

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e
Cuidado na Sociedade Moderna

Capítulo 21

Edição XXX

ESPECTRO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

AMANDA TUROSSI FERRO¹
ANA KAROLINY CAVALLIN OLIVEIRA LUZ¹
ANA LAURA BELTRAME DUARTE¹
BRUNO MARON LEWE¹
CECÍLIA VITÓRIA TONIN¹
EDUARDO BAUERMANN¹
EDUARDO BORTOLUZZI CORRÊA¹
ELLEN REICHERT PARMIGIANI¹
GABRIEL VERONEZE CANTELLI¹
GABRIELA SANCHEZ TESCHE¹
JOANA GABBI ANTONELLO¹
JOANA PAULETTI PRESTES MARTINEZ¹
LAURA TREVISAN GOPINGER¹
LAVÍNIA DOSSA CANALLI¹
LEONARDO DE FREITAS PEDROSO¹

¹Discente - Medicina na Universidade de Passo Fundo.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Psiquiatria; Revisão de Bibliografia.

DOI:

10.59290/2021010269

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) configura-se como uma condição psiquiátrica complexa associada a um significativo prejuízo funcional e intenso sofrimento psíquico. Embora sua definição essencial seja compartilhada pelos principais sistemas nosológicos, a transição entre as classificações da CID-11 e do DSM-5 revela nuances conceituais importantes, tanto na finalidade atribuída às compulsões quanto na sofisticação da avaliação do grau de insight do paciente e na investigação de especificadores clínicos, como o histórico de tiques (CERVIN, 2023).

Para além dos sintomas nucleares, a prática clínica se depara com uma marcante heterogeneidade fenotípica, uma vez que a ocorrência de comorbidades atinge cerca de dois terços dos indivíduos ao longo da vida (SHARMA *et al.*, 2021). A interface do TOC com transtornos do neurodesenvolvimento impõe desafios diagnósticos e terapêuticos adicionais, destacando-se a complexa relação com o TDAH e a Síndrome de Tourette. Enquanto a sobreposição com o TDAH exige uma cuidadosa diferenciação entre a rigidez compulsiva e a espontaneidade dos comportamentos impulsivos (EFE *et al.*, 2022), a associação com os tiques consolida um sub-tipo biológico e clínico altamente prevalente em populações pediátricas masculinas, denominada Tourettic OCD (KATZ *et al.*, 2022). Essa elevada taxa de coexistência com outras condições psiquiátricas reforça a necessidade de ultrapassar visões estritamente isoladas, demandando abordagens dimensionais e integradas para o refinamento do diagnóstico diferencial.

O suporte para essa visão multidimensional provém dos recentes e expressivos avanços nas áreas de neurociência e genética, que têm desvelado a fisiopatologia do TOC a partir da interação entre fatores genéticos, epigenéticos e

ambientais (WANG *et al.*, 2023). Do ponto de vista biológico, o modelo tradicionalmente focado na via serotoninérgica expandiu-se para uma herança poligênica de circuitos integrados — como o sistema glutamatérgico — e para disfunções estruturais e funcionais nos circuitos córtico-estriato-tálamo-corticais (CSTC) (ZHANG; SHI; WANG, 2024). A convergência entre o uso de polygenic risk scores (PRS) para predição de risco (DHIMAN *et al.*, 2025) e o mapeamento dessas redes neurais não apenas justifica o compartilhamento de mecanismos biológicos comuns com outros transtornos, mas também impulsiona a transição em direção à psiquiatria de precisão, abrindo caminho para o desenvolvimento de técnicas de neuromodulação aprimoradas e farmacoterapias individualizadas.

MÉTODO

A elaboração deste capítulo sobre o espectro do Transtorno Obsessivo-Compulsivo será baseada em revisão narrativa da literatura com abordagem crítica e integrativa. A busca bibliográfica será realizada nas bases PubMed, SciELO e LILACS, utilizando descritores como “*obsessive-compulsive disorder*”, “*OCD spectrum*”, “*compulsions*”, “*obsessions*” e “*related disorders*”, combinados por operadores booleanos. Serão incluídos estudos publicados preferencialmente nos últimos 10 anos, incluindo revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos e diretrizes internacionais. Estudos clássicos serão considerados para fundamentação teórica. Os critérios de inclusão abrangerão pesquisas envolvendo adultos e adolescentes com TOC ou transtornos relacionados, com foco em aspectos clínicos, neurobiológicos e terapêuticos. Serão excluídos estudos com baixa qualidade metodológica ou foco não relacionado ao espectro do transtorno. A análise será conduzida de forma descritiva e

comparativa, enfatizando a heterogeneidade clínica, mecanismos fisiopatológicos e eficácia das intervenções terapêuticas. A síntese final buscará integrar evidências contemporâneas, contribuindo para a prática clínica baseada em evidências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Bases neurobiológicas e genéticas

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica associada a significativo prejuízo funcional. Nas últimas décadas, avanços nas áreas de neurociência e genética têm permitido uma compreensão mais integrada de sua fisiopatologia, destacando a interação entre fatores genéticos, epigenéticos e alterações em circuitos neurais específicos (WANG *et al.*, 2023; ZHANG; SHI; WANG, 2024; DHIMAN *et al.*, 2025).

Do ponto de vista genético, o TOC é atualmente compreendido como um transtorno de herança complexa e poligênica. Estudos recentes demonstram que múltiplos genes de pequeno efeito contribuem para a suscetibilidade ao transtorno, incluindo aqueles relacionados à neurotransmissão serotoninérgica, glutamatérgica e dopaminérgica, como SLC1A1, COMT e BDNF (WANG *et al.*, 2023). Nesse contexto, o uso de *polygenic risk scores* (PRS) tem emergido como uma ferramenta promissora para estimar o risco individual, permitindo a integração de múltiplas variantes genéticas em modelos preditivos mais robustos (DHIMAN *et al.*, 2025).

Além da contribuição genética direta, evidências recentes enfatizam a importância da interação entre genes e ambiente (*gene-environment interaction*). Fatores ambientais, especialmente eventos adversos precoces, como trauma na infância e estresse crônico, podem modular a expressão gênica por mecanismos epigenéticos, influenciando o desenvolvimento do TOC (WANG *et al.*, 2023). Esses achados

reforçam a ideia de que a vulnerabilidade ao transtorno não depende exclusivamente da carga genética, mas também da exposição a fatores ambientais ao longo da vida.

No âmbito neurobiológico, destaca-se o papel central dos circuitos córtico-estriato-tálamo-corticais (CSTC) na fisiopatologia do TOC. Alterações funcionais e estruturais nesse circuito, particularmente envolvendo o córtex orbitofrontal, o corpo estriado e o tálamo, estão consistentemente associadas à geração e manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos (ZHANG; SHI; WANG, 2024). Estudos transacionais recentes, incluindo modelos animais, têm permitido correlacionar alterações genéticas específicas com disfunções nesses circuitos, estabelecendo uma ligação mais direta entre genes, atividade neural e comportamento.

Ademais, pesquisas contemporâneas têm evidenciado o papel de sistemas neurotransmissores além da serotonina, tradicionalmente implicada no TOC. O sistema glutamatérgico, por exemplo, tem sido amplamente estudado, com evidências de sua participação na modulação da excitabilidade sináptica nos circuitos CSTC (ZHANG; SHI; WANG, 2024). Essa ampliação do modelo neuroquímico contribui para o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, incluindo intervenções farmacológicas direcionadas e técnicas de neuromodulação.

Outro avanço relevante refere-se à integração entre achados genéticos e manifestações clínicas, permitindo a identificação de sobreposições com outros transtornos psiquiátricos. Estudos indicam o compartilhamento de fatores genéticos entre TOC, transtornos de ansiedade, depressão e transtornos alimentares, sugerindo a existência de mecanismos biológicos comuns (DHIMAN *et al.*, 2025). Essa perspectiva dimensional pode contribuir para a reformulação de classificações diagnósticas e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais individualizadas.

Nesse contexto, destaca-se o potencial da farmacogenômica e da psiquiatria de precisão. A identificação de perfis genéticos específicos pode, no futuro, orientar a escolha de tratamentos mais eficazes e com menor risco de efeitos adversos, representando uma mudança significativa no manejo clínico do TOC (DHIMAN *et al.*, 2025). Paralelamente, intervenções baseadas em neuromodulação, como a estimulação cerebral profunda (*deep brain stimulation*), têm sido aprimoradas a partir do melhor entendimento dos circuitos neurais envolvidos (ZHANG; SHI; WANG, 2024).

Em síntese, os avanços recentes nas bases neurobiológicas e genéticas do TOC evidenciam que o transtorno resulta da complexa interação entre múltiplos fatores biológicos e ambientais. A integração entre genética, epigenética e neurocircuitos tem ampliado significativamente a compreensão de sua fisiopatologia, abrindo caminho para abordagens diagnósticas e terapêuticas mais precisas e eficazes. Esses progressos reforçam a importância de modelos multidimensionais na psiquiatria contemporânea, especialmente no estudo de transtornos complexos como o TOC.

Classificação

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) configura-se como uma condição psiquiátrica caracterizada, fundamentalmente, pela presença de obsessões e compulsões, consideradas os principais elementos clínicos do transtorno. As obsessões correspondem a pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes, persistentes, intrusivos e indesejados, frequentemente associados a conteúdos irracionais, como o medo de causar danos a si próprio ou a terceiros, receio excessivo de contaminação, dúvidas patológicas, pensamentos agressivos, sexuais ou religiosos. Tais manifestações desencadeiam intenso sofrimento psíquico, acompanhado por elevados níveis de ansiedade, nojo ou sensação de incompletude. Em geral, o indivíduo tenta ignorar,

suprimir ou neutralizar essas obsessões por meio de outros pensamentos ou comportamentos repetitivos (HERVAS, 2025).

As compulsões, por sua vez, constituem respostas comportamentais ou mentais realizadas de maneira repetitiva e ritualizada, com a finalidade de minimizar ou neutralizar a ansiedade provocada pelas obsessões, bem como prevenir eventos ou situações temidas. Essas manifestações incluem comportamentos repetitivos, como lavagem excessiva das mãos, verificação, ordenação e repetição, além de atos mentais, como contar, rezar ou repetir palavras silenciosamente. Embora proporcionem alívio temporário da ansiedade, não produzem prazer e frequentemente apresentam caráter excessivo ou desconectado de maneira realista da ameaça temida (APA, 2022; HIRSCHTRITT; BLOCH; MATHEWS, 2017; HERVAS, 2025).

As dimensões sintomáticas do TOC apresentam relativa estabilidade clínica e podem ser agrupadas em diferentes domínios fenomenológicos. Entre os mais frequentes destacam-se: obsessões de contaminação associadas a compulsões de limpeza; obsessões de simetria acompanhadas de comportamentos de ordenação, repetição ou contagem; pensamentos proibidos ou tabu, envolvendo conteúdos agressivos, sexuais ou religiosos; e medos relacionados à possibilidade de causar dano, associados a compulsões de verificação (APA, 2022).

Os critérios diagnósticos relacionados às obsessões encontram-se fundamentados tanto na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) quanto na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Ambos os sistemas classificatórios reconhecem que as obsessões podem manifestar-se sob a forma de pensamentos, imagens, impulsos ou desejos persistentes e intrusivos, percebidos pelo indivíduo como irracionais ou indesejados, ocasionando sofrimento significativo e prejuízo funcional. Além disso, os sintomas devem consumir tempo substancial

— geralmente mais de uma hora por dia — ou provocar prejuízo clinicamente relevante nas atividades sociais, ocupacionais e pessoais (CERVIN, 2023; APA, 2022).

No que concerne às compulsões, observa-se a existência de distinções conceituais entre a CID-11 e o DSM-5-TR. A CID-11 define as compulsões como “comportamentos ou rituais repetitivos, incluindo atos mentais repetitivos, que o indivíduo se sente compelido a realizar em resposta a uma obsessão”. O DSM-5-TR, embora semelhante, enfatiza que tais comportamentos são executados para prevenir ou reduzir sofrimento psíquico ou evitar situações temidas. Ademais, a CID-11 ampliou as experiências afetivas associadas ao TOC para além da ansiedade, incluindo sentimentos de nojo e incompletude, enquanto o DSM-5-TR mantém maior ênfase sobre ansiedade e sofrimento emocional (MARRAS; FINEBERG; PALLANTI, 2016; STEIN *et al.*, 2016).

Outra mudança classificatória relevante refere-se à reorganização nosológica do transtorno. Enquanto a CID-10 classificava o TOC entre os transtornos de ansiedade, tanto o DSM-5 quanto a CID-11 passaram a incluí-lo em um capítulo próprio denominado “Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados”, reconhecendo que a compulsividade representa o núcleo psicopatológico central do transtorno, e não apenas a ansiedade (MARRAS; FINEBERG; PALLANTI, 2016; STEIN *et al.*, 2016).

Os transtornos pertencentes ao espectro obsessivo-compulsivo incluem, além do TOC, o transtorno dismórfico corporal, transtorno de acumulação, tricotilomania, transtorno de escoriação e outros transtornos relacionados. A CID-11 também incorpora hipocondria e transtorno de referência olfativa nesse espectro diagnóstico. Estudos genéticos sugerem que esses transtornos compartilham fatores comuns de suscetibilidade biológica, especialmente entre TOC, transtorno dismórfico corporal e acumu-

lação, embora existam componentes específicos relacionados aos transtornos de comportamento repetitivo focado no corpo, como tricotilomania e escoriação (MONZANI *et al.*, 2014).

Após a confirmação diagnóstica do TOC, torna-se imprescindível a avaliação do grau de “insight” do paciente, compreendido como a capacidade de reconhecer o caráter irracional, exagerado ou infundado das obsessões e compulsões. Na CID-11, o insight é classificado em “razoável a bom” ou “ruim a ausente”. Em contrapartida, o DSM-5 apresenta uma classificação mais detalhada, subdividindo-o em “bom ou razoável”, “ruim” ou “ausente”. Além disso, o DSM-5 estabelece associação entre o TOC e a presença de tiques, recomendando a investigação de histórico relacionado a tais manifestações, aspecto não contemplado pela CID-11 (CERVIN, 2023).

Diagnóstico e comorbidades

Dentro da abordagem clínica do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), o processo diagnóstico e a investigação de comorbidades assumem papel central, especialmente diante da heterogeneidade de apresentações e do impacto funcional associado ao transtorno.

O diagnóstico do TOC é essencialmente clínico e baseia-se nos critérios estabelecidos pelo DSM-5, que o classifica no grupo dos Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados, destacando sua autonomia em relação aos transtornos de ansiedade (FINEBERG *et al.*, 2022). As obsessões correspondem a pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes, intrusivos e indesejados, que geram ansiedade ou desconforto marcante, enquanto as compulsões consistem em comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados com o objetivo de reduzir esse desconforto ou prevenir eventos temidos (FINEBERG *et al.*, 2022).

Para que o diagnóstico seja estabelecido, é necessário que tais sintomas sejam persistentes, consumam tempo significativo ou causem

prejuízo funcional relevante, além de não serem atribuíveis a efeitos de substâncias ou outras condições médicas. A avaliação clínica deve ainda considerar o grau de insight do paciente em relação aos sintomas, bem como a presença de especificadores, como o subtipo relacionado a tiques, que pode influenciar tanto o prognóstico quanto a escolha terapêutica (FINEBERG *et al.*, 2022).

Estudos recentes reforçam que a distinção do TOC como entidade própria reflete diferenças neurobiológicas e clínicas importantes, contribuindo para abordagens diagnósticas mais precisas e intervenções mais direcionadas (FINEBERG *et al.*, 2022).

A ocorrência de comorbidades no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é altamente prevalente. Evidências recentes indicam que aproximadamente dois terços dos indivíduos acometidos pelo transtorno apresentam, ao longo da vida, ao menos uma condição psiquiátrica associada (SHARMA *et al.*, 2021). Dentre as comorbidades mais frequentemente observadas, destacam-se o transtorno depressivo maior, os transtornos de ansiedade, os transtornos de personalidade e os transtornos do neurodesenvolvimento, especialmente o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e os transtornos de tiques (SHARMA *et al.*, 2021).

Observa-se que a distribuição dessas comorbidades varia conforme a faixa etária: em crianças e adolescentes há maior prevalência de transtornos do neurodesenvolvimento, enquanto em adultos predominam os transtornos de humor e ansiedade. A presença de comorbidades está associada a maior gravidade clínica, maior cronicidade, pior resposta ao tratamento e maior impacto funcional, o que ressalta a importância de uma avaliação abrangente e integrada. Além disso, diferentes padrões de comorbidade podem refletir distintos subtipos do TOC, sugerindo heterogeneidade etiológica e clínica (SHARMA *et al.*, 2021).

A relação entre TOC e TDAH é complexa e envolve tanto sobreposições quanto contrastes marcantes. Embora os dois transtornos apresentem características aparentemente opostas, o TOC associado a rigidez, controle excessivo e comportamentos repetitivos, e o TDAH caracterizado por impulsividade, desatenção e desorganização, estudos mostram uma taxa significativa de comorbidade, especialmente em populações pediátricas. A coexistência dessas condições está relacionada à maior gravidade dos sintomas, curso mais crônico do TOC e maior presença de outros transtornos associados, como transtornos de conduta e tiques. Do ponto de vista neurobiológico, há evidências de alterações compartilhadas em circuitos córtico-estriatais, o que pode explicar parcialmente essa associação (EFE *et al.*, 2022).

Clinicamente, a diferenciação entre compulsões e comportamentos impulsivos é fundamental: enquanto as compulsões são realizadas com a finalidade de aliviar ansiedade ou evitar um evento temido, os comportamentos impulsivos do TDAH ocorrem de forma mais espontânea e sem necessariamente estarem vinculados a um alívio emocional subsequente. Essa distinção é essencial para o diagnóstico diferencial e para o planejamento terapêutico adequado (EFE *et al.*, 2022).

A associação entre TOC e síndrome de Tourette representa uma das relações mais bem estabelecidas dentro da psiquiatria, sendo reconhecida inclusive nos critérios diagnósticos atuais por meio do especificador relacionado a tiques. Uma proporção significativa de indivíduos com TOC apresenta histórico de tiques motores ou vocais, sugerindo uma base neurobiológica compartilhada (KATZ *et al.*, 2022). Estudos recentes descrevem um fenótipo específico denominado “TOC associado à Tourette” ou “Tourettic OCD”, caracterizado por uma sobreposição entre compulsões e tiques. Nesses casos, os comportamentos podem apresentar características híbridas, dificultando sua classi-

ficação precisa, e frequentemente estão associados a impulsos sensoriais premonitórios. Esse subtipo costuma ter início mais precoce, maior predominância no sexo masculino e associação com outros transtornos do neurodesenvolvimento (KATZ *et al.*, 2022).

A compreensão dessa interface tem importantes implicações clínicas, uma vez que esses pacientes podem apresentar respostas terapêuticas distintas e frequentemente necessitam de abordagens combinadas, incluindo intervenções farmacológicas e terapias comportamentais específicas (KATZ *et al.*, 2022).

O TOC, portanto, configura-se como um transtorno heterogêneo, cujo diagnóstico exige uma avaliação clínica cuidadosa e abrangente. A elevada frequência de comorbidades, especialmente com TDAH e síndrome de Tourette, evidencia a importância de uma abordagem dimensional e integrada, que considere não apenas os sintomas nucleares, mas também as interações com outros transtornos. A compreensão dessas relações contribui significativamente para o diagnóstico diferencial, para a escolha de estratégias terapêuticas mais eficazes e para a melhoria do prognóstico dos pacientes.

Estratégias de tratamento

Antes de se começar a tratar o transtorno obsessivo compulsivo (TOC), é necessário avaliar qual método de tratamento é o mais adequado para o caso do paciente. Normalmente, as modalidades consistem em um medicamento inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS) e em terapia cognitivo comportamental com exposição e prevenção de resposta (TCC/ERP) (PHILLIPS, 2025).

Em sintomas leves e moderados, é mais adequado começar o tratamento com TCC/ERP, já que essa abordagem não expõe o paciente aos efeitos colaterais da medicação. Medicamentos podem ser úteis em pacientes que não querem ou não podem participar da TCC/ERP, ou que já responderam bem à medicação no passado.

Além disso, a farmacoterapia pode ser preferida caso o paciente apresentar algum transtorno psiquiátrico que responda a ISRS (PHILLIPS, 2025).

Já em casos de TOC grave ou tendência suicida, é preferido o uso combinado da TCC/ERP e ISRS, já que é mais eficaz em relação à monoterapia. Normalmente, é avaliada a gravidade clínica com a Escala de Impressão Clínica Global (CGI) e/ou a Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) (PHILLIPS, 2025).

O tratamento medicamentoso escolhido é feito dentro da classe dos ISRS, mas o medicamento em si é escolhido com base nas preferências do paciente. Por exemplo, se um paciente está receoso de ganhar peso com a medicação, é preferível evitar a paroxetina. Em pacientes idosos (≥ 65 anos), não é recomendado o uso de escitalopram, devido à preocupação com a condução cardíaca. Em resumo, a eficácia dos medicamentos é equiparável, portanto, sua escolha é feita com base nos efeitos adversos (PHILLIPS, 2025).

Para evitar efeitos adversos e aumentar a tolerabilidade do tratamento, é indicado o início do tratamento com a menor dose inicial recomendada, ajustando a dose cerca de duas vezes ao mês, até a dose alvo ser atingida. Se os sintomas do paciente estiverem melhorando, mesmo que em uma dose menor do que a entendida, é recomendado monitorar a resposta do paciente por um tempo maior antes de aumentar a dose. Por outro lado, caso o indivíduo tenha histórico de sensibilidade a efeitos colaterais, transtorno do pânico ou transtorno de ansiedade de doença, é indicado começar com uma dose inicial mais baixa ainda, aumentando a cada 7 a 10 dias, conforme for tolerado (PHILLIPS, 2025).

É definida uma resposta ao tratamento medicamentoso quando há uma diminuição de 35% na escala Y-BOCS, e remissão como uma pontuação no Y-BOCS ≤ 12 . Já uma resposta

parcial é categorizada por uma redução entre 25% e 35% na Y-BOCS. Dessa forma, é importante revisar os sintomas, assim como o seu efeito no funcionamento do paciente (PHILLIPS, 2025).

A TCC está indicada em todos os níveis de TOC, mas sua taxa de sucesso depende tanto da compreensão do paciente quanto do nível de consciência acerca de seus sintomas. O modelo conceitual da TCC propõe que as intrusões (ideias, imagens ou impulsos indesejados) se transformam em obsessões angustiantes e demoradas. Essas intrusões normalmente tem origem do ambiente externo, e refletem as preocupações dos pacientes (ABRAMOWITZ, 2026).

Quanto aos mecanismos da TCC, elas podem agir corrigindo crenças disfuncionais (sendo essas uma das bases do TOC), ajudando o paciente a desenvolver autoconfiança e aumentando a exposição a estímulos que o paciente tem dificuldade de confrontar. Essas técnicas ajudam a otimizar o aprendizado de segurança, melhorar sua resposta a estímulos ansiosos e aprimorar a sua capacidade em superar os medos antes evitados (ABRAMOWITZ, 2026).

A TCC pode ser otimizada em regime ambulatorial, em regime intensivo ou em ambientes residenciais ou de internação. As formas mais úteis consistem em algumas horas de avaliação, planejamento do tratamento e psicoeducação, seguido de 16 sessões de 90 a 120 minutos, duas vezes por semana. A duração do tratamento é de cerca de 8 semanas. Dependendo da apresentação dos sintomas do paciente e da viabilidade de confrontar situações temidas reais, o tempo de tratamento pode variar, e incluir práticas de exposição real ou imaginária (ABRAMOWITZ, 2026). No entanto, mesmo após o término da terapia cognitivo comportamental, a maioria dos pacientes ainda apresenta sintomas residuais. Ainda assim, o comprometimento funcional do paciente e sofrimento podem ser minimizados com as técnicas que o

paciente aprendeu na terapia, sem depender de ela estar em curso ou já ter terminado (ABRAMOWITZ, 2026).

Além disso, outras estratégias terapêuticas têm sido empregadas em casos de TOC refratário aos métodos tradicionais, incluindo a utilização de diferentes abordagens farmacológicas e técnicas de neuromodulação. No âmbito farmacológico, estudos demonstram eficácia de fármacos como a clomipramina (antidepressivo tricíclico) e bem como do uso adjuvante de antipsicóticos com o objetivo de potencializar a resposta terapêutica (PHILLIPS, 2025). No campo da neuromodulação, destaca-se a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), técnica aprovada pelo *Food and Drug Administration* para o tratamento do TOC. As principais regiões cerebrais-alvo na modalidade de estimulação magnética transcraniana profunda (dTMS) incluem estruturas da linha média, como o córtex pré-frontal medial e o córtex cingulado anterior, áreas reconhecidamente hiperativas nesse transtorno. Ademais, a EMT tem sido associada à redução da hiperconectividade funcional, achado que se correlaciona com melhora nos escores da Y-BOCS. Por fim, a Estimulação Cerebral Profunda (ECP) também constitui uma opção terapêutica para casos de TOC grave e refratário a outros tratamentos. Entretanto, trata-se de um método invasivo, cujas evidências ainda são consideradas limitadas até o momento (GOODMAN *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e os transtornos relacionados que compõem seu espectro constituem um grupo de condições psiquiátricas complexas, caracterizadas por significativa heterogeneidade clínica, elevada carga de sofrimento e importante impacto funcional. Ao longo das últimas décadas, avanços expressivos nas áreas de neurociência, genética e psicopatologia permitiram uma compreensão

mais abrangente de sua fisiopatologia, evidenciando a participação integrada de fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e neurobiológicos. Nesse contexto, o reconhecimento do papel dos circuitos córtico-estriato-tálamo-corticais e da interação entre sistemas neurotransmissores, especialmente serotoninérgicos, dopaminérgicos e glutamatérgicos, contribuiu para o refinamento dos modelos explicativos do transtorno (ABRAMOWITZ, 2026; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

A evolução dos sistemas classificatórios também representou um marco importante, consolidando o conceito de espectro obsessivo-compulsivo e reconhecendo a existência de características compartilhadas entre o TOC e condições relacionadas, como transtorno dismórfico corporal, transtorno de acumulação, tricotilomania e transtorno de escoriação. Essa perspectiva dimensional favorece uma abordagem diagnóstica mais abrangente e permite melhor compreensão das sobreposições clínicas e biológicas observadas entre diferentes transtornos psiquiátricos (ABRAMOWITZ, 2026; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Do ponto de vista clínico, o diagnóstico permanece fundamentado na identificação criteriosa das obsessões, compulsões e seus impactos sobre a funcionalidade do indivíduo. A elevada frequência de comorbidades, particularmente com transtornos de ansiedade, depressão, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e síndrome de Tourette, reforça a necessidade de avaliações multidimensionais que contemplem não apenas os sintomas centrais, mas também fatores associados capazes de influenciar o prognóstico e a resposta terapêutica (ABRAMOWITZ, 2026; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Em relação ao tratamento, as evidências científicas atuais sustentam a terapia cognitivo-

comportamental com exposição e prevenção de resposta e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina como estratégias de primeira linha. Além disso, abordagens complementares, incluindo potencialização farmacológica e técnicas de neuromodulação, têm ampliado as possibilidades terapêuticas para pacientes com quadros refratários, contribuindo para melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida.

As perspectivas futuras apontam para uma crescente incorporação dos princípios da psiquiatria de precisão no manejo do TOC. O desenvolvimento de ferramentas baseadas em biomarcadores genéticos, neuroimagem funcional e perfis neurocognitivos poderá permitir a identificação precoce de indivíduos em risco, bem como a personalização das estratégias terapêuticas de acordo com características biológicas específicas. Paralelamente, avanços na farmacogenômica e na compreensão dos mecanismos moleculares envolvidos na fisiopatologia do transtorno poderão favorecer a seleção mais precisa de tratamentos, reduzindo o tempo necessário para obtenção de resposta clínica e minimizando efeitos adversos (ABRAMOWITZ, 2026; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

Adicionalmente, novas modalidades de neuromodulação e intervenções digitais, incluindo terapias mediadas por tecnologia, monitoramento remoto de sintomas e ferramentas baseadas em inteligência artificial, apresentam potencial para ampliar o acesso ao tratamento e otimizar o acompanhamento longitudinal dos pacientes. Embora muitos desses recursos ainda necessitem de validação por estudos de longo prazo, seu desenvolvimento representa uma promissora fronteira para a pesquisa e para a prática clínica.

Dessa forma, a compreensão contemporânea do espectro obsessivo-compulsivo transcende modelos exclusivamente categóricos e

reforça a necessidade de abordagens integradas, multidisciplinares e individualizadas. A continuidade das investigações sobre os mecanismos biológicos, psicológicos e ambientais envolvidos no TOC será fundamental para o aprimora-

mento dos métodos diagnósticos e terapêuticos, contribuindo para a redução do sofrimento associado ao transtorno e para a promoção de melhores resultados clínicos e funcionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOWITZ, J. S. Obsessive-compulsive disorder in adults: psychotherapy. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2026.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.
- CERVIN, M. Obsessive-compulsive disorder: diagnosis, clinical features, nosology, and epidemiology. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 46, n. 1, p. 1–16, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.006>.
- DHIMAN, A. *et al.* Hereditary patterns and genetic associations in obsessive-compulsive disorder (OCD): neuropsychiatric insights, genetic influences, and treatment perspectives. *Current Gene Therapy*, v. 25, n. 3, p. 257–316, 2025.
- EFE, A. *et al.* The impact of attention deficit hyperactivity disorder comorbidity on pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, v. 32, n. 3, p. 170–178, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1089/cap.2021.0123>.
- ELLIOTT, S. J.; MARSHALL, D.; MORLEY, K. *et al.* Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder (OCD) in individuals with autism spectrum disorder (ASD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012664.pub2>.
- FINEBERG, N. A. *et al.* The size, burden and cost of disorders of the brain in Europe 2010 revisited: the impact of obsessive-compulsive and related disorders. *European Neuropsychopharmacology*, v. 55, p. 123–150, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.01.002>.
- FIRST, M. B.; GAEBEL, W.; MAJ, M. *et al.* An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, v. 20, n. 1, p. 34–51, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20820>.
- GOODMAN, W. K.; STORCH, E. A.; SHETH, S. A. Harmonizing the neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, v. 178, n. 1, p. 17–29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111601>.
- HERVÁS, A. Trastornos del espectro autista (TEA) y trastorno obsesivo compulsivo (TOC): nuevo enfoque desde el DSM-5-TR y su abordaje. *Medicina (Buenos Aires)*, v. 85, supl. 1, p. 36–41, 2025.
- HIRSCHTRITT, M. E.; BLOCH, M. H.; MATHEWS, C. A. Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *JAMA*, v. 317, n. 13, p. 1358–1367, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.2200>.
- KATZ, T. C. *et al.* Tourette obsessive-compulsive disorder: current understanding and treatment challenges. *Frontiers in Psychiatry*, v. 13, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.845678>.
- MARRAS, A.; FINEBERG, N.; PALLANTI, S. Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, v. 21, n. 4, p. 324–333, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1092852916000020>.
- MONZANI, B.; RIJSDIJK, F.; HARRIS, J.; MATAIX-COLS, D. The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA Psychiatry*, v. 71, n. 2, p. 182–189, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.282>.
- PHILLIPS, K. A. Obsessive-compulsive disorder in adults: treatment overview. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2025.
- SHARMA, E. *et al.* Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643152>.
- STEIN, D. J.; KOGAN, C. S.; ATMACA, M. *et al.* The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *Journal of Affective Disorders*, v. 190, p. 663–674, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.019>.

WANG, L. *et al.* Relationship between gene-environment interaction and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, v. 164, p. 281–290, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.012>.

ZHANG, Y.-D.; SHI, D.-D.; WANG, Z. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder from genes to circuits: insights from animal models. *Neuroscience Bulletin*, v. 40, n. 12, p. 1975–1994, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12264-024-00987-2>.