



## Uma abordagem geral do transtorno obsessivo compulsivo

An overview of obsessive compulsive disorder

Una visión general del trastorno obsesivo compulsivo

Daniel Kling de Paula<sup>1</sup>, Clara Pereira Sá Pinto Kling<sup>2</sup>, Emílio Conceição de Siqueira<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar as características do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). **Revisão bibliográfica:** O TOC é uma condição psiquiátrica crônica e frequentemente debilitante, com prevalência de 1 a 2% mundialmente. O TOC é caracterizado pela presença de comportamentos obsessivos além de compulsões de maneira recorrente. Este transtorno geralmente é acompanhado por uma série de comorbidades psiquiátricas, qualidade de vida substancialmente reduzida e adversidade socioeconômica de longo prazo. A incidência de TOC é geralmente mais alta durante a pré-adolescência (início médio de 11 anos) e início da idade adulta. O TOC é frequentemente um transtorno devastador tanto para os pacientes quanto para suas famílias. **Considerações finais:** O TOC é um grave transtorno neuropsiquiátrico que ocasiona problemas nas atividades diárias, prejudica o funcionamento social, acadêmico e laboral. Nesse contexto, sua identificação precoce é essencial para evitar tais danos. Seu tratamento é feito através da farmacoterapia com inibidores seletivos da recaptção da serotonina como medicamentos de primeira linha e terapia cognitivo comportamental, a qual é primeira escolha para o TOC em crianças e adolescentes. A TCC para o TOC deve envolver exposição e prevenção de resposta.

**Palavras-chave:** Transtorno Obsessivo Compulsivo; Psiquiatria, Transtornos mentais.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the characteristics of Obsessive Compulsive Disorder (OCD). **Bibliographic review:** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a chronic and often debilitating psychiatric condition, with a prevalence of 1 to 2% worldwide. OCD is characterized by the presence of obsessive behaviors in addition to recurrent compulsions. This disorder is usually accompanied by a range of psychiatric comorbidities, substantially reduced quality of life, and long-term socioeconomic adversity. The incidence of OCD is generally highest during preadolescence (median onset 11 years) and early adulthood. OCD is often a devastating disorder for both patients and their families. **Final considerations:** OCD is a serious neuropsychiatric disorder that causes problems in daily activities, impairs social, academic and work functioning. In this context, its early identification is essential to avoid such damage. Its treatment is done through pharmacotherapy with selective serotonin reuptake inhibitors as first-line drugs and cognitive

<sup>1</sup> Universidade de Vassouras (UV), Vassouras - RJ.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP), Petrópolis - RJ.

behavioral therapy, which is the first choice for OCD in children and adolescents. CBT for OCD must involve exposure and response prevention.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder; Psychiatry, Mental disorders.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las características del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). **Revisión bibliográfica:** El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una afección psiquiátrica crónica y, a menudo, debilitante, con una prevalencia del 1 al 2% en todo el mundo. El TOC se caracteriza por la presencia de conductas obsesivas además de compulsiones recurrentes. Este trastorno suele ir acompañado de una variedad de comorbilidades psiquiátricas, calidad de vida sustancialmente reducida y adversidad socioeconómica a largo plazo. La incidencia de TOC es generalmente más alta durante la preadolescencia (mediana de inicio de 11 años) y la edad adulta temprana. El TOC suele ser un trastorno devastador tanto para los pacientes como para sus familias. **Consideraciones finales:** El TOC es un trastorno neuropsiquiátrico grave que provoca problemas en las actividades diarias, perjudica el funcionamiento social, académico y laboral. En este contexto, su identificación temprana es fundamental para evitar dicho daño. Su tratamiento se realiza mediante farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como fármacos de primera línea y terapia cognitivo conductual, que es la primera opción para el TOC en niños y adolescentes. La TCC para el TOC debe incluir la exposición y la prevención de la respuesta.

**Palabras clave:** Trastorno Obsesivo Compulsivo; Psiquiatría, Trastornos mentales.

---

## INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica crônica e frequentemente debilitante, com prevalência de 1 a 2% mundialmente. O TOC geralmente é acompanhado por uma série de comorbidades psiquiátricas, qualidade de vida substancialmente reduzida e adversidade socioeconômica de longo prazo. A incidência de TOC é geralmente mais alta durante a pré-adolescência (início médio de 11 anos) e início da idade adulta (início médio 23 anos) (DE LA CRUZ LF, et al., 2022; HEZEL DM e SIMPSON HB, 2019; SHARMA E, et al., 2021).

O TOC é caracterizado pela presença de comportamentos obsessivos além de compulsões de maneira recorrente. Cotidianamente, 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. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens ansiogênicos, indesejados e obstinados que o paciente experimenta como egodistônicos, ou seja, como intrusivos, angustiantes e inapropriados, não sintonizados com os próprios sentimentos aparentes e percebidos. As compulsões são comportamentos repetitivos e demorados ou atos mentais que o paciente é compelido a endossar frequentemente na tentativa de neutralizar a ansiedade induzida pela obsessão (FONTENELLE LF, et al., 2022; MARIANO JLP, et al., 2020; MARTINS MF e SILVA MR, 2022).

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 (FONTENELLE LF, et al., 2022; RAPINESI C, et al., 2019). 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 (SHARMA E, et al., 2021).

Embora o TOC possa se apresentar em diferentes formas e gravidades, os dados sugerem que o TOC é frequentemente um transtorno devastador tanto para os pacientes quanto para suas famílias, com quase

dois terços dos casos relatando comprometimentos graves. A doença geralmente surge na infância ou no início da idade adulta e segue um curso crônico e recidivante. A detecção do TOC frequentemente ocorre tardiamente e muitos pacientes apresentam doença não tratada por um período de tempo significativo antes de receber tratamento. Leva em média 4,0 anos desde as primeiras manifestações do TOC até seu reconhecimento e terapia adequados. Os médicos frequentemente atendem pacientes que estão gravemente incapacitados pelo TOC e ainda não receberam um diagnóstico adequado. Cada vez mais, as evidências sugerem que uma duração mais longa da doença não tratada leva a resultados e prognósticos piores. Por essas razões, uma identificação e tratamento precoces são frequentemente defendidos para minimizar seu impacto e alterar o curso da doença (FONTENELLE LF, et al., 2022; REID JE, et al., 2021).

Devido ao seu comprometimento negativo na qualidade de vida, é essencial o conhecimento acerca do TOC e suas comorbidades a fim de propiciar adequado diagnóstico e tratamento eficaz. O objetivo do estudo foi analisar as características do Transtorno Obsessivo Compulsivo.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Definição e epidemiologia

O TOC constitui um distúrbio neuropsiquiátrico que se caracteriza por impulsos ou imagens de forma recorrente ou persistente além de impulsos que se manifestam dessa mesma maneira e que ocasionam ansiedade e angústia, comportamentos repetitivos e ações que o indivíduo realiza na tentativa de reduzir a ansiedade ou angústia ou simplesmente de acordo com regras rígidas (ou seja, compulsões). Estudos epidemiológicos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que o TOC afeta até 3,0% da população geral. Estimativas também indicam que 28,2% da população apresenta pelo menos um sintoma de TOC durante a vida (FONTENELLE LF, et al., 2022; HEZEL DM e SIMPSON HB, 2019; LAVALLÉ L, et al., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca o TOC entre os dez principais transtornos que mais incapacitam os seres humanos. Embora as mulheres sejam afetadas em uma taxa ligeiramente maior do que os homens na adolescência e na idade adulta, os homens são mais comumente afetados na infância. O TOC tem quatro vezes mais chances de se desenvolver em parentes de primeiro grau de pessoas com o transtorno. Além disso, como o curso é crônico, geralmente dura toda a vida se não for tratado, raramente com remissão completa (BORTONCELLO CF, et al., 2022; STEIN DJ, et al., 2019; NAZEER A, et al., 2020).

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 (STEIN DJ, et al., 2019; MARTINS MF e SILVA MR, 2022; NAZEER A, et al., 2020; DEL CASALE A, et al., 2019; MAHJANI B, et al., 2021).

### Etiologia do TOC

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. Um estudo de

agrupamento familiar multigeracional de quase 25.000 indivíduos com TOC, identificados por meio dos registros nacionais suecos, descobriu que o risco de TOC entre parentes aumentava de acordo com o grau de parentesco genético com o probando (GOODMAN WK, et al., 2021; MARTINS MF e SILVA MR, 2022; MAHJANI B, et al., 2021).

Uma inflamação persistente de baixo grau envolvendo os sistemas imunológicos inato e adaptativo também foi observada no TOC. Mais proeminentemente, foi proposto que uma resposta autoimune à infecção levando à inflamação nos gânglios da base pode ser a base de alguns casos de TOC de início precoce incomumente abrupto. Esta condição foi inicialmente denominada transtornos neuropsiquiátricos autoimunes pediátricos associados a infecções estreptocócicas, mas recentemente foi ampliada para síndrome neuropsiquiátrica autoimune pediátrica, enfatizando que a doença pode começar com desencadeantes infecciosos além dos estreptocócicos (MAHJANI B, et al., 2021; ENDRES D, et al., 2022).

Embora se acredite amplamente que resulte da interação de fatores genéticos e ambientais, alguns casos de TOC podem ser atribuídos a etiologias neurológicas específicas. A evidência do papel dos gânglios da base na fisiopatologia do TOC vem de relatos de casos de “acidentes da natureza”, como a coreia de Sydenham, a encefalite de von Economo e eventos isquêmicos nos quais insultos a os gânglios da base, particularmente o globo pálido e caudado, produziram comportamentos de TOC (GOODMAN WK, et al., 2021; MARTINS MF e SILVA MR, 2022).

### **Quadro clínico, diagnóstico e consequências do TOC**

A vida dos pacientes com TOC é caracterizada por mais anos de incapacidade do que a dos pacientes com esclerose múltipla e doença de Parkinson combinadas. Apesar do fardo da doença, muitas vezes ela não é reconhecida ou não é reconhecida tanto em ambientes primários quanto psiquiátricos, uma vez que seus sintomas são frequentemente expressos internamente, e não externamente, e porque muitos pacientes manifestam autoestigma (sintomas experimentados com vergonha, embaraço ou culpa). Conseqüentemente, o tempo médio desde o início do TOC até a introdução de um tratamento farmacológico é de quase oito anos (DEL CASALE A, et al., 2019).

Obsessões são imagens, pensamentos ou impulsos que são intrusivos e indesejados e estão associados a ansiedade, angústia, repulsa e/ou uma sensação de que algo não está certo. Temas obsessivos comuns são preocupações sobre ferir os outros, ser uma pessoa má ou contaminar a si mesmo ou aos outros. As obsessões geram desconforto quando surgem e os indivíduos lidam com elas tentando ignorar, suprimir ou neutralizar. Esta tentativa de aliviar o desconforto, em geral, ocorre através das compulsões (MAHJANI B, et al., 2021; MARIANO JLP, et al., 2020).

As compulsões são comportamentos repetitivos ou rituais mentais, como verificar a segurança, inspecionar a limpeza, contar ou fazer pedidos repetitivos. A função das compulsões é prevenir ou reduzir a ansiedade ou impedir um evento temido (imaginado), evocado por obsessões. Por exemplo, um medo obsessivo de ser contaminado levará a altos níveis de sofrimento e a lavagem compulsiva ou ritualizada serve para reduzir temporariamente o sofrimento causado pela obsessão. No entanto, no TOC, as obsessões se repetem, reativam as compulsões e o ciclo de obsessões e compulsões continua. O TOC também pode ser conceituado como o extremo dos sintomas obsessivo-compulsivos que estão presentes na população em geral (MAHJANI B, et al., 2021; HEZEL DM e SIMPSON HB, 2019).

Uma avaliação abrangente do TOC requer médicos treinados que realizam entrevistas diretas com o paciente e, sempre que possível, com familiares, para que um diagnóstico preciso possa ser determinado e um tratamento individualizado possa ser adaptado. As características do TOC são obsessões (pensamentos, imagens ou impulsos recorrentes, intrusivos e indesejados e compulsões (comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente compelido a realizar), que podem se apresentar juntos ou separadamente. As dimensões dos sintomas mais comuns do TOC são a contaminação /lavar, agressão/controlar, simetria/ordenar/arranjar, sexual/religioso (também conhecido como 'pensamentos tabus') e acumulação (FINEBERG NA, et al., 2020; MARTINS MF e SILVA MR, 2022).



Outras características sintomáticas que podem surgir incluem impulsividade, episódios de raiva, comportamento agressivo, obsessões sexuais, rituais religiosos (escrupulosidade) e obsessões alimentares em transtornos alimentares. Vários medos podem surgir sobre higiene, contaminação, limpeza, necessidade de verificação contínua e estabelecimento de simetria constante em suas vidas (NAZEER A, et al., 2020).

A presença e a gravidade dos sintomas podem ser medidas por instrumentos validados, o que é relevante para adequar o tratamento comportamental e monitorar objetivamente a resposta ao tratamento. Para o diagnóstico de TOC, enquanto entrevistas de forma livre por médicos são comumente usadas, entrevistas estruturadas oferecem vantagens em termos de objetividade e propriedades psicométricas. Entrevistas adequadas para o diagnóstico de TOC na idade adulta incluem a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM-5 ou a Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. A Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) é o padrão-ouro para avaliar a gravidade dos sintomas em pacientes adultos diagnosticados e incorpora uma lista de verificação detalhada para sintomas individuais. Para triagem inicial, seis perguntas breves podem ser usadas. Estes incluem o seguinte: (1) Você lava ou limpa muito? (2) Você verifica muito as coisas? (3) Existe algum pensamento que continua incomodando você, do qual você gostaria de se livrar, mas não consegue? (4) Suas atividades diárias demoram muito para terminar? (5) Você está preocupado com ordem ou simetria? (6) Esses problemas o incomodam? A resposta positiva a uma ou mais afirmações indicaria a necessidade de uma avaliação mais detalhada (FONTENELLE LF, et al., 2022).

O TOC precisa ser diferenciado de: transtornos de ansiedade que se apresentam com medos recorrentes (como nas fobias) e preocupação excessiva (como no transtorno de ansiedade generalizada); ruminações que acompanham humor depressivo em transtornos depressivos; transtorno de puxar o cabelo (a única compulsão); distúrbios de tique; transtornos alimentares (preocupações focadas em peso e forma e alimentação); transtornos psicóticos (especialmente no TOC de insight deficiente e no chamado transtorno esquizo-obsessivo) e transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (com as marcas de rigidez duradoura e perfeccionismo ao longo da vida) (FINEBERG NA, et al., 2020; HEZEL DM e SIMPSON HB, 2019).

O TOC pode atingir significativamente na qualidade de vida do portador e todos que estão ao seu redor. Em muitos casos, ocorre a incapacidade de frequentar ambientes acadêmicos e laborais em decorrência das características do problema. Nos últimos anos, vários estudos empíricos também mostraram que o TOC tem um efeito adverso na qualidade de vida dos parentes e a presença de sintomas de TOC tem sido associada à acomodação familiar e emoção expressa elevada entre os membros da família. Por exemplo, a presença de obsessões de contaminação pode levar os pacientes a envolver familiares em seus rituais de limpeza (acomodação familiar) ou pode resultar em conflitos com eles devido à sua relutância em participar ou aceitar essas compulsões (alta emoção expressa). Além disso, pesquisas crescentes apontam que parentes de pessoas com TOC apresentam altas taxas de psicopatologia. Em relação aos pais com TOC, estudos comunitários e familiares têm mostrado que seus filhos têm maior risco de sofrer de transtornos mentais em geral quando comparados com pais sem TOC. Os dados atuais indicam que as crianças têm maior prevalência de transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, depressão maior, autismo, esquizofrenia e anorexia nervosa. Além disso, pesquisas focadas na avaliação de sintomas emocionais mostraram que filhos de pais com TOC correm maior risco de apresentar sintomas de internalização (FRÍAS A, et al., 2020; MARIANO JLP, et al., 2020).

## Tratamento

O tratamento para o TOC inclui opções farmacológicas, psicoterapêuticas e cirúrgicas. Há evidências robustas de que o tratamento com inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e terapia cognitivo-comportamental (TCC) envolvendo exposição e prevenção de resposta (ERP) (ERP é uma terapia na qual os pacientes são ensinados a enfrentar e tolerar condições que provocam obsessões e compulsões e resistem a agir sobre eles), proporciona alívio dos sintomas do TOC. Como os ISRS no TOC mostram uma relação dose-resposta positiva, as dosagens mais altas disponíveis são recomendadas.

As opções farmacológicas de segunda linha são a clomipramina ou antipsicóticos atípicos, principalmente risperidona e aripiprazol (MAHJANI B, et al., 2021; REID JE, et al., 2021).

A monoterapia com TCC mais intensiva (incluindo ERP) ou um ISRS é recomendada para pacientes com sintomas moderados ou pacientes com doença leve que não toleram tratamento psicológico de baixa intensidade, enquanto a terapia combinada (ISRS e TCC com ERP) é recomendada para pacientes com mais doença grave ou resistente. No caso de crianças e jovens com TOC, a TCC é priorizada sobre a farmacoterapia, para evitar possíveis efeitos adversos da medicação nessa faixa etária, e o ERP é citado como o tipo recomendado de TCC (REID JE, et al., 2021; FINEBERG NA, et al., 2018).

### **TOC em crianças e adolescentes**

O TOC é uma condição crônica que afeta os seres humanos desde a infância até a idade adulta, com um continuum entre os traços obsessivo-compulsivos e o TOC manifesto. O TOC é muitas vezes subdiagnosticado e frequentemente encontrado com percepção mínima naqueles que têm TOC, bem como acomodação familiar considerável que eles desfrutam de suas famílias. A idade parental mais avançada aumenta os riscos de alguns distúrbios do neurodesenvolvimento, como TOC e transtorno do espectro do autismo. O TOC na infância geralmente tem apresentação grave, aguda e pode estar associado a infecções por *Streptococcus* e além da Síndrome Neuropsiquiátrica Pediátrica de Início Agudo. Ademais, o TOC de início precoce demonstra uma etiologia genética da doença (NAZEER A, et al., 2020; MARIANO JLP, et al., 2020).

A prevalência global relatada de TOC em crianças e adolescentes varia de 0,25% a 3%. Um pico bimodal na incidência de TOC é relatado com um pico por volta dos 11 anos e outro durante a idade adulta. No Brasil, estudo com 842 pacientes clínicos encontrou idade média de início dos sintomas de 12,4 anos em homens e 12,7 anos em mulheres, com achados semelhantes relatados na literatura internacional. Em uma proporção significativa de casos, os sintomas do TOC começam durante a infância e continuam na idade adulta. Um estudo com adolescentes no sul do Brasil constatou que apenas 9,3% daqueles diagnosticados com TOC tinham conhecimento de seu diagnóstico e, destes, apenas 6,7% haviam feito algum tipo de tratamento. Como o TOC nem sempre é percebido pela família, muitas vezes há um longo intervalo entre o início dos sintomas e a busca por tratamento, o que pode ser um preditor de mau prognóstico. O transtorno comórbido mais comum no TOC com início na infância foi o transtorno de tiques (RAJITH RK e KRISHNAKUMAR P, 2022; BORTONCELLO CF, et al., 2022).

O TOC pediátrico é cada vez mais reconhecido como um problema de saúde mental associado a morbidade significativa em relação a resultados psiquiátricos e qualidade de vida. De fato, o TOC está associado ao risco concomitante e de longo prazo para uma série de diagnósticos de saúde mental comórbidos; esses problemas psiquiátricos aumentam o fardo da doença, representam seus próprios riscos de longo prazo e complicam consideravelmente o cenário da intervenção (ROZENMAN M, et al., 2019).

Um diagnóstico de TOC com início na infância é considerado quando os sintomas começam antes da puberdade. A identificação precoce dos sintomas do TOC durante a infância e o início do tratamento são essenciais para prevenir a cronicidade e o comprometimento funcional. O TOC na infância é comumente comórbido com transtorno do espectro autista (TEA) e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). Os médicos também devem estar cientes e atentos à potencial comorbidade do TOC com enurese (enurese noturna primária não monossintomática), dermatoses autoinduzidas, disgamaglobulinemia por imunoglobulina A e disfunção do sono [insônia, distúrbios do início e manutenção do sono, distúrbio retardado da fase do sono (DSPD) (NAZEER A, et al., 2020).

Em crianças e adolescentes com TOC, tanto a terapia cognitivo-comportamental (TCC) quanto as drogas psicoativas são eficazes na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é amplamente reconhecida como um tratamento eficaz para o TOC pediátrico. A TCC para TOC é composta por vários componentes, que variam de acordo com o protocolo, mas geralmente incluem psicoeducação, exposição, habilidades de enfrentamento, reestruturação cognitiva e sistemas de recompensa, embora as exposições sejam consideradas o principal ingrediente ativo do

tratamento. Portanto, a TCC é considerada o tratamento de escolha de primeira linha em crianças e adolescentes com sintomas leves e moderados de TOC (por exemplo, predominância de compulsões, ausência de comorbidades). Como escolha de segunda linha, a TCC combinada com a farmacoterapia é recomendada em casos de intensidade moderada a grave dos sintomas ou quando há depressão comórbida (ROZENMAN M, et al., 2019; BORTONCELLO CF, et al., 2022).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TOC é um grave transtorno neuropsiquiátrico que ocasiona problemas nas atividades diárias, prejudica o funcionamento social, acadêmico e laboral. Nesse contexto, sua identificação precoce é essencial para evitar tais danos. Seu tratamento é feito através da farmacoterapia com inibidores seletivos da recaptção da serotonina como medicamentos de primeira linha e terapia cognitivo comportamental, a qual é primeira escolha para o TOC em crianças e adolescentes. A TCC para o TOC deve envolver exposição e prevenção de resposta.

## REFERÊNCIAS

1. BORTONCELLO CF. Efficacy of group cognitive-behavioral therapy in adolescents with obsessive compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*, 2022; 44(4): 449-460.
2. DE LA CRUZ LF, et al. Morbidity and mortality in obsessive-compulsive disorder: A narrative review. *Neurosci Biobehav Rev*, 2022; 136: 104602.
3. DEL CASALE A, et al. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol*, 2019; 17(8): 710-736.
4. ENDRES D, et al. Immunological causes of obsessive-compulsive disorder: is it time for the concept of an "autoimmune OCD" subtype? *Transl Psychiatry*, 2022; 12(1): 5.
5. FINEBERG NA, et al. Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *Int Clin Psychopharmacol*, 2020; 35(4): 173-193.
6. FINEBERG NA, et al. Optimal treatment for obsessive compulsive disorder: a randomized controlled feasibility study of the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy, selective serotonin reuptake inhibitors and their combination in the management of obsessive compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 2018; 33(6): 334-348.
7. FONTENELLE LF, et al. Early intervention in obsessive-compulsive disorder: From theory to practice. *Compr Psychiatry*, 2022; 119: 152353.
8. FRÍAS A, et al. Parenting attitudes in people with obsessive-compulsive disorder and emotional symptoms in their children. *Clínica y Salud*, 2020; 31(2): 91-98.
9. GOODMAN WK, et al. Harmonizing the Neurobiology and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 2021; 178(1): 17-29.
10. HEZEL DM e SIMPSON HB. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian J Psychiatry*, 2019; 61(1): 85-92.
11. LAVALLÉ L, et al. Review of source-monitoring processes in obsessive-compulsive disorder. *World J Psychiatry*, 2020; 10(2): 12-20.
12. MAHJANI B, et al. Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*, 2021; 51(13): 2247-2259.
13. MARIANO JLP, et al. Características gerais do transtorno obsessivo-compulsivo: artigo de revisão. *Atenas Higeia*, 2020; 2(3): 22- 29.
14. MARTINS MF e SILVA MR. Estudo sobre transtornos obsessivo-compulsivos: diagnóstico, influências dos mecanismos neuropsicológicos, causas e tratamento. *Multitema*, 2022; 27(67), 89–110.
15. NAZEER A, et al. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Transl Pediatr*, 2020; 9(1): 76-93.
16. RAJITH RK e KRISHNAKUMAR P. Clinical profile of obsessive-compulsive disorder in children. *J Family Med Prim Care*, 2022; 11(1): 251-255.

17. RAPINESI C, et al. Brain Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*, 2019; 17(8): 787-807.
18. REID JE, et al. Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry*, 2021; 106: 152223.
19. ROZENMAN M, et al. Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 2019; 276: 115-123.
20. SHARMA E, et al. Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*, 2021; 12: 703701.
21. STEIN DJ, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 2019; 5(1): 52.
22. TALAMBAS S, et al. Impacto laboral da perturbação obsessivo-compulsiva: caso clínico. *RPSO*, 2022; 13: 85-91.