

O IMPACTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) NA QUALIDADE DE VIDA

Júlia Gomes da Silva¹
Mariana Fernandes Ramos dos Santos²

RESUMO: O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico caracterizado pela presença de obsessões e compulsões, que afetam significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados. As obsessões são pensamentos, imagens, impulsos que invadem a mente de forma intrusiva e as compulsões são comportamentos realizados para aliviar ou neutralizar a angústia causada pelas obsessões. Este artigo busca aprofundar a compreensão acerca do impacto do TOC na qualidade de vida (QV), discutindo seus temas, os desafios relacionados à sua identificação e as implicações para a prática clínica. Através de uma pesquisa bibliográfica, são abordados diversos aspectos do TOC e as estratégias terapêuticas baseadas em evidências, com ênfase na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A relevância do tema se sustenta na necessidade de ampliar a compreensão desse transtorno para promover intervenções mais assertivas e integrativas, visando a melhoria da qualidade de vida (QV) dos indivíduos afetados.

1540

Palavras-chave: TOC. Terapia Cognitivo-Comportamental. Qualidade de vida.

ABSTRACT: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a psychiatric disorder characterized by the presence of obsessions and compulsions, which significantly affect the quality of life of those affected. Obsessions are intrusive thoughts, images, or impulses that invade the mind, while compulsions are behaviors performed to alleviate or neutralize the distress caused by the obsessions. This article aims to deepen the understanding of the impact of OCD on quality of life (QoL), discussing its themes, the challenges related to its identification, and the implications for clinical practice. Through a bibliographic review, various aspects of OCD and evidence-based therapeutic strategies, with an emphasis on Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), are addressed. The relevance of this topic lies in the need to expand the understanding of this disorder in order to promote more assertive and integrative interventions, aiming at improving the quality of life (QoL) of individuals affected.

Keywords: OCD. Cognitive-Behavioral Therapy. Quality of life.

¹Graduanda em Psicologia, Centro Universitário Redentor Afya.

²Mestre em Psicologia pela UCP. Terapeuta Cognitivo Comportamental. Neuropsicóloga. Neuropsicopedagoga. Especialista em Psiquiatria com ênfase em Saúde Mental, Saúde Mental, Reabilitação Neuropsicológica, Terapia Familiar, Terapia dos Esquemas UNIREDENTOR/ AFYA.

RESUMEN: El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones, que afectan significativamente la calidad de vida de los individuos afectados. Las obsesiones son pensamientos, imágenes, impulsos que invaden la mente de forma intrusiva y las compulsiones son conductas llevadas a cabo para aliviar o neutralizar la angustia provocada por las obsesiones. Este artículo busca profundizar la comprensión del impacto del TOC en la calidad de vida (CdV), discutiendo sus temas, los desafíos relacionados con su identificación y las implicaciones para la práctica clínica. A través de una búsqueda bibliográfica se abordan diversos aspectos del TOC y estrategias terapéuticas basadas en evidencia, con énfasis en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). La relevancia del tema se basa en la necesidad de ampliar la comprensión de este trastorno para promover intervenciones más asertivas e integradoras, con el objetivo de mejorar la calidad de vida (CdV) de los individuos afectados.

Palabras clave: TOC. Terapia Cognitivo-Conductual. Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica que se manifesta por meio de ideias fixas (obsessões) e rituais (compulsões), configurando-se como um transtorno debilitante que afeta significativamente o bem estar dos indivíduos acometidos. As obsessões consistem em pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas, frequentemente acompanhados por sentimentos de angústia, medo ou culpa, enquanto as compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados para aliviar o desconforto gerado pelas obsessões (Phillips & Stein, 2023).

A complexidade do TOC reside tanto na diversidade das suas manifestações quanto na intensidade dos impactos emocionais e funcionais que provoca. Cordioli (2008) descreve que pacientes com TOC desenvolvem estratégias de neutralização para lidar com os pensamentos intrusivos, recorrendo a rituais, verificações ou ações compensatórias que oferecem alívio temporário. No entanto, essas estratégias, em vez de resolverem o problema, frequentemente perpetuam um ciclo de obsessões e compulsões, agravando o desconforto e limitando a autonomia do indivíduo.

A forma de apresentação do TOC é ampla e diversificada, variando desde obsessões relacionadas à contaminação e simetria até pensamentos agressivos ou religiosos. Segundo Ana Beatriz Barbosa Silva (2011), essa pluralidade demanda uma abordagem clínica personalizada e cuidadosa, que considere as especificidades de cada caso. Assim, compreender as diferentes formas de manifestações do TOC e os mecanismos psicológicos subjacentes é essencial para o

desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes, que promovam o bem-estar e a funcionalidade dos indivíduos afetados.

Este artigo buscou aprofundar o entendimento acerca do TOC, através de uma pesquisa bibliográfica, discutindo suas características centrais, os desafios relacionados à sua identificação e tratamento, bem como as implicações para a prática clínica e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas baseadas em evidências. A relevância do tema se sustenta na necessidade de ampliar a compreensão desse transtorno para promover intervenções mais assertivas e integrativas.

Transtorno Obsessivo Compulsivo

Segundo Phillips e Stein (2023), o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica caracterizada pela presença de obsessões (pensamentos, ideias, cenários e/ou impulsos recorrentes e indesejados) e compulsões, que são comportamentos ou atos mentais realizados para aliviar a ansiedade causada pelas obsessões.

De acordo com Cordioli (2008), as obsessões são pensamentos e/ou impulsos que invadem a mente da pessoa de forma repetitiva e persistente. Essas obsessões podem ser palavras, frases, números, músicas, etc. O conteúdo das obsessões são considerados desagradáveis, sendo acompanhados de medo, angústia, culpa, repulsa. O indivíduo, mesmo desejando não ter esses pensamentos, não consegue afastá-los.

O mesmo autor destaca que, pessoas com TOC frequentemente desenvolvem estratégias para neutralizar seus medos e afastar o sentimento de perigo iminente. Isso os leva a adotar medidas que visam reduzir ou eliminar as possíveis consequências desastrosas associadas às obsessões, proporcionando alívio temporário. Essas estratégias incluem a realização de compulsões ou rituais e a evitação de contato com objetos ou situações que representam perigo percebido. Além disso, a pessoa pode tentar afastar pensamentos indesejados, repetir palavras ou ações, anular um pensamento 'ruim' com um 'bom', ou buscar garantias de que o perigo não existe através de perguntas, orações, etc. Conforme o TOC vai se agravando,, torna-se cada vez mais difícil alcançar uma neutralização perfeita e certeza absoluta de que nada de ruim ocorrerá, o que pode levar a repetidos questionamentos, verificações e raciocínios incessantes para esclarecer dúvidas (Cordioli, 2008).

Quadros de Transtornos Obsessivos Compulsivos

Ana Beatriz Barbosa Silva (2011, p.18) destaca que “é fundamental entender que existe uma grande variedade na forma de apresentação do TOC. Assim, observamos na prática clínica que as obsessões tendem a se apresentar em alguns grupos bem característicos.”

1. TOC de contaminação e limpeza

Segundo Ana Beatriz Barbosa Silva (2011, p.18), “A pessoa se preocupa com a possibilidade de infectar-se e adquirir doenças como Aids, pneumonia asiática e leptospirose, entre outras.” Cordioli (2008) acrescenta que uma das obsessões mais comuns é a preocupação excessiva com sujeira ou contaminação, seguida de compulsões por limpeza. Essas compulsões podem se manifestar de diversas formas, como Cordioli (2014) descreve:

As pessoas lavam demasiadamente as mãos, os objetos ou a roupa, trocam de roupa várias vezes ao dia, tomam banhos repetidos e demorados, usam de forma exagerada sabonetes, álcool e detergentes. É comum, por exemplo, lavarem novamente as louças antes de pô-las na mesa; passarem o guardanapo em louças ou talheres do restaurante antes de se servirem; lavarem as caixas de leite, as garrafas de refrigerante e os potes de margarina ao chegar do supermercado (Cordioli, 2014, p.25).

A citação deste autor descreve comportamentos compulsivos relacionados à higiene e limpeza, frequentemente observados em portadores do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Esses comportamentos, muitas vezes desencadeados por pensamentos obsessivos de contaminação ou sujeira, refletem a tentativa de aliviar a ansiedade causada pelas obsessões. No entanto, ao invés de proporcionar alívio duradouro, esses rituais tendem a perpetuar o ciclo do TOC, reforçando a necessidade de repeti-los. As ações mencionadas, como lavar as mãos repetidamente, trocar de roupa muitas vezes ou limpar objetos excessivamente, geralmente são acompanhadas de um medo desproporcional de contaminação, que pode estar associado a crenças irracionais de perigo ou ameaça. Esses comportamentos não são apenas desgastantes, mas podem levar a consequências físicas (como irritações na pele ou problemas respiratórios pelo uso excessivo de produtos químicos) e emocionais, como culpa e vergonha, especialmente quando o indivíduo percebe que seus atos são irracionais, mas não consegue resistir a eles.

Esses comportamentos revelam a intensidade do sofrimento de pessoas com TOC e como suas rotinas diárias podem ser profundamente afetadas. A necessidade constante de limpar e desinfetar, não só interfere na produtividade, mas também pode causar desgaste físico e emocional. O prejuízo na vida social e profissional é significativo, muitas vezes resultando em isolamento, dificuldades no âmbito profissional e relacionamentos pessoais.

2. TOC de verificação

Conforme descrito por Cordioli (2008), uma das preocupações mais comuns no transtorno é a possibilidade de falhas que possam resultar em desastres ou prejuízos, como incêndios, inundações ou arrombamentos. Esse medo manifesta-se através de dúvidas persistentes, necessidade de ter certeza e intolerância à incerteza, levando a pessoa a realizar verificações repetidas, como checar se a porta está trancada, para aliviar a ansiedade. O autor afirma que as verificações devem ser vistas como sintomas de TOC quando são repetitivas ou causam grande aflição ao indivíduo caso ele seja impedido de realizá-las. As situações em que o impulso de realizar essas verificações é mais intenso incluem sair de casa, antes de dormir, estacionar o carro e sair do trabalho.

A citação do autor acima, destaca uma das características centrais do TOC: a necessidade de realizar verificações repetitivas, que ultrapassam a simples precaução e se tornam ritualísticas, acompanhadas de um sofrimento significativo quando não realizadas. Esse comportamento reflete a tentativa do indivíduo de reduzir a ansiedade gerada por pensamentos intrusivos e irracionais, como o medo de ter deixado algo em risco ou incompleto. Essas situações citadas — sair de casa, antes de deitar, ao estacionar o carro ou sair do trabalho — são comuns porque envolvem uma percepção de responsabilidade ou controle sobre potenciais consequências negativas. No entanto, no TOC, essa percepção está amplificada de forma disfuncional. A pessoa não confia em suas ações iniciais e sente a necessidade de repeti-las, o que compromete a funcionalidade e a qualidade de vida. Isso significa que, em vários momentos do dia, essas verificações podem interromper atividades e comprometer a rotina diária. A falta de certeza gera ansiedade, o que torna essas ações compulsivas, criando um ciclo vicioso difícil de romper. Além disso, Cordioli (2014) lista diversas verificações comuns, afirmando que:

As compulsões de verificação ou checagens são atos físicos ou mentais repetitivos executados com a finalidade de prevenir desgrças e, em especial, de proteger a si mesmo ou outras pessoas de possíveis danos. Sua finalidade mais imediata é o alívio da ansiedade, da culpa, das dúvidas e da incerteza sobre possíveis falhas ou eventuais riscos. Elas são um exemplo de comportamento preventivo. Podem assumir diversas formas, mais explícitas ou mais dissimuladas. Entre as mais comuns, está a verificação por meio de atos físicos repetidos, explícitos e observáveis, como manipular um objeto para determinar sua segurança (p. ex., ligar e desligar o fogão, abrir e fechar a torneira com força, girar repetidas vezes a chave da porta), reler notícias no jornal para ter certeza de que leu tudo (ou por completo), ver novamente um filme para ter certeza de que não esqueceu algum diálogo ou alguma cena ou, ainda, verificar inúmeras vezes e de forma minuciosa as gavetas e prateleiras do quarto antes de sair do hotel (para ter certeza de que não esqueceu nada). As características principais dessas checagens são o fato de serem precedidas por dúvidas obsessivas, acompanhadas de grande ansiedade e

aflição, serem repetitivas, e o fato de o alívio que produzem, em geral, ser de curta duração (Cordioli, 2014, p.217-218).

Cordioli (2014) detalha comportamentos comuns associados ao TOC, especificamente relacionados a compulsões de verificação. Esses comportamentos são sustentados por um medo irracional de que algo catastrófico possa acontecer caso a ação não seja executada de maneira "perfeita" ou repetida. É importante notar que, embora muitas pessoas possam se identificar com esses atos de forma esporádica, no TOC essas verificações tornam-se excessivas, intrusivas e desgastantes, impactando negativamente a vida do indivíduo.

Os exemplos apresentados, como ligar e desligar o fogão, abrir e fechar a torneira, revelam a ansiedade subjacente e a dificuldade em confiar na própria percepção. Essa necessidade incessante de controle não reflete apenas um comportamento automatizado, mas um mecanismo de enfrentamento disfuncional para lidar com pensamentos obsessivos.

Do ponto de vista clínico, é essencial entender que a compulsão, nesses casos, não traz alívio real, mas perpetua um ciclo vicioso, reforçando as obsessões. A abordagem terapêutica mais indicada é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que utiliza técnicas como a *exposição e prevenção de respostas (EPR)* para ajudar o indivíduo a enfrentar as situações de ansiedade sem recorrer às compulsões. Além disso, o trabalho de reestruturação cognitiva permite ao paciente questionar as crenças irracionais que sustentam esses comportamentos e desenvolver estratégias mais funcionais para lidar com o medo e a insegurança. Os comportamentos descrito por Cordioli (2014) mostram a complexidade e como esse transtorno pode impactar negativamente diversas áreas da vida do indivíduo acometido.. Entender a variedade de verificações e compulsões ajuda a perceber o impacto significativo do transtorno na qualidade de vida. Muitas vezes, é necessário um tratamento completo e eficaz para lidar com os sintomas do transtorno.

3. TOC de conteúdo agressivo ou violento

Cordioli (2008) afirma que no TOC são comuns pensamentos ou impulsos impróprios, bem como cenas de conteúdo agressivo ou violento. Conforme Cordioli (2016), as obsessões de conteúdo agressivo no TOC incluem cenas mentais de violência, como uma pessoa sendo atropelada, jogar o carro em um precipício, ou jogar o bebê do 10º andar. Esses pensamentos são frequentemente relatados por indivíduos com TOC.

Para aliviar a aflição e o medo associados às obsessões, ainda Cordioli (2008), explica que os portadores do TOC tentam afastar esses pensamentos da mente. Além disso, adotam

diversas medidas preventivas para evitar que seus medos se concretizem. Eles podem colocar telas nas janelas para prevenir ações impulsivas, evitar eventos sociais para não cumprimentar pessoas, e verificar repetidamente suas sacolas para garantir que não há veneno que possa prejudicar alguém.

4. TOC de conteúdo sexual

De acordo com Ana Beatriz Barbosa Silva (2011), portadores do TOC podem ter pensamentos persistentes de fazer sexo em lugares estranhos ou com pessoas impróprias, imagens sexuais recorrentes, impulsos e incestuosos. Em alguns casos, o indivíduo tem comportamentos de evitação, como evitar sair de casa por temer olhar a parte íntima das pessoas ou fazer propostas indecorosas em voz alta a qualquer pessoa atraente que encontrem. Segundo Cordioli (2008), fantasias sexuais despertadas por estímulos como revistas, filmes eróticos ou pessoas atraentes são consideradas normais e saudáveis. Já as obsessões de conteúdo sexual, são acompanhadas de angústia e aflição, são desagradáveis e vistas como indesejáveis e contrárias ao princípio dos indivíduos que a possuem. De acordo com Cordioli (2014), essas obsessões (pensamentos ou impulsos) podem incluir:

Molestar um bebê; abaixar as calças ou levantar o vestido de outras pessoas na rua; fazer sexo com irmão ou irmã, com uma pessoa desconhecida que avistou na rua, com um mendigo, com animais de estimação; olhar fixamente para os órgãos genitais de outras pessoas; questionar a própria orientação sexual (Cordioli, 2014, p. 27)

1546

Cordioli (2016) afirma que, pessoas portadores do TOC são muito sensíveis a questões morais e sentem vergonha e culpa quando perturbadas por pensamentos intrusivos. Diferente de indivíduos com transtornos como pedofilia ou sadismo, que sentem prazer em praticar tais atos e procura ocasiões para que possa colocar em prática sem nenhuma preocupação com a vítima, no TOC não há qualquer desejo ou intenção de praticar ou prazer associado aos pensamentos.

Na sequência, o autor pontua sobre dúvidas obsessivas quanto à orientação sexual, onde o portador pode ter dúvidas sobre ser ou não homossexual ou de poderem um dia vir a ser, medo de que outras pessoas possam pensar que sejam. Essas dúvidas são interpretadas como indicativos de possibilidades de serem homossexuais, apesar de todas as evidências mostrando ao contrário. A pessoa pode ser atormentada por dúvidas quanto ao significado de alguma experiência passada e também sobre a possibilidade de tornar-se homossexual no futuro. Tais

dúvidas podem ser ativadas por situações banais, como achar bonita ou sexy uma pessoa do mesmo sexo na rua ou excitar-se com uma cena de conteúdo homossexual em um filme.

5. TOC religioso e de conteúdo blasfemo

Cordioli (2008) afirma que no TOC, também são comuns pensamentos de conteúdo considerado blasfemo pelos portadores, incluindo diversos tipos listados por ele: Pensamentos intrusivos ou cenas praticando sexo com a Virgem Maria, com Jesus Cristo ou com santos(as); impulso de dizer obscenidades ou um palavrão durante o sermão ou em um momento solene da missa de domingo, etc (Cordioli, 2014, p. 28).

Segundo Cordioli (2016, p.121) “A escurpulosidade tem sido incluída entre os sintomas do TOC”. O pesquisador complementa dizendo que a escurpulosidade é caracterizada pela preocupação excessiva envolvendo temas religiosos, particularmente dúvidas e medo de estar transgredindo algum preceito religioso, regra, código ou mandamento. Essas pessoas frequentemente veem pecado onde não existe e são atormentadas por tais pensamentos, em consequência, a pessoa fica por longo tempo argumentando para si mesma (ruminação obsessiva) se determinado pensamento, ato ou palavra dita foi um erro ou um pecado, e tem a necessidade de confessar várias vezes no mesmo dia.

1547

O autor sugere que acredita-se que figuras religiosas importantes como John Bunyan, Martinho Lutero, Santo Inácio de Loyola, fossem atormentados por pensamentos, imagens e impulsos inaceitáveis que, hoje em dia, seriam interpretados como sintomas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Além das orações, era comum o uso de açoites, flagelos, dos cilícios e de outras formas de mortificação, como jejuns, peregrinações e penitências. Essas práticas constituíam verdadeiros rituais destinados a obter perdão dos pecados e afastar as tentações, entre as quais, se incluíriam os pensamentos indesejados do TOC. Complementando que, existem diversos outros sintomas do TOC associados à escurpulosidade, são eles:

Não poder masturbar-se durante a Semana Santa; Evitar meticulosamente engolir saliva, para seguir de forma rigorosa os preceitos da celebração judaica do Yom Kippur; Não tomar qualquer gota de água antes da Eucaristia; Confessar repetidamente para o(a) namorado(a) atual que encontrou um(a) ex-namorado(a) e conversou com ele(ela) na rua; Condenar fantasias sexuais mesmo em relação à própria esposa(o) ou namorada(o) e preocupar-se excessivamente em não transgredir o mandamento: “Não cobiçarás a mulher do próximo”; Repetir o Pai-Nosso, a Ave-Maria ou outras orações pronunciando de forma absolutamente correta todas as palavras, destacando e soletrando as sílabas e sem qualquer distração, repetindo até conseguir recitar de forma perfeita (Cordioli, 2016, p. 121).

Cordioli (2008) acrescenta que essas obsessões geram muita ansiedade, especialmente em pessoas religiosas. Em particular, na igreja católica, os pensamentos de conteúdo blasfemo foram associados à noção de pecado, de castigo por Deus, representando até a possibilidade de condenação ao fogo do inferno. É comum o portador sentir necessidade de confessar repetidamente ou de fazer outros rituais, tais como rezas, penitências, como forma de neutralizar o sofrimento associado.

6. TOC de conteúdo supersticioso

Cordioli (2008) escreve que o que distingue as superstições normais, que fazem parte da cultura das consideradas sintomas de TOC, é a intensidade com que se acredita nelas, o impacto que trazem na vida cotidiana e a intensidade da aflição gerada quando são contrariadas.

Cordioli (2016) explica que por trás dos pensamentos supersticiosos, existem dois tipos de crenças equivocadas: acreditar no poder do pensamento, onde o portador acredita que se pensar faz ou aumenta a chance de acontecer, e o chamado pensamento mágico, que é a crença de que é possível transmitir uma qualidade, geralmente negativa, pelo contato ou semelhança, ou agir à distância ou no futuro, contrariando as leis da física. Curiosamente, no TOC, essas crenças são usadas principalmente para explicar eventos negativos como acidentes, doenças e morte, não para atrair ou provocar eventos positivos, como ganhar na loteria ou passar em um concurso.

1548

7. TOC de simetria

Cordioli (2008) afirma que manter uma ordem específica os papéis em cima da escrivaninha ou as roupas do guarda-roupa é desejável, mas quando se perde um tempo significativo alinhando objetos no armário do banheiro, os livros na estante, os pratos e os talheres na mesa, e qualquer objeto fora do lugar gera grande aflição e desencadeia o impulso de alinhá-lo, isso é um típico sintoma de TOC.

Cordioli (2014, p.28) “Também é comum ter de realizar algumas tarefas em determinada sequência ou de acordo com certas regras”. O autor aponta alguns relatos de pacientes:

Uma paciente, ao entrar em casa, sentia-se obrigada a contar os quadros da sala em determinada ordem (sempre a mesma); uma outra se obrigava a fazer sempre o mesmo trajeto ao entrar no edifício e em seu apartamento: passar entre duas colunas e depois, no apartamento, repassar na mesma ordem todas as peças da casa; um outro sentia-se obrigado a realizar uma sequência detalhada de procedimentos antes do banho: alinhava as roupas em certa ordem sobre uma banqueta, colocava o tapete de borracha

exatamente no centro do boxe e alinhava outro tapete do lado de fora, gastando entre 10 e 15 minutos nesse ritual (Cordioli, 2014, p.28).

A citação de Cordioli (2014) descreve rituais compulsivos que muitas vezes caracterizam o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Esses comportamentos são movidos por uma necessidade interna de ordem, simetria ou controle, e frequentemente são acompanhados por uma sensação de alívio temporário da ansiedade ao completar a sequência de ações. No entanto, esse alívio é transitório e tende a reforçar o comportamento compulsivo, perpetuando o ciclo do TOC.

Os exemplos apresentados — contar quadros em uma ordem fixa, seguir trajetos específicos ou realizar rituais elaborados antes de um banho — ilustram como o TOC pode impactar de maneira significativa o cotidiano e o bem estar dos indivíduos. Esses rituais, muitas vezes realizados de forma rígida e exaustiva, podem consumir tempo excessivo e interferir nas atividades diárias, nos relacionamentos e no bem-estar emocional. Do ponto de vista psicológico, essas compulsões refletem tentativas de lidar com a ansiedade ou os pensamentos intrusivos que precedem os rituais. O medo de que algo ruim aconteça caso as ações não sejam realizadas de maneira específica é uma característica comum. Esses comportamentos também podem estar associados a crenças disfuncionais, como a supervalorização do risco ou a responsabilidade excessiva.

1549

Esses relatos apresentados pelo autor mostram como o TOC pode dominar a rotina diária dos portadores com cada ação realizada repetidamente, tornando simples tarefas em complexos rituais que consomem tempo e energia, prejudicando a qualidade de vida do indivíduo. A necessidade de manter uma ordem e a repetição incessante de tarefas específicas são marcas registradas do transtorno, refletindo a intensa ansiedade e o desconforto causado quando as coisas estão fora de ordem.

8. TOC de acumulação

Cordioli (2008) aborda que pessoas que têm pensamentos e rituais relacionados a armazenar objetos, apresentam alta ansiedade caso precisem se desfazer de algum objeto, mas ao mesmo tempo, sente dificuldade em organizar e classificar, e acham confortável ter uma grande quantidade de coisas à sua volta.

O autor acrescenta que todos nós guardamos certos objetos que tenham algum valor sentimental, porém, os portadores do TOC, não conseguem diferenciar entre objetos de valor afetivo e lixo. Guardar papéis ou recortes de jornais pode ter alguma utilidade em certas

situações, mas quando prateleiras ou até mesmo espaços inteiros da casa estão cheios de revistas ou jornais velhos, caixas de sapato vazias, embalagens e garrafas vazias, recibos antigos, roupas que não servem mais ou que estão fora de moda, e sapatos que não serão mais usados, isso pode caracterizar um sintoma de TOC conhecido como colecionismo.

9. Contar, repetir

Cordioli (2008) relata que, em portadores do TOC é haver a necessidade de contar mentalmente enquanto se realiza alguma atividade, ou repetir determinadas tarefas ou alguns comportamentos. Exemplos disso incluem contar as janelas dos edifícios, repetir rezar e um número exato de vezes antes de dormir, lavar cada lado do corpo ou escovar o dente três vezes, ler letreiros ou placas de rua, somar o número das placas do carro, etc. Ademais, outras repetições são realizadas em quantidades previamente determinadas, como ler ou reler o mesmo parágrafo de um livro, pôr e tirar uma peça de roupa, atar e desatar o cadarço dos sapatos, apagar e acender a luz, entre outros.

Ele constata que o pensamento subjacente a essas contagens e repetições é a crença de que algo ruim pode acontecer se esses atos não forem executados no número exato de vezes predeterminado. Procedendo dessa maneira ritualística, a pessoa acredita que conseguirá evitar o pior. Caso se distraiam ou errem a contagem, eles recomeçam até executar o número exato previamente determinado, o que faz com que se sintam prisioneiros de seus medos e rituais. Essas repetições podem consumir muito tempo, atrasando a saída de casa ou o trabalho.

1550

10. TOC somático

Segundo Ana Beatriz Barbosa Silva (2011), esse TOC é caracterizado pela preocupação excessiva com doenças. Indivíduos que sofrem desse tipo de obsessão frequentemente interpretam sintomas comuns, como uma dor no peito, como sinais de problemas graves, como uma cardiopatia. Da mesma forma, uma dor abdominal pode levar a pensamentos obsessivos sobre ter um tumor intestinal.

Tabela 1: Subtipos e Sintomas

Subtipos	Principais Sintomas:
Verificação	Obsessão com medo de causar danos ou ser responsável por acidentes; compulsão de verificar portas, janelas, aparelhos.
Contaminação	Obsessão com sujeira, germes ou doenças; compulsão por lavar as mãos, higienizar

	objetos e evitar locais "contaminados".
TOC de Simetria e Ordem	Obsessão com a simetria ou organização perfeita; compulsão de organizar, alinhar ou contar repetidamente.
TOC de Acúmulo	Dificuldade de descartar objetos; acumulação excessiva e obsessiva de itens, mesmo sem valor.
TOC de Pensamentos Intrusivos	Pensamentos ou imagens mentais perturbadoras (ex: violência, sexualidade, religião); evitação e tentativas de suprimir os pensamentos.
TOC de Responsabilidade Exagerada (ou culpa)	Medo excessivo de cometer erros ou causar prejuízos a terceiros; compulsões para neutralizar ou prevenir situações.
TOC de Superstições e Ritualizações Mentais	Medo de má sorte; execução de rituais mentais para evitar consequências temidas (ex: números, mantras).

Fonte: Cordioli (2008)

Esses subtipos são caracterizados por uma série de pensamentos obsessivos (obsessões) e comportamentos repetitivos (compulsões) que visam aliviar a ansiedade e o desconforto associados. Na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), esses padrões são trabalhados para identificar as cognições disfuncionais e expor o paciente de forma gradual, levando à redução da ansiedade e das compulsões.

Além dos subtipos mais conhecidos do TOC, existem muitos outros que passam despercebidos ou não são discutidos como deveriam, onde as pessoas não levam com a seriedade necessária e, tem dificuldade em procurar por ajuda. E, quando procuram, nem sempre o profissional é qualificado para tal condução.

O TOC é uma condição mental descrita pela presença de obsessões, compulsões ou ambas, que podem causar grande sofrimento e perturbar a vida cotidiana. Embora seja um transtorno amplamente conhecido, muitos casos de TOC permanecem sem diagnóstico ou notificação, resultando em indivíduos que sofrem em silêncio.

Os motivos para a subnotificação são diversos. Muitas indivíduos portadores do TOC demoram a reconhecer que seus sintomas fazem parte de um transtorno tratável, muitas vezes atribuídos à personalidade ou a "manias" comuns. Além disso, o medo do julgamento ou a vergonha de relatar pensamentos obsessivos, que podem ser angustiantes e incompreendidos, são importantes para que esses indivíduos evitem buscar ajuda.

Casos não notificados podem levar a uma piora dos sintomas, impactando as relações interpessoais, o desempenho escolar ou profissional e a saúde mental geral. Isso ressalta a

importância de promover a conscientização sobre o TOC, promovendo um ambiente de acolhimento e compreensão, onde as pessoas se sintam seguras para buscar apoio.

Reconhecer os sinais do transtorno e cultivar a busca por ajuda especializada são passos fundamentais para transformar o silêncio em cuidado. Com o tratamento apropriado, como Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e, em alguns casos, medicação, é possível melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

Diante das subnotificações do caso do TOC, é crucial entender a diversidade das suas manifestações. O TOC pode se apresentar de diversas formas, algumas das quais são amplamente conhecidas, enquanto outras são menos discutidas e, portanto, menos reconhecidas. Conhecer esses diferentes tipos de TOC é importante para um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz. Entre os tipos menos conhecidos estão: o TOC de Relacionamento, TOC de pedofilia, entre outros.

Segundo Doron et al. (2014) apud Misirli e Kaynak (2023) o TOC de Relacionamento é caracterizado pela presença de obsessões relacionadas ao parceiro e o relacionamento em si, além de comportamentos compulsivos para aliviar a ansiedade relacionada a essas obsessões. Essas obsessões se manifestam em forma de pensamentos, mas também podem vir em forma de impulso (como o impulso de deixar o parceiro) ou imagens mentais (como a do próprio parceiro). Para aliviar a angústia e ansiedade causada por essas obsessões, os indivíduos com esse subtipo de TOC podem checar seus sentimentos em relação ao parceiro, comparar as características ou o relacionamento do parceiro com os de outras pessoas, tentar neutralizar os pensamentos negativos pensando em momentos felizes com o parceiro, ou buscar garantias e aprovações das pessoas ao redor sobre a validade do relacionamento.

1552

Segundo Brickman (1987) e Doron et al. (2012) apud Misirli e Kaynak (2023), é natural a presença do medo, dúvida, sentimentos conflitantes e pensamentos questionadores sobre o relacionamento surjam no início dos relacionamentos. Porém, os sintomas obsessivos-compulsivos intensos e intrusivos focados no relacionamento, como dúvidas obsessivas e preocupações sobre o amor do indivíduo pelo parceiro, o amor do parceiro pelo indivíduo e a adequação do relacionamento, são incompatíveis com os pensamentos e valores da pessoa. Por exemplo, mesmo estando ciente de que seu parceiro a ama, a pessoa sente a necessidade de obter certeza constante sobre isso, o que leva ao comprometimento do seu funcionamento.

Além do TOC de Relacionamento, outro subtipo menos conhecido, mas igualmente angustiante é o TOC de Pedofilia, que se enquadra no tema das obsessões sexuais.

De acordo com Belloch et al. (2009) conforme citado por Ferreira et al. (2021) observam que pessoas com TOC geralmente hesitam em procurar tratamento, principalmente se o conteúdo das obsessões envolvem pensamentos sexuais repugnantes, como pensamentos de pedofilia. Segundo Bruce et al. (2018) apud Ferreira et al. (2021) dentro das obsessões sexuais, as obsessões com tema de pedofilia são definidas como preocupações excessivas e pensamentos intrusivos angustiantes sobre sentir atração sexual por crianças ou abusar sexualmente de crianças. Essas obsessões estão entre as mais angustiantes devido aos conteúdos moralmente repulsivos, à vergonha e ao receio de ser mal interpretado ou preso, conforme discutido por Cathey e Wetterneck (2013) e Pinto et al. (2007) apud Ferreira et al. (2021).

No que diz respeito ao diagnóstico, Purdon (2004) e Steinberg e Wetterneck (2017) conforme mencionado por Ferreira et al. (2021), discutem que existem distinções clínicas importantes em indivíduos com TOC-P (Toc de Pedofilia) e pedófilos. Pacientes com TOC-P geralmente experimentam ego-distonía e sofrimento acentuado, enquanto muito dos pedófilos sente prazer ao imaginar atos sexuais com crianças. Além disso, pedófilos tendem a gostar de estar perto de crianças e experimentam gratificação sexual ao se envolverem em atividades de aliciamento.

Além dos subtipos mencionados acima, é importante destacar que existem outros subtipos que apresentam características e desafios distintos, necessitando reconhecimento e abordagem adequados para um tratamento eficaz. O reconhecimento e o entendimento dos diversos tipos de TOC não só possibilita um diagnóstico mais preciso, mas também contribuem para a formulação de intervenções terapêuticas mais eficazes. A conscientização sobre o transtorno obsessivo-compulsivo é fundamental para garantir que todos os portadores possam acessar o suporte necessário, reduzindo o preconceito acerca do transtorno e promovendo uma melhor qualidade de vida.

O Diagnóstico

De acordo com a American Psychiatric Association (2022), os critérios diagnósticos para o TOC incluem a presença de obsessões, compulsões ou ambos. As obsessões são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são experimentados como intrusivos e indesejados, causando ansiedade ou angústia significativa. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir esses pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação, como a realização de uma compulsão. Conforme a American

Psychiatric Association (2022, p.266): "é importante ressaltar que as obsessões não são prazerosas ou experimentadas como voluntárias: são intrusivas e indesejadas e causam angústia ou ansiedade acentuada na maioria dos indivíduos."

Conforme a Associação, as compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados de acordo com regras rígidas, visando prevenir ou reduzir a ansiedade ou angústia, ou prevenir algum evento temido. Esses comportamentos ou atos cognitivos, porém, não estão conectados de forma realista com o que se destinam a neutralizar ou prevenir, ou são claramente excessivos.

Ela também especifica que, para que o diagnóstico seja confirmado, as obsessões ou compulsões devem consumir tempo significativo (mais de uma hora por dia) ou causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no desempenho social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida. Além disso, os sintomas não devem ser atribuíveis aos efeitos de uma substância ou outra condição médica, nem devem ser melhor explicados pelos sintomas de outro transtorno mental.

Além disso, a American Psychiatric Association (2022) destaca que é importante especificar o grau de insight dos indivíduos com TOC em relação às suas crenças obsessivas. Indivíduos com bom ou razoável insight reconhecem que suas crenças obsessivas são definitivamente ou provavelmente falsas, ou aceitam que essas crenças podem ou não ser verdadeiras. Por outro lado, aqueles com insight pobre acreditam que suas crenças obsessivas são provavelmente verdadeiras, demonstrando apenas uma pequena dúvida sobre a realidade dessas obsessões. Já os indivíduos com insight ausente ou crenças delirantes estão completamente convencidos de que suas crenças obsessivas são verdadeiras, sem qualquer questionamento de sua veracidade.

1554

Finalmente, a American Psychiatric Association (2022) também destaca a importância de verificar se há uma história atual ou passada de transtornos de tiques. A presença de tiques, que são movimentos ou sons repetitivos, pode influenciar a manifestação e a intervenção para o TOC, sendo um aspecto relevante a ser analisado no diagnóstico.

Alterações Neuropsicológicas do TOC

Segundo Ana Beatriz Barbosa Silva (2011), não se sabe ainda o que causa o TOC, mas as pesquisas atuais têm avançado rapidamente e fornecido importantes diretrizes. Através dessas diretrizes, cientistas têm criado modelos hipotéticos para tentar entender melhor o TOC.

Acredita-se que o TOC resulte da combinação de diversos fatores que se integram de maneiras variáveis. Esses fatores incluem predisposição genética, situações de estresse, fatores neurobioquímicos, infecção por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, alterações hormonais durante a gravidez e após o parto, e fatores psicológicos. A interação desses fatores é crucial na formação e na funcionalidade das estruturas e conexões interneuronais do cérebro. Uma pequena, mas significativa alteração em um ou vários desses fatores pode aprisionar a pessoa em um padrão de pensamentos e comportamentos repetitivos, sem sentido, desagradáveis e difíceis de serem controlados.

Cordioli (2016) acrescenta que, no que diz respeito às causas do TOC, há indícios que apontam para a influência de fatores cerebrais e psicológicos. Contudo, mesmo considerando esses fatores em conjunto, ainda não se tem uma resposta definitiva sobre por que algumas pessoas desenvolvem sintomas obsessivo-compulsivos em algum momento da vida, geralmente na fase inicial da adolescência. Cordioli (2016, p.24) também menciona que “as evidências sugerem que diversos fatores ou causas podem contribuir para o surgimento e a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos:”

Tabela 2: Fatores ou causas do TOC

fatores ou causas cerebrais ou neurobiológicos	que incluem predisposição genética para desenvolver o transtorno, alterações cerebrais provocadas por doenças cerebrais (infecções por estreptococo, encefalites, tumor cerebral, distúrbios vasculares, traumatismos cranioencefálicos e alterações na neurofisiologia e neuroquímica cerebrais);
fatores ou causas psicológicos:	comportamentais (comportamentos como rituais ou evitações que produzem alívio dos desconfortos e medos provocados pelas obsessões e, por esse motivo, acabam reforçando o transtorno); cognitivos (avaliações, interpretações e crenças distorcidas ou erradas);
fatores ou causas familiares e ambientais:	além da genética, acredita-se que o ambiente familiar e, sobretudo, a forma como a família lida com os sintomas possam contribuir de alguma maneira para o surgimento (estilo de educação, observação de outros parentes com a doença) e a manutenção do transtorno por meio do apoio que a família pode dar para a execução dos rituais e para os comportamentos evitativos. Esse fenômeno é chamado de acomodação familiar. Experiências traumáticas e ansiedade de separação parecem estar associadas a uma maior probabilidade de se ter TOC.

Fonte: Cordioli (2016, p.24)

Conforme Silva (2011), estudos genéticos sugerem que não há um único gene responsável pelo TOC. Em vez disso, vários genes contribuem com diferentes níveis de influência sobre a manifestação do transtorno. Um estudo mencionado por ela, realizado por Hanna e Rosenberg

(2000), revelou que entre 4,96% e 35,10% dos familiares de primeiro grau de indivíduos com TOC demonstravam sintomas enquadráveis em algum transtorno do espectro TOC. Esses transtornos compartilham características com o TOC, incluindo sintomas, história familiar e respostas terapêuticas semelhantes.

Para observar os volumes estruturais cerebrais, Silva (2011) menciona que existem exames, como a tomografia computadorizada de crânio e a ressonância magnética cerebral, que permitem observar os volumes das estruturas cerebrais, similar a uma fotografia que revela os contornos corporais. Exames mais sofisticados, como a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e a tomografia por emissão de pósitron (PET SCAN), avaliam a atividade cerebral através da medida do consumo de glicose pelas células nervosas. Isso possibilita a comparação da atividade cerebral entre indivíduos com TOC e aquelas sem o transtorno, ajudando a estabelecer um padrão característico dos cérebros afetados por obsessões e compulsões.

Além disso, Silva (2011) fornece informações fundamentais sobre os gânglios da base, os lobos frontais e a metabolização de glicose em nível cerebral. Os gânglios da base incluem os núcleos caudados, o putame e o globus pallidus. Tais gânglios são conjuntos de células nervosas localizados abaixo do córtex cerebral e são importantes para o início de ações e o controle dos movimentos. No cérebro humano, os gânglios da base estão particularmente interligados e sob controle dos lobos frontais, realizando com estes um trabalho de intensa colaboração funcional. A respeito dos núcleos caudados, esse intercâmbio é tão estreito que Elkhonon Goldberg, autor de *O Cérebro Executivo*, chega a considerá-los parte dos “lobos frontais maiores” (Goldberg, 2002).

Silva (2011) também explica que os lobos frontais estão especialmente adequados para a coordenação e integração do trabalho realizado por todas as demais regiões cerebrais, tal qual um maestro regendo sua orquestra. Essa complexa e intensa conectividade exercida pelos lobos frontais implica um risco aumentado de “falhas operacionais”, com o surgimento de transtornos comportamentais diversos. No caso do TOC, os estudos de neuroimagem funcional indicam que a interligação entre o lobo frontal e os núcleos caudados se encontra alterada, apresentando uma disfunção que pode ser percebida pelo consumo exagerado de glicose marcada nos neurônios desse circuito, o que é um indicador indireto do aumento das atividades metabólicas dessas células.

A glicose é o alimento utilizado pelo organismo para produzir toda a energia necessária para a realização de suas funções. Silva (2011) descreve que ela se origina da metabolização dos

carboidratos ou “açúcares” ingeridos diariamente na alimentação. O cérebro é o maior consumidor de glicose do organismo, consumindo sozinho um sexto de toda a glicose que circula no sangue diariamente. Por essa razão, podemos obter informações preciosas sobre o funcionamento do cérebro medindo o consumo de glicose em cada uma de suas regiões. Isso é possível através de exames que visualizam a distribuição da glicose no cérebro. É possível ver a glicose sendo bem captada pelos neurônios, com sua captação aumentada ou diminuída conforme a capacidade de metabolização das células do cérebro. A glicose é marcada com substâncias químicas que a tornam fluorescente e de fácil visualização nos exames de neuroimagem.

Por fim, Silva (2011) conclui que como os núcleos caudados estão envolvidos no início das ações e no controle dos movimentos, e os lobos frontais têm o papel de coordenar e integrar essas ações e movimentos com todas as demais atividades cerebrais (incluindo a filtragem dos pensamentos), podemos imaginar que uma disfunção nesse circuito tem todas as condições para desencadear pensamentos ilógicos e desagradáveis que não foram devidamente filtrados, além de ações repetitivas incômodas e, em parte, descontroladas.

Qualidade de Vida

1557

Segundo Katschnig (2006) apud Torresan et al. (2008), o nível de qualidade de vida em relação à saúde é um conceito multidimensional que abrange o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos em múltiplos aspectos da vida. Este conceito inclui fatores como bem-estar psicológico, satisfação com a vida, interação social e desempenho. Embora não haja uma definição universalmente aceita ou um instrumento padrão-ouro para sua mensuração, as pesquisas nessa área cresceram significativamente desde os anos 1990, devido à necessidade de aplicar o modelo biopsicossocial das doenças na prática clínica. De acordo com Basu (2004) citado por Krugten et al. (2021), a qualidade de vida é amplamente reconhecida como uma construção subjetiva e multidimensional, englobando a satisfação com a vida e o bem-estar geral de um indivíduo.

De acordo com Torresan et al. (2008), o TOC foi reconhecido através da Organização Mundial da Saúde (OMS) como a 10ª principal razão para anos vividos com incapacidade. No entanto, as pesquisas sobre qualidade de vida (QV) em pessoas com esse transtorno ainda são moderadamente escassas.

Nesse cenário, o TOC exemplifica como um transtorno específico pode impactar negativamente a qualidade de vida. Como apontado pela American Psychiatric Association (2022), o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) está associado à redução do bem estar, altos níveis de comprometimento social e ocupacional, e afeta muitos aspectos da vida. O comprometimento pode ser causado pelo tempo gasto nas obsessões e na execução de compulsões, assim como pela evitação de situações que desencadeiam esses comportamentos (gatilhos). Isso pode levar a obstáculos específicos, como dificuldades nos relacionamentos, problemas na conclusão de tarefas escolares ou profissionais, e consequências para a saúde, como evitar consultas médicas por medo de contaminação ou desenvolver problemas dermatológicos devido à lavagem excessiva. Quando o transtorno se inicia na infância ou adolescência, pode resultar em dificuldades de desenvolvimento, como evitar socializar e ter poucos relacionamentos significativos fora da família, além de falta de autonomia e independência financeira. Em alguns casos, pacientes com TOC tentam impor regras e proibições aos familiares devido às suas obsessões.

Sahoo (2017) afirma que a qualidade de vida (QV) tem sido cada vez mais reconhecida como um parâmetro crucial nos estudos sobre o transtorno. Pesquisas que utilizaram instrumentos genéricos confirmaram que os portadores do TOC apresentam uma qualidade de vida (QV) inferior em diversos domínios, como aspectos sociais, de trabalho, funcionais e de saúde mental. Entre os sintomas que mais contribuem para a baixa qualidade de vida (QV) estão a depressão e as obsessões, sendo que as pontuações de qualidade de vida (QV) podem ser tão baixas quanto as de indivíduos com esquizofrenia.

O autor também destaca que há uma disfunção significativa na qualidade de vida (QV) e no comprometimento funcional em pacientes com TOC, contudo, faltam informações detalhadas sobre pacientes adultos neste perfil. Além disso, há uma carência na literatura sobre a correlação entre qualidade de vida (QV) e comprometimento funcional.

Tratamento para o TOC

Segundo Gomes et al. (2024) “em relação às abordagens não farmacológicas, a terapia cognitivo comportamental (TCC) é a abordagem de escolha para o tratamento do TOC”. Conforme descrito por Wright, Basco e Thase (2009) apud Gomes et al. (2024), a TCC é uma abordagem que se fundamenta em dois princípios fundamentais: 1) as cognições têm grande

impacto nas emoções e comportamentos e 2) o comportamento de uma pessoa pode influenciar seus padrões de pensamentos e emoções.

Além disso, segundo Leeuwerik, Cavanaugh e Strauss (2019) apud Gomes et al., (2024), a TCC inclui a técnica de exposição e prevenção de resposta (EPR), enquanto as estratégias cognitivas trabalham a auto-crítica em relação aos pensamentos intrusivos e crenças equivocadas.

Cordioli (2016) explica que, após entender a natureza dos pensamentos do TOC, bem como suas origens e razões para persistirem, é essencial focar em estratégias para superá-los e eliminá-los de forma eficaz. Ele destaca três abordagens principais: a psicoeducação, as técnicas cognitivas e as técnicas comportamentais.

Tabela 3: Abordagens principais ao TOC

Psicoeducação	Etapa que precede os exercícios propriamente ditos. Tem por objetivo fazer com que você tome contato com informações destinadas a melhorar sua compreensão sobre o que são os pensamentos repugnantes e como eles se manifestam, bem como apresentar-lhe as explicações que temos sobre como se originam e o que os mantém, para que possa modificar suas opiniões e crenças sobre esses pensamentos, se dar conta das maneiras erradas que adotou para lidar com eles (p. ex., vigiar, tentar afastar, lutar contra) e substituí-las por maneiras corretas que ajudem a vencê-los.
Técnicas cognitivas	Destinadas a corrigir as crenças erradas sobre os pensamentos repugnantes. Envolvem duas etapas: 1) aprender a fazer o registro dos pensamentos disfuncionais (RPD) e 2) o exame de evidências (questionamento socrático).
Técnicas Comportamentais	Exposição na imaginação e ao vivo aos pensamentos repugnantes e prevenção de rituais e das neutralizações executados com a finalidade de diminuir a aflição que provocam

(Cordioli, 2016, p. 126-127).

Cordioli (2016) ressalta que quando os sintomas do TOC são graves ou causam muito desconforto ao portador, é recomendado o uso de antiobsessivos,³ sendo necessário a prescrição, de preferência pelo psiquiatra. Abramowitz et al. (2003) apud Sahoo et al. (2017) observaram que muitos pacientes com TOC não respondem completamente, apresentam respostas parciais ou sofrem recaídas logo após o tratamento farmacológico.

³ Medicamentos antiobsessivos são aqueles que reduzem ou eliminam os sintomas do TOC, como a clomipramina e os ISRSs, que aumentam os níveis de serotonina nas sinapses nervosas. Esses medicamentos combinados à Terapia Cognitiva-Comportamental são considerados tratamentos de primeira linha para o TOC. (Cordioli, 2014)

Saxena *et al.* (1998) conforme citado por Sahoo *et al.* (2017) apontaram que essa condição crônica gerou uma visão generalizada de que o TOC está frequentemente relacionado a um comprometimento funcional significativo e a uma redução na qualidade de vida (QV).

Segundo Hayes *et al.* (1999) conforme mencionado por Martínez e Picazo (2009) a Terapia de Aceitação e Compromisso aplicada de forma complementar ao tratamento Cognitivo-Comportamental parece produzir maiores benefícios nos pacientes.

De acordo com Hayes (2004) conforme citado por Martínez e Picazo (2009), o objetivo da terapia de aceitação e compromisso é buscar eliminar a rigidez psicológica e praticar a aceitação, o estar no presente, o desenvolvimento e compromisso com os próprios valores. Esses procedimentos, se aplicados, permitem que a pessoa esteja no presente, aceite pensamentos, sentimentos, emoções e sensações.

Segundo Hayes *et al.* (1999) apud Martínez e Picazo (2009), a aplicação desses procedimentos segue uma agenda terapêutica, que não é um procedimento rígido, mas sim um guia que deve ser adaptado a cada paciente e problema. Em um sentido mais técnico, Hayes *et al.* (2004) conforme citado por Martínez e Picazo (2009), aceitar consiste em fazer contato direto com as funções de estímulo dos eventos sem tentar alterá-las ou agir conforme suas funções verbais derivadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica grave e complexa, que afeta significativamente o bem estar dos indivíduos. As obsessões e rituais não trazem apenas angústia, mas acometem as atividades do dia a dia, nos relacionamentos, na vida social e profissional.

A qualidade de vida (QV) dos portadores é frequentemente comprometida, com impactos negativos em diversas áreas, como bem-estar psicológico, funcional pessoal e desenvolvimento profissional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica-o como uma das principais causas de anos vividos com incapacidade, destacando a necessidade de intervenções que melhorem a qualidade de vida (QV) desses indivíduos.

Para um tratamento eficaz, deve ser abrangente e personalizado, considerando as particularidades de cada caso. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é a abordagem eficaz para o transtorno, uma vez que contempla técnicas como a exposição e prevenção de respostas (EPR) e a reestruturação cognitiva, que ajudam os pacientes a enfrentar as situações

de ansiedade sem recorrer às compulsões e a desenvolver estratégias mais funcionais para lidar com os pensamentos intrusivos. Além das abordagens terapêuticas, é importante lembrar o uso das abordagens farmacológicas quando necessário, sempre sob a supervisão de um profissional qualificado. A combinação de abordagens terapêuticas pode trazer uma melhora significativa dos sintomas e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida do portador.

O TOC é um transtorno que exige uma abordagem terapêutica integrada e baseada em evidências, visando não apenas a redução dos sintomas mas também a melhora da qualidade de vida (QV). O entendimento afundo sobre os mecanismos biológicos e psicológicos do TOC é importante para o desenvolvimento de tratamentos eficazes e para a promoção do bem estar dos pacientes.

Além dos esforços individuais e clínicos no tratamento do TOC, é crucial enfatizar o papel da sociedade na promoção de uma melhor qualidade de vida para esses pacientes. A conscientização sobre o TOC é fundamental para reduzir o estigma associado à condição e incentivar os indivíduos a procurarem ajuda profissional. Portanto, o enfrentamento do TOC não deve ser visto apenas como uma questão individual, mas como um compromisso coletivo para criar uma sociedade mais inclusiva, acolhedora e informada.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC: Associação Psiquiátrica Americana, 2022.

CORDIOLI, A. V. **Manual de terapia cognitivo-comportamental: Transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CORDIOLI, A. V. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CORDIOLI, A. V. (org.). **TOC [recurso eletrônico]: manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. ISBN 978-85-8271-028-9. Disponível também como livro impresso.

FERREIRA, C.; FERREIRA L. P.; POMBO, S.; XAVIER, R. ; VIEIRA. Clinical Challenges in Pedophilia-Themed Obsessive-Compulsive Disorder. **Acta Médica Portuguesa**, v. 34, n. 10, p. 692-695, 2021. doi:10.20344/AMP.13296.

KRUGTEN;F., C. W.; BUSSCHBACH;J, J. V. ; MATTHIJS, V.; HAKKAART-VAN ROIJEN; L. WERNER, B. F. B. The Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL): development and first psychometric evaluation of a new measure to assess quality of life in

people with mental health problems. **Quality of Life Research**, v. 160, p. 1–11, 2021. doi:10.1007/S11136-021-02935-W.

MISIRLI, M.; KARADAYI KAYNAK, G. Relationship Obsessive Compulsive Disorder: A Systematic Review. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry**, v. 15, n. 4, p. 549–561, dez. 2023. doi:10.18863/pgy.1204303.

PHILLIPS, K. A.; STEIN, D. J. Obsessive-compulsive disorder: Clinical features, diagnosis, and treatment. **Psychiatric Clinics of North America**, 2023.

PUSPITA, S; RATTI, R; SETHY, D. R. Functional Impairment and Quality of Life in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 39, n. 6, p. 760–765, 2017. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_53_17.

RAQUEL, S. M.; ANA, M. P. Terapia de aceptación y compromiso en el TOC: estudio de su eficacia como tratamiento complementario. **Psicothema**, v. 13, n. 1, 2009.

SILVA, A. B. B. **Mentes & Manias: Entendendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo**. Rio de Janeiro: Editora Gente, 2011.

TORRESAN, R. C. 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.