



## **ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)**

Isadora Veras Araújo Soares<sup>1</sup>, Arianne Pires Nunes Batista<sup>1</sup>, Ariela Karollyny Santos Silva<sup>1</sup>, Pedro Augusto Cirilo de Medeiros<sup>2</sup>, Gabriel Gama Batista<sup>3</sup>, Renata Meirelles de Oliveira Soares Vieira Ferreira<sup>4</sup>, Graziela Giongo da Silva<sup>5</sup>, Thania Valéria Carlos Santos<sup>6</sup>

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **RESUMO**

Apresenta-se uma revisão integrativa de literatura acerca do transtorno obsessivo - compulsivo (TOC), seus aspectos clínicos, epidemiológicos, bem como o impacto dessa condição na vida do indivíduo. Essa condição caracteriza-se pela presença de comportamentos obsessivos além de compulsões de maneira recorrente. Geralmente, esses comportamentos se assemelham a rituais, que diferente da mania, consome tempo, o que acaba provocando sofrimento e até mesmo prejuízo para o portador da doença. Utilizam-se critérios diagnósticos para definir o quadro, que pode coexistir com outras comorbidades. Há necessidade de uma equipe multidisciplinar para intervir na melhoria e na qualidade de vida dos pacientes, assim como um tratamento voltado para os vários aspectos que esse transtorno apresenta.

**Palavras-chave:** Transtorno obsessivo-compulsivo, clínica, epidemiologia.

## CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER (OCD)

### ABSTRACT

An integrative literature review is presented on obsessive-compulsive disorder (OCD), its clinical and epidemiological aspects, as well as the impact of this condition on the individual's life. This condition is characterized by the presence of obsessive behaviors as well as recurrent compulsions. Generally, these behaviors resemble rituals, which, unlike mania, are time-consuming, which ends up causing suffering and even harm to the sufferer. Diagnostic criteria are used to define the condition, which can coexist with other comorbidities. There is a need for a multidisciplinary team to intervene to improve patients' quality of life, as well as treatment aimed at the various aspects of this disorder.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder, clinical, epidemiology.

**Instituição afiliada** – 1- Centro Universitário Uninovafapi; 2- Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; 3- Uniredentor - Afya; 4- Unigranrio- Afya; 5- Centro Universitário São Lucas; 6- Faculdade de Ensino Superior da Amazônia - Afya

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 02 de Maio e publicado em 22 de Junho de 2024.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1626-1638>

**Autor correspondente:** Isadora Veras Araújo Soares [isadora.veras@hotmail.com](mailto:isadora.veras@hotmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## **INTRODUÇÃO**

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica crônica, altamente prevalente e associada a relevante incapacidade. Como o próprio nome sugere, O TOC é caracterizado principalmente pela presença de obsessões (pensamentos intrusivos e perturbadores), compulsões (comportamentos ou atos mentais repetitivos), ou ambas. As obsessões e compulsões são normalmente angustiantes, consomem tempo e prejudicam a rotina dos indivíduos (BORGES, 2023).

O TOC é frequentemente associado a um funcionamento interpessoal e ocupacional acentuadamente prejudicado. Seus sintomas são geralmente agrupados naqueles que envolvem (1) pensamentos agressivos e comportamentos de verificação, (2) pensamentos sexuais/religiosos (tabu), (3) preocupações com contaminação e comportamentos de lavagem e (4) simetria e/ou ordenação e impulsos relacionados e/ou comportamentos. Vários tipos de transtornos psiquiátricos ocorrem concomitantemente com o TOC, incluindo transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, doenças mentais graves e transtornos de personalidade (PAULA; KLING; SIQUEIRA, 2023).

O objetivo desta revisão é oferecer uma visão geral acerca da epidemiologia e características clínicas do TOC, bem como do seu tratamento, destacando os impactos vivenciados pelos indivíduos portadores e por seus familiares.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de junho de 2024. Para a seleção dos artigos, foram aplicados os descritores transtorno obsessivo-compulsivo, clínica, epidemiologia, aliados ao operador AND, que foram utilizados de forma combinada em buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, MedLine/Pubmed e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos originais com textos completos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2005 a 2024. Foram excluídos

artigos duplicados nas bases de dados, aqueles não disponíveis em texto completo e artigos de revisão.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **Definição e epidemiologia**

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo 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. 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 (MARIANO, et al., 2020).

Estima-se que, entre adultos, o TOC tenha uma prevalência atual em torno de 1,0% e de 2,0% a 2,5% ao longo da vida, em diferentes partes do mundo. Enquanto a maioria dos estudos epidemiológicos aponta uma ocorrência predominante em mulheres e de casos com apenas obsessões, nas amostras clínicas observa-se um número semelhante de homens e mulheres, e a maioria dos casos com obsessões e compulsões associadas. Assim, pacientes puramente obsessivos e do sexo feminino podem estar utilizando menos os serviços de saúde. Por outro lado, a alta comorbidade do TOC com outros transtornos psiquiátricos vem sendo a regra também em amostras comunitárias (TORRES; LIMA, 2005).

A idade de início segue uma distribuição bimodal, com pico na adolescência (13-18 anos) e início da idade adulta. Esse padrão bimodal sugere que o TOC com início na infância representa um subtipo distinto do transtorno com características clínicas



específicas e fatores etiológicos potencialmente diferentes. Na verdade, o TOC de início precoce tem sido associado a um componente genético mais forte, uma maior comorbidade com distúrbios relacionados a tiques (que geralmente têm sintomas clínicos sobrepostos ao TOC) e gravidade dos sintomas mais grave do que o TOC de início tardio. Da mesma forma, o TOC é encontrado em indivíduos de todas as classes socioeconômicas, bem como em países de baixa, média e alta renda. O curso da doença tem um padrão crônico, mas flutuante, que geralmente se relaciona a eventos estressantes da vida (PAULA; KLING; SIQUEIRA, 2023).

### **Fatores de risco**

Múltiplos fatores de risco podem contribuir para o desenvolvimento do TOC, incluindo fatores de risco genéticos e ambientais, como complicações perinatais, trauma na infância, eventos do ciclo reprodutivo (por exemplo, idade de início da menarca) e eventos estressantes da vida. Estudos de agregação de gêmeos e familiares apóiam uma contribuição genética significativa para o TOC e distúrbios relacionados. Por exemplo, com base em um estudo de 5.409 pares de gêmeos, taxas de concordância mais altas em gêmeos monozigóticos versus dizigóticos resultaram em uma estimativa de hereditariedade do TOC de 48%. Estudos de base populacional confirmaram a hereditariedade substancial no TOC (PAULA; KLING; SIQUEIRA, 2023).

Segundo o DSM-V, há fatores de risco temperamentais como sintomas internalizantes, afetividade negativa mais alta e inibição do comportamento na infância. Abuso físico e sexual na infância e outros eventos estressantes ou traumáticos foram associados a um risco aumentado para o desenvolvimento de TOC. Algumas crianças podem desenvolver o início abrupto de sintomas obsessivo-compulsivos, o que foi associado a diferentes fatores ambientais, incluindo vários agentes infecciosos e uma síndrome autoimune pós-infecciosa.

A taxa de TOC entre parentes de primeiro grau de adultos com o transtorno é aproximadamente duas vezes a de parentes de primeiro grau daqueles sem o transtorno; no entanto, entre os parentes de primeiro grau de indivíduos com início de TOC na infância ou adolescência, a taxa é aumentada em 10 vezes. A transmissão familiar deve-se, em parte, a fatores genéticos (p. ex., uma taxa de concordância de 0,57

para gêmeos monozigóticos vs. 0,22 para gêmeos dizigóticos). Disfunção no córtex orbitofrontal, no córtex cingulado anterior e no estriado tem sido mais fortemente envolvida.

### **Quadro clínico e diagnóstico**

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, para diagnosticar o transtorno obsessivo-compulsivo, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir:

A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas:

Obsessões são definidas por (1) e (2):

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento.
2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

As compulsões são definidas por (1) e (2):

1. Comportamentos repetitivos (p.ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p.ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.
2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.

B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento



social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

- C. Os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.
- D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., preocupações excessivas, como no transtorno de ansiedade generalizada; preocupação com a aparência, como no transtorno dismórfico corporal; dificuldade de descartar ou se desfazer de pertences, como no transtorno de acumulação; arrancar os cabelos, como na tricotilomania [transtorno de arrancar o cabelo]; beliscar a pele, como no transtorno de escoriação [*skin-picking*]; estereotípias, como no transtorno de movimento estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos transtornos alimentares; preocupação com substâncias ou jogo, como nos transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos; preocupação com ter uma doença, como no transtorno de ansiedade de doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos transtornos parafílicos; impulsos, como nos transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta; rumações de culpa, como no transtorno depressivo maior; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nos transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no transtorno do espectro autista).

Especificar se:

**Com *insight* bom ou razoável:** O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são definitiva ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.

**Com *insight* pobre:** O indivíduo acredita que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são provavelmente verdadeiras.

**Com *insight* ausente/crenças delirantes:** O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno obsessivo-compulsivo são verdadeiras.

**Relacionado a tique:** O indivíduo tem história atual ou passada de um transtorno de tique.



O conteúdo específico das obsessões e compulsões varia entre os indivíduos. Entretanto, certos temas, ou dimensões, são comuns, incluindo os de limpeza (obsessões por contaminação e compulsões por limpeza); simetria (obsessões por simetria e compulsões por repetição, organização e contagem); pensamentos proibidos ou tabus (p. ex., obsessões agressivas, sexuais ou religiosas e compulsões relacionadas); e danos (p. ex., medo de causar danos a si mesmo ou a outros e compulsões de verificação). Algumas pessoas também têm dificuldades em descartar e acumulam objetos como uma consequência de obsessões e compulsões típicas, como o medo de causar danos a outras pessoas. Esses temas ocorrem em diferentes culturas, são relativamente consistentes ao longo do tempo em adultos com o transtorno e podem estar associados a diferentes substratos neurais. É importante observar que os indivíduos com frequência têm sintomas em mais de uma dimensão.

As pessoas com TOC experimentam uma gama de respostas afetivas quando confrontadas com situações que desencadeiam obsessões e compulsões. Por exemplo, muitos indivíduos experimentam ansiedade acentuada que pode incluir ataques de pânico recorrentes. Outros relatam fortes sentimentos de nojo. Enquanto executam as compulsões, algumas pessoas relatam uma angustiante sensação de “incompletude” ou inquietação até que as coisas pareçam ou soem “direitas” (*just right*).

É comum que indivíduos com o transtorno evitem pessoas, lugares e coisas que desencadeiam obsessões e compulsões. Por exemplo, indivíduos com preocupações com contaminação podem evitar situações públicas (p. ex., restaurantes, banheiros públicos) para reduzir a exposição aos contaminantes temidos; pessoas com pensamentos intrusivos sobre causar danos podem evitar as interações sociais.

Além dos critérios diagnósticos, o DSM-V traz diagnósticos diferenciais que cursam com características semelhantes, porém com algumas peculiaridades como o transtorno de ansiedade, em que pensamentos recorrentes, comportamentos de esquiva e solicitações repetitivas de tranquilização também podem ocorrer, entretanto, os pensamentos recorrentes que estão presentes no transtorno de ansiedade generalizada (i.e., preocupações) são geralmente relacionados a preocupações da vida real, enquanto as obsessões do TOC não costumam envolver preocupações da vida real e podem incluir conteúdo estranho, irracional ou de natureza aparentemente mágica; além disso, as compulsões frequentemente estão presentes e em geral são ligadas às obsessões. Assim

como os indivíduos com TOC, aqueles com fobia específica podem ter uma reação de medo a objetos ou situações específicas; no entanto, na fobia específica, o objeto temido está geralmente muito mais circunscrito, e os rituais não estão presentes. No transtorno de ansiedade social (fobia social), os objetos ou situações temidas estão limitados às interações sociais, e a esquivar ou busca de tranquilização é focada na redução desse medo social.

O TOC pode ser diferenciado da ruminação do transtorno depressivo maior, no qual os pensamentos são geralmente congruentes com o humor e não necessariamente experimentados como intrusivos ou angustiantes; além disso, as ruminações não estão ligadas a compulsões, como é típico no TOC.

Pode ser diferenciado da anorexia nervosa na medida em que no TOC as obsessões e compulsões não estão limitadas a preocupações acerca do peso e dos alimentos.

Um tique é um movimento motor ou vocalização súbito, rápido, recorrente e não rítmico (p. ex., piscar os olhos, pigarrear). Um movimento estereotipado é um comportamento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, não funcional (p. ex., bater a cabeça, balançar o corpo, morder a si mesmo). Os tiques e os movimentos estereotipados são geralmente menos complexos do que as compulsões e não visam neutralizar as obsessões. Entretanto, a distinção entre tiques e compulsões complexos pode ser difícil. Enquanto as compulsões costumam ser precedidas por obsessões, os tiques são, com frequência, precedidos por impulsos sensoriais premonitórios. Alguns indivíduos têm sintomas de TOC e transtorno de tique, em cujo caso ambos os diagnósticos devem ser indicados.

Alguns indivíduos com TOC têm insight pobre ou mesmo crenças de TOC delirantes. Contudo, eles têm obsessões e compulsões (distinguindo sua condição do transtorno delirante) e não têm outras características de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo (p. ex., alucinações ou transtorno do pensamento formal).

Certos comportamentos são ocasionalmente descritos como “compulsivos”, incluindo comportamento sexual (no caso das parafilias), jogo (i.e., transtorno do jogo) e uso de substância (p. ex., transtorno por uso de álcool). No entanto, tais comportamentos diferem das compulsões do TOC, pois a pessoa costuma obter prazer com a atividade e pode ter desejo de resistir à sua execução apenas em razão de suas consequências prejudiciais.



Com relação ao transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, esse não é caracterizado por pensamentos intrusivos, imagens ou impulsos ou por comportamentos repetitivos que são executados em resposta a essas intrusões; em vez disso, ele envolve um padrão mal-adaptativo duradouro e disseminado de perfeccionismo excessivo e controle rígido. Se um indivíduo manifesta sintomas de TOC e transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, ambos os diagnósticos podem ser dados.

### **Tratamento**

O tratamento do TOC é feito perante avaliação junto a psiquiatras onde se investiga o grau de sofrimento e prejuízos que causa em vida acadêmica, profissional, afetiva e social dos portadores do transtorno. O tratamento trabalha em conjunto com o uso de medicações e a terapia cognitivo-comportamental.

O paciente com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em geral apresenta um quadro de depressão devido à incapacitação produzida pelos rituais, assim o tratamento tem como objetivo o tratar tanto o TOC quanto a depressão. A maioria dos medicamentos que se mostram eficazes no tratamento do TOC são classificados como antidepressivos, dentre eles fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina e clomipramina. Tal classe de antidepressivos são considerados como tratamento farmacológico de primeira linha pois o perfil de efeitos colaterais e interações medicamentosas acabam mostrando mais benefício (CICARINI, et al., 2021).

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 (MARIANO, et al., 2020).

### **Consequências funcionais e sociais do TDAH**



De acordo com o DSM-V, o TOC está associado a uma qualidade de vida reduzida, assim como a altos níveis de prejuízo social e profissional. O prejuízo ocorre em muitos domínios diferentes da vida e está associado à gravidade do sintoma. Pode ser causado pelo tempo dispendido em obsessões e executando compulsões. A esquiva de situações que podem desencadear as obsessões ou compulsões também pode restringir gravemente o funcionamento. Além disso, sintomas específicos podem criar obstáculos específicos. Por exemplo, obsessões sobre danos podem fazer as relações com a família e os amigos parecerem perigosas; o resultado pode ser a esquiva dessas relações. Obsessões sobre simetria podem impedir a conclusão oportuna dos projetos escolares ou de trabalho porque o projeto nunca parece “direito”, potencialmente resultando em fracasso escolar ou perda de emprego. Consequências de saúde também podem ocorrer. Por exemplo, os indivíduos com preocupações com contaminação podem evitar consultórios médicos e hospitais (p. ex., devido ao medo da exposição a germes) ou desenvolver problemas dermatológicos (p. ex., lesões cutâneas devido à lavagem excessiva). Ocasionalmente, os sintomas do transtorno interferem no próprio tratamento (p. ex., quando os medicamentos são considerados contaminados). Quando o transtorno começa na infância ou na adolescência, os indivíduos podem experimentar dificuldades desenvolvimentais. Por exemplo, adolescentes podem evitar a socialização com os colegas; jovens adultos podem ter dificuldades quando saem de casa para viver de forma independente. O resultado pode ser poucas relações significativas fora da família e falta de autonomia e de independência financeira em relação à família de origem. Além disso, alguns indivíduos com TOC tentam impor regras e proibições aos membros da família devido ao transtorno (p. ex., ninguém na família pode receber visitas em casa por medo de contaminação), e isso pode levar à disfunção familiar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Em síntese, o transtorno obsessivo-compulsivo é um transtorno crônico caracterizado pela presença de obsessões e compulsões, que pode ter um impacto significativo sobre a qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares. Após o diagnóstico, bem como o tratamento correto, tanto o medicamentoso quanto o psicoterápico, ajudam a reduzir os sintomas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

## **REFERÊNCIAS**

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.. 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Borges, V.F. Transtorno obsessivo-compulsivo: aspectos conceituais e clínicos. Revista Concilium, vol 23 (3), Rio Grande do Sul, 2023.
3. Cicarini, W.B., et al. Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Revista de trabalhos acadêmicos - Universo Belo Horizonte, vol 1 (5), Belo Horizonte, 2021.
4. Mariano, J.L.P., et al. Características gerais do transtorno obsessivo-compulsivo: artigo de revisão. Revista Atenas Higeia, vol 2 (3), Minas Gerais, 2020.
5. Paula, D.K; Kling, C.P.S.P; Siqueira, E.C. Uma abordagem geral do transtorno obsessivo-compulsivo. Revista Eletrônica Acervo Saúde, vol 23 (6), Rio de Janeiro, 2023.
6. Torres, A.R; Lima, M.C.P. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. Revista Brazilian Journal of Psychiatry, vol 27 (3), São Paulo, 2005.