplamente verificada, pois trará consequências para o paciente se não for corretamente diagnosticado. Por fim, vale ressaltar que o transtorno possui um impacto social significativo, afetando principalmente a família e os vínculos mais próximos do indivíduo com TOC. Os dados epidemiológicos sobre a associação do TOC com depressão, suicídio e ansiedade dão um impacto ainda maior ao distúrbio.

Referências

1. GONZALEZ, Christina Hajaj. Transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 21, p. 31-34, 1999.
2. TORRES, Albina R.; SMAIRA, Sumaia I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, p. 6-9, 2001.
3. ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição do; MERCADANTE, Marcos T. Transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 16-19, 2000.
4. WIELENSKA, Regina Christina. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, p. 62-64, 2001.
5. CORDIOLI, Aristides Volpato. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 30, p. s65-s72, 2008.
6. VALENTE JR, Antonio Augusto; BUSATTO FILHO, Geraldo. Aspectos neurorradiológicos do transtorno obsessivo-compulsivo: o papel dos gânglios da base. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, p. 42-45, 2001.
7. GORENSTEIN, Gabriela. Impacto do tratamento de crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo sobre a ansiedade parental, acomodação familiar e ambiente familiar. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
8. SHIVAKUMAR, Venktaram et al. Noninvasive brain stimulation in obsessive-compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*. V. 61, n. 1, p. 66-76, 2019.
9. NAKAO, Tomohiro; OKADA, Kayo; KANBA, Shigenobu. Neurobiological model of obsessive-compulsive disorder: Evidence from recent neuropsychological and neuroimaging findings. *Psychiatry and clinical neurosciences*, v. 68, n. 8, p. 587-605, 2014.
10. CORDIOLI, Aristides Volpato. TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo. Artmed Editora, 2014.
11. FERNANDES, Priscila Assumpção; CARVALHO, Marcele Regine de. Alterações Neurobiológicas Verificadas a partir do Tratamento com Terapia Cognitivo-comportamental no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 2, 2016.
12. OLIVEIRA, Adriana Gonçalves et al. Caracterização dos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo: um estudo epidemiológico. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 4, 2012.
13. DEL-PORTO, José Alberto. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, p. 3-5, 2001.
14. AGNOLETO, Thaynara Luzzi. Características das pessoas com Transtorno Obsessivo Compulsivo: revisão da literatura. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso.
15. HOUNIE, Ana Gabriela et al. Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, p. 13-16, 2001.
16. JASPERS-FAYER, Fern et al. Prevalence of a cute-on set subtypes in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, v. 27, n. 4, p. 332-341, 2017.
17. OREFICI, Graziella et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). In: *Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations* [Internet]. University of Oklahoma Health Sciences Center, 2016.
18. GELLER, Daniel A. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics*, v. 29, n. 2, p. 353-370, 2006.
19. MERCADANTE, Marcos Tomanik. Transtorno obsessivo-compulsivo, tiques, síndrome de Tourette e outros transtornos psiquiátricos em pacientes com febre reumática, com ou sem Coréia de Sydenham. 1999. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
20. RUSCIO, Ayelet M. et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 53-63, 2010.
21. LECKMAN, James F. et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, n. 7, p. 911-917, 1997.
22. GRAYBIEL, Ann M.; RAUCH, Scott L. Toward a neurobiology of obsessive compulsive disorder. *Neuron*, v. 28, n. 2, p. 343-347, 2000.
23. ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição do. Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e na adolescência. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, p. 24-26, 2001.
24. PETRIBÚ, Kátia. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, p. 17-20, 2001.
25. JÚNIOR, Alberto Stoppe; CORDÁS, Táki Athanássios. Depressão e ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 59, n. 4, p. 221-228, 2002.
26. CASTRO, Mariana de Souza Domingues. Comorbidade do transtorno bipolar em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: prevalência e fatores associados. 2018.
27. QUARANTINI, Lucas C. et al. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive psychiatry*, v. 52, n. 4, p. 386-393, 2011.
28. RODRIGUES, Ramônica Rabêlo. Comorbidade entre Depressão Maior e Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Revisão da Literatura, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/8104>.
29. TORRES, ALBINA RODRIGUES et al. Epidemiology, comorbidity, and burden of OCD. *Obsessive-compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment*, 2017.
30. CORREGIARI, Fábio M. et al. Transtorno obsessivo-compulsivo e fobia alimentar: aspectos psicopatológicos e terapêuticos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, n. 1, p. 23-25, 2000.
31. SALLET, Paulo C. et al. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders*, v. 43, n. 4, p. 315-325, 2010.
32. SOARES NETO, Eduardo Batista; TELES, João Batista Mendes; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 38, n. 2, p. 47-52, 2011.

33. TORRESAN, Ricardo Cezar et al. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 35, n. 1, p. 13-19, 2008.

34. SCHOLL, Carolina Coelho et al. Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo com usuários da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1353-1360, 2017.

35. WIELENSKA, Regina Christina. Terapia comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 23, p. 62-64, 2001.