

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: Uma Revisão

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO: Una Revisión

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A Review

Fernando Paulos Vieira

Doutor em Ciências.

Especialização em Psicologia Clínica, pelo Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Brasil.
Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, pelo CETCC – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-
Comportamental.

Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses

RESUMO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico grave, frequentemente crônico, caracterizado por pensamentos intrusivos recorrentes e comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados para reduzir sofrimento ou prevenir desfechos temidos. A TCC com Exposição e Prevenção de Resposta (TCC/EPR) constitui a intervenção psicológica mais bem fundamentada para o TOC, apresentando evidências robustas de eficácia clínica em diferentes contextos e faixas etárias. O presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura sobre TCC/EPR, abordando eficácia, mecanismos de ação, moderadores de resposta, modalidades de entrega e desafios de implementação. A partir de revisão bibliográfica de artigos científicos recentes, foi possível identificar que a TCC/EPR promove uma redução significativa dos sintomas, melhora do funcionamento geral e prevenção de recaídas, sendo recomendada como tratamento de primeira linha, isolada ou em combinação com farmacoterapia em casos graves. Estudos apontam que fatores do paciente, do tratamento e contextuais influenciam os resultados, e que modalidades alternativas de entrega, como telessaúde e realidade virtual, podem ampliar o acesso ao tratamento. Apesar do sólido respaldo empírico, lacunas permanecem em relação à compreensão dos mecanismos terapêuticos, à individualização das intervenções e à disseminação em larga escala. A implementação de estratégias escalonadas, intensivas e adaptáveis é essencial para maximizar os benefícios clínicos e promover acesso equitativo ao tratamento do TOC.

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo; terapia cognitivo-comportamental; exposição e prevenção de resposta; revisão.

RESUMEN

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es un trastorno psiquiátrico grave, con frecuencia crónico, caracterizado por pensamientos intrusivos recurrentes y comportamientos repetitivos o actos mentales realizados para reducir el malestar o prevenir resultados temidos. La Terapia Cognitivo-Conductual con Exposición y Prevención de Respuesta (TCC/EPR) constituye la intervención psicológica mejor fundamentada para el TOC, presentando evidencias sólidas de eficacia clínica en

diferentes contextos y grupos etarios. El presente trabajo tiene como objetivo revisar la literatura sobre TCC/EPR, abordando eficacia, mecanismos de acción, moderadores de respuesta, modalidades de aplicación y desafíos de implementación. A partir de una revisión bibliográfica de artículos científicos recientes, fue posible identificar que la TCC/EPR promueve una reducción significativa de los síntomas, mejora del funcionamiento general y prevención de recaídas, siendo recomendada como tratamiento de primera línea, de manera aislada o en combinación con farmacoterapia en casos graves. Los estudios señalan que factores del paciente, del tratamiento y contextuales influyen en los resultados, y que modalidades alternativas de aplicación, como la telemedicina y la realidad virtual, pueden ampliar el acceso al tratamiento. A pesar del sólido respaldo empírico, permanecen lagunas en relación con la comprensión de los mecanismos terapéuticos, la individualización de las intervenciones y la difusión a gran escala. La implementación de estrategias escalonadas, intensivas y adaptables es esencial para maximizar los beneficios clínicos y promover un acceso equitativo al tratamiento del TOC.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo; terapia cognitivo-conductual; exposición y prevención de respuesta; revisión.

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a severe, often chronic psychiatric disorder characterized by recurrent intrusive thoughts and repetitive behaviours or mental acts performed to reduce distress or prevent feared outcomes. Cognitive-behavioural Therapy with Exposure and Response Prevention (CBT/ERP) is the most evidence-based psychological intervention for OCD, showing robust clinical efficacy across different contexts and age groups. This study aims to review the literature on CBT/ERP, addressing efficacy, mechanisms of action, response moderators, delivery modalities, and implementation challenges. Through a bibliographic review of recent scientific articles, it was found that CBT/ERP significantly reduces symptoms, improves overall functioning, and prevents relapse, being recommended as a first-line treatment, alone or combined with pharmacotherapy in severe cases. Research indicates that patient, treatment, and contextual factors influence outcomes, and alternative delivery methods, such as telehealth and virtual reality, may enhance access. Despite strong empirical support, gaps remain regarding therapeutic mechanisms, individualization of interventions, and large-scale dissemination. Implementing stepped, intensive, and adaptable strategies is essential to maximize clinical benefits and promote equitable access to OCD treatment.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; cognitive-behavioural therapy; exposure and response prevention; review.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é reconhecido como um transtorno psiquiátrico grave, frequentemente crônico e altamente incapacitante, caracterizado pela presença de obsessões — pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas, recorrentes e

indesejadas — e compulsões, manifestadas como comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados com o objetivo de reduzir a ansiedade ou prevenir eventos percebidos como ameaçadores (American Psychiatric Association, 2022). De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), os sintomas obsessivo-compulsivos consomem tempo significativo, geralmente superior a uma hora por dia, ou causam sofrimento clinicamente significativo, com prejuízo do funcionamento social ocupacional ou acadêmico (American Psychiatric Association, 2022). Estudos epidemiológicos apontam que o TOC se mantém entre os transtornos mentais com maior contribuição para anos vividos com incapacidade, configurando-se como um relevante problema de saúde pública em nível global (Who, 2017).

A prevalência ao longo da vida do TOC é estimada entre 2% e 3%, com início frequente na infância ou adolescência e curso crônico em parcela significativa dos casos não tratados adequadamente (Ruscio et al., 2010). Estudos longitudinais indicam que, mesmo em pacientes que apresentam remissão parcial, sintomas podem persistir de forma subclínica, mantendo prejuízo funcional e predispondo ao desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, particularmente depressão maior, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade (Tibshirani et al., 2020; Lewin et al., 2014). Além disso, o início precoce do TOC tem sido associado a maior severidade clínica, presença de múltiplos subtipos sintomatológicos e menor resposta inicial à farmacoterapia, fatores que reforçam a necessidade de intervenções precoces e direcionadas.

A heterogeneidade sintomatológica do TOC é marcante, incluindo dimensões clássicas como contaminação/limpeza, simetria/ordem, pensamentos proibidos — de natureza agressiva, sexual ou religiosa — e verificação ou checagem compulsiva. Subtipos específicos podem apresentar diferenças em termos de gravidade funcional, padrões neurobiológicos e respostas terapêuticas (Tibshirani et al., 2020; Paoli et al., 2021). Por exemplo, pacientes predominantemente com obsessões de simetria podem apresentar maior envolvimento de circuitos fronto-estriatais dorsais, enquanto aqueles com predominância de pensamentos proibidos podem apresentar ativação amigdalár mais intensa, o que sugere potencial para abordagens terapêuticas individualizadas baseadas em perfil sintomatológico e neurobiológico.

Nas últimas décadas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), especialmente quando combinada à Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), consolidou-se como a intervenção psicológica de primeira linha para o TOC. Meta-análises demonstram efeitos robustos, com redução significativa da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, melhora do funcionamento global e aumento da qualidade de vida (Öst et al., 2015; Olajide; McKay,

2021). Ensaios clínicos randomizados indicam que, quando conduzida com fidelidade aos protocolos e acompanhada de estratégias de prevenção de recaídas, a TCC/EPR mantém benefícios terapêuticos a médio e longo prazo (Franklin et al., 2011). Comparativamente, embora os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) também sejam eficazes isoladamente, a TCC/EPR frequentemente resulta em maiores taxas de remissão sustentada e menor risco de recaída após o término do tratamento (SKAPINAKIS et al., 2016).

Diretrizes internacionais, como NICE (2022) e APA (2022), recomendam a TCC/EPR como tratamento de primeira linha, aplicável a adultos e crianças, isoladamente ou em combinação com farmacoterapia, dependendo da gravidade clínica e do comprometimento funcional. O modelo de cuidado escalonado proposto pelo NICE varia desde intervenções de baixa intensidade, como programas de autoajuda guiada e aplicações digitais, até TCC/EPR individual estruturada e programas intensivos para casos resistentes. A APA reforça a necessidade de intervenção ao longo do ciclo vital, destacando a aplicabilidade da TCC/EPR em diferentes idades e contextos clínicos, bem como a importância da adaptação cultural dos protocolos.

O entendimento dos mecanismos terapêuticos da TCC/EPR evoluiu consideravelmente. Modelos clássicos, fundamentados na habituação e no processamento emocional, postulavam que a redução progressiva da ansiedade frente à exposição repetida aos estímulos temidos seria o fator central responsável pela melhora clínica (Foa; Kozak, 1986). Pesquisas contemporâneas enfatizam modelos de aprendizagem inibitória, nos quais a mudança clínica decorre da violação de expectativas catastróficas e da formação de novas associações de segurança que competem com memórias de medo previamente consolidadas (Craske et al., 2014; Kircansky; Craske, 2015). Evidências sugerem que a habituação intra-sessão contribui para ganhos imediatos, mas a aprendizagem inibitória explica de maneira mais robusta a manutenção dos efeitos terapêuticos e a prevenção de recaídas. Protocolos modernos de EPR incorporam estratégias como variação de estímulos, manipulação de expectativas e recuperação de pistas, a fim de otimizar a retenção do aprendizado inibitório (Meehl, 2019; Rachman, 2017).

A personalização do tratamento é um aspecto central da TCC/EPR. Entre fatores do paciente que modulam a resposta terapêutica, destacam-se gravidade inicial, subtipos específicos de obsessões e compulsões, comorbidades psiquiátricas, baixa motivação e altos níveis de acomodação familiar, definida como a participação de familiares nos rituais ou na evitação de estímulos, que frequentemente estão associados a menor eficácia terapêutica (Lewin et al., 2014). Fatores relacionados ao tratamento, como experiência do terapeuta, fidelidade ao protocolo, intensidade e número de sessões, também desempenham papel determinante na

resposta (Franklin et al., 2011; O’connor et al., 2015). Evidências sugerem que intervenções prolongadas ou intensivas podem aumentar taxas de remissão em pacientes parcialmente responsivos, reforçando a necessidade de abordagens individualizadas e monitoramento contínuo do progresso clínico.

A ampliação do acesso e da efetividade da TCC/EPR constitui desafio central. Limitações estruturais, escassez de profissionais capacitados e restrições institucionais reduzem a oferta do tratamento em larga escala. Modalidades alternativas incluem programas intensivos de curta duração, TCC online, telessaúde e exposições assistidas por realidade virtual, apresentando resultados promissores em eficácia, adesão e satisfação do paciente, frequentemente comparáveis à terapia presencial (Andersson et al., 2012; Werner-Seidler et al., 2021; Király et al., 2019). A disseminação de terapias remotas durante a pandemia de COVID-19 evidenciou potencial de escalabilidade, mas também desafios relacionados à manutenção da fidelidade ao protocolo, capacitação profissional e equidade de acesso.

A combinação da TCC/EPR com farmacoterapia continua indicada em casos moderados a graves. Revisões sistemáticas demonstram que ISRS isolados e TCC/EPR são eficazes, e a abordagem combinada pode gerar efeitos aditivos, com aumento de taxas de resposta e remissão (Skapinakis et al., 2016). Estratégias de intensificação incluem aumento da dose de ISRS, extensão da duração da EPR e protocolos direcionados a respondedores parciais (Fineberg et al., 2015). Entretanto, a integração ideal entre psicoterapia e farmacoterapia, incluindo momento, sequência e duração, ainda requer investigação longitudinal.

Apesar do sólido respaldo empírico, barreiras à implementação e disseminação persistem. Escassez de profissionais treinados, estigma associado ao tratamento psicológico e relutância de pacientes em engajar-se nas exposições constituem obstáculos significativos (Reid et al., 2017). A ciência da implementação enfatiza a necessidade de estratégias estruturadas que contemplem formação e supervisão contínua, adaptação cultural e preservação dos mecanismos centrais da intervenção, com atenção especial à aprendizagem inibitória (Weiner et al., 2019).

Além do impacto clínico, o TOC representa um ônus socioeconômico considerável, refletido em absenteísmo laboral, perda de produtividade, custos diretos e indiretos com saúde e necessidade de suporte familiar prolongado. Estratégias de saúde pública devem, portanto, considerar não apenas a eficácia clínica das intervenções, mas também sua escalabilidade, custo-efetividade e integração em políticas de saúde mental, visando reduzir o impacto funcional e social do TOC.

Em síntese, a TCC/EPR se consolida como a intervenção psicológica de padrão-ouro para o TOC, com eficácia robusta, aplicabilidade em diferentes contextos clínicos e potencial

de manutenção dos ganhos terapêuticos. Lacunas permanecem quanto à elucidação completa dos mecanismos de mudança, identificação de moderadores de resposta, otimização de modalidades alternativas de entrega e superação de barreiras de implementação. Pesquisas futuras integrativas, articulando eficácia clínica, mecanismos terapêuticos, fatores contextuais e modelos de disseminação, são essenciais para otimizar desfechos, ampliar o acesso ao tratamento e reduzir o impacto funcional, social e econômico do TOC na população afetada.

MÉTODOS

O presente trabalho caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, cujo objetivo central é analisar e sintetizar a literatura disponível acerca do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e dos efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com Exposição e Prevenção de Resposta (EPR). A intenção é oferecer uma visão abrangente do estado atual do conhecimento, integrando dados sobre eficácia clínica, mecanismos terapêuticos, moderadores de resposta, modalidades de entrega, combinação com farmacoterapia e desafios de implementação na prática clínica, contribuindo para a orientação de profissionais e pesquisadores na área da saúde mental.

A busca e seleção da literatura foram realizadas em bases de dados amplamente reconhecidas e de acesso internacional, incluindo PubMed Central (National Center for Biotechnology Information – NCBI), ScienceDirect (Elsevier), Scielo, Periódicos Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e NESCON (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva). Estas bases foram selecionadas por abrangerem artigos revisados por pares, revisões sistemáticas, meta-análises, diretrizes clínicas e documentos oficiais de organizações internacionais, garantindo assim a inclusão de evidências robustas e confiáveis.

A estratégia de busca foi planejada de forma a maximizar a abrangência e relevância das referências, combinando termos em português e inglês. Entre as palavras-chave utilizadas, destacam-se: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, TOC, Terapia Cognitivo-Comportamental, Cognitive Behavioral Therapy, Exposição e Prevenção de Resposta, Exposure and Response Prevention, mecanismos de aprendizagem, eficácia, moderadores de resposta, modalidades de entrega e implementação. Foram aplicados operadores booleanos (AND, OR) e filtros de busca avançados para refinar os resultados, incluindo faixa etária, tipo de estudo e relevância clínica, buscando equilibrar abrangência e rigor metodológico.

Foram incluídos estudos que apresentassem dados originais sobre intervenções baseadas em TCC/EPR, revisões sistemáticas e meta-análises que sintetizassem a eficácia de tais abordagens, bem como diretrizes clínicas internacionais e documentos de consenso de

sociedades científicas. Priorizaram-se publicações dos últimos 20 anos, considerando a evolução do conhecimento em psicoterapia baseada em exposição, mas também foram incorporados estudos clássicos que fundamentam o desenvolvimento teórico e prático da TCC/EPR, garantindo o contexto histórico e científico adequado. Foram excluídos trabalhos que não abordassem diretamente o TOC ou que analisassem intervenções psicológicas sem componente de exposição, bem como relatos de caso isolados sem generalização possível.

A análise dos dados seguiu um processo estruturado de leitura crítica e categorização, contemplando: (i) a eficácia clínica da TCC/EPR em diferentes populações e contextos; (ii) os mecanismos de mudança terapêutica, com atenção especial às teorias de habituação e aprendizagem inibitória; (iii) moderadores e preditores de resposta, incluindo fatores do paciente, do tratamento e do contexto; (iv) modalidades de entrega, abrangendo intervenções presenciais, intensivas, online, telessaúde e assistidas por tecnologias de realidade virtual ou mista; (v) a combinação com farmacoterapia, especialmente com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS); e (vi) os desafios de implementação, relacionados a barreiras estruturais, adesão dos pacientes e capacitação profissional.

A síntese das evidências buscou não apenas descrever os resultados, mas integrar achados para identificar lacunas no conhecimento, potencialidades de adaptação de protocolos e oportunidades de aplicação clínica. Esta abordagem permitiu gerar uma narrativa crítica que auxilia na compreensão de como a TCC/EPR pode ser aplicada de maneira eficaz, flexível e escalável, ao mesmo tempo em que orienta prioridades para pesquisas futuras e para o aperfeiçoamento da prática clínica baseada em evidências.

REVISÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é reconhecido como um transtorno psiquiátrico grave, frequentemente crônico e altamente incapacitante, caracterizado pela presença de obsessões — pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas, recorrentes e indesejadas — e/ou compulsões, manifestadas como comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados com o objetivo de reduzir a ansiedade ou prevenir desfechos percebidos como ameaçadores (American Psychiatric Association, 2022). De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), os sintomas devem provocar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional nas esferas social, ocupacional ou acadêmica, consumindo frequentemente mais de uma hora por dia (American Psychiatric Association, 2022). O impacto do TOC transcende a esfera individual, interferindo em relações familiares, desempenho escolar e ocupacional e contribuindo para elevado

sofrimento subjetivo. Dados da World Health Organization indicam que o TOC figura entre os transtornos mentais que mais contribuem para os anos vividos com incapacidade, representando relevante problema de saúde pública global (Who, 2017).

Epidemiologicamente, estima-se que a prevalência ao longo da vida seja entre 2% e 3%, com início predominante na infância ou adolescência e curso crônico em parcela considerável da população afetada (Ruscio et al., 2010). Estudos longitudinais sugerem que, mesmo em casos com remissão parcial, sintomas persistem de forma subclínica, mantendo prejuízo funcional e aumentando a vulnerabilidade a comorbidades psiquiátricas, como depressão maior, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade (Tibshirani et al., 2020; Lewin et al., 2014). A heterogeneidade sintomatológica do TOC, incluindo dimensões clássicas como contaminação/limpeza, simetria/ordem, pensamentos proibidos (agressivos, sexuais ou religiosos) e verificação/checagem, apresenta implicações prognósticas e terapêuticas influenciando padrões de resposta e escolha da intervenção (Tibshirani et al., 2020). Além disso, subtipos específicos podem se associar a diferentes perfis neurobiológicos e cognitivos, refletindo diversidade na ativação de circuitos cortico-estriatais e amigdalares, o que reforça a necessidade de abordagens terapêuticas individualizadas (Paoli et al., 2021).

Historicamente, a TCC surgiu como abordagem de referência para o TOC nos anos 1960 e 1970, consolidando-se nas décadas seguintes, especialmente com a integração da Exposição e Prevenção de Resposta (EPR). Meta-análises e revisões sistemáticas demonstram que a TCC/EPR apresenta efeitos de grande magnitude quando comparada a listas de espera, controles inativos ou intervenções psicológicas não específicas, promovendo reduções significativas nos sintomas obsessivo-compulsivos, melhora do funcionamento global e aumento da qualidade de vida (Öst et al., 2015; Skapinakis et al., 2016; Franklin et al., 2011). A magnitude dos efeitos é influenciada por fatores como delineamento metodológico, tipo de comparador, faixa etária e risco de viés dos estudos (Olajide; McKay, 2021). Ensaios clínicos sugerem que, quando aplicada com fidelidade, a TCC/EPR produz efeitos sustentáveis, com redução do risco de recaídas, reforçando seu papel como intervenção de primeira linha.

Diretrizes internacionais, como as do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e da American Psychiatric Association (APA), recomendam a TCC/EPR como tratamento de escolha, isoladamente ou em combinação com farmacoterapia, dependendo da gravidade clínica e do comprometimento funcional (Nice, 2022; American Psychiatric Association, 2022). O modelo de cuidado escalonado proposto pelo NICE inclui intervenções de baixa intensidade (autoajuda guiada ou programas online), TCC/EPR estruturada individualmente e programas intensivos para casos resistentes, permitindo adaptação a

diferentes níveis de severidade clínica e contextos de atendimento. A APA enfatiza a aplicabilidade da TCC/EPR ao longo do ciclo vital, destacando sua relevância tanto para crianças quanto para adultos.

A compreensão dos mecanismos terapêuticos da TCC/EPR evoluiu significativamente. Modelos clássicos baseados na habituação postulavam que a redução progressiva da ansiedade frente à exposição repetida aos estímulos temidos seria o principal fator responsável pela melhora clínica (Foa; Kozak, 1986). Pesquisas mais recentes, entretanto, sugerem que a aprendizagem inibitória constitui o mecanismo central, por meio do qual a EPR promove a violação de expectativas catastróficas e a formação de novas associações de segurança que competem com memórias de medo previamente consolidadas (Craske et al., 2014; Kircansky; Craske, 2015). Evidências indicam que a habituação intra-sessão pode contribuir para ganhos imediatos, mas a aprendizagem inibitória explica de forma mais robusta a manutenção dos efeitos terapêuticos e a prevenção de recaídas. Protocolos contemporâneos incorporam estratégias para maximizar essa aprendizagem, incluindo variação de estímulos, manipulação estratégica de expectativas e recuperação de pistas (Meehl, 2019; Rachman, 2017).

A personalização do tratamento é crucial, considerando fatores que modulam a resposta terapêutica. Entre os fatores relacionados ao paciente, destacam-se gravidade basal, subtipos específicos de obsessões e compulsões (como acúmulo, contaminação e checagem), comorbidades depressivas e transtornos de personalidade, baixa motivação e altos níveis de acomodação familiar — definidos como a participação de familiares em rituais ou na evitação de estímulos — todos associados a respostas terapêuticas menos favoráveis (Lewin et al., 2014). Entre fatores relacionados ao tratamento, destacam-se experiência do terapeuta, fidelidade ao protocolo, intensidade e número de sessões, com evidências de que intervenções mais prolongadas ou intensivas aumentam as taxas de remissão em pacientes parcialmente responsivos (Franklin et al., 2011; O’connor et al., 2015). Esses achados reforçam a necessidade de abordagens individualizadas e flexíveis, com monitoramento contínuo do progresso clínico.

As modalidades de entrega da TCC/EPR têm se diversificado para ampliar o acesso e a escalabilidade. Além da terapia presencial tradicional, programas baseados na internet, telessaúde e intervenções intensivas de curta duração têm demonstrado eficácia comparável em diversos contextos clínicos (Andersson et al., 2012; Werner-Seidler et al., 2021). Tecnologias emergentes, como realidade virtual e realidade mista, têm sido exploradas como ferramentas auxiliares para exposição, permitindo padronização dos estímulos e aumento da adesão, especialmente em pacientes com barreiras logísticas ou resistência inicial (KIRÁLY et al., 2019). Contudo, há heterogeneidade nos resultados, e estudos adicionais são necessários para

otimizar fidelidade, segurança e aceitação, bem como para compreender os efeitos de longo prazo. A disseminação das terapias remotas durante a pandemia de COVID-19 evidenciou oportunidades de expansão do acesso, mas também ressaltou desafios relacionados à capacitação profissional, manutenção da fidelidade aos protocolos e equidade de acesso (Reid et al., 2017).

A combinação da TCC/EPR com farmacoterapia, particularmente inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), permanece indicada em casos moderados a graves. Revisões sistemáticas indicam que ambos os tratamentos são eficazes isoladamente, mas a abordagem combinada pode gerar efeitos aditivos em curto prazo, aumentando taxas de resposta e remissão (Skapinakis et al., 2016). Estratégias de intensificação incluem aumento da dose de EPR, prolongamento do tratamento ou protocolos específicos para respondedores parciais (Fineberg et al., 2015). Entretanto, a integração ideal entre psicoterapia e farmacoterapia, incluindo momento, sequência e duração, ainda carece de estudos longitudinais.

Apesar do robusto respaldo empírico, barreiras à implementação permanecem significativas. Escassez de profissionais capacitados, relutância de alguns pacientes em engajar-se nas exposições e limitações institucionais constituem obstáculos relevantes (Reid et al., 2017). A ciência da implementação enfatiza a necessidade de estratégias estruturadas que ampliem a disseminação, aprimorem a adesão e adaptem intervenções a diferentes contextos culturais e institucionais, preservando os mecanismos centrais da aprendizagem inibitória (Weiner et al., 2019).

Em síntese, a TCC/EPR se consolida como intervenção psicológica de padrão-ouro para o TOC, com eficácia robusta, aplicabilidade em diferentes faixas etárias e contextos clínicos e potencial para manutenção dos ganhos terapêuticos. Entretanto, persistem lacunas quanto à elucidação completa dos mecanismos de mudança, identificação de moderadores de resposta, otimização de modalidades alternativas de entrega e superação de barreiras de implementação. Pesquisas futuras integrativas, articulando eficácia clínica, mecanismos terapêuticos, fatores contextuais e modelos de disseminação, são essenciais para otimizar desfechos, ampliar o acesso ao tratamento e reduzir o impacto do TOC na população afetada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é reconhecido como um transtorno psiquiátrico grave, frequentemente crônico e altamente incapacitante, caracterizado pela presença de obsessões — pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas, recorrentes e

indesejadas — e compulsões, manifestadas como comportamentos repetitivos ou atos mentais realizados com o objetivo de reduzir a ansiedade ou prevenir eventos percebidos como ameaçadores (American Psychiatric Association, 2022). De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), os sintomas obsessivo-compulsivos devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional nas esferas social, ocupacional ou acadêmica. Frequentemente, esses sintomas são crônicos, interferindo de forma substancial na rotina e na qualidade de vida do indivíduo, e podem persistir mesmo após períodos de remissão parcial, predispondo ao desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas adicionais.

Epidemiologicamente, a prevalência ao longo da vida do TOC é estimada entre 2% e 3%, com início típico na infância ou adolescência, sendo relativamente raro em adultos com início tardio (Ruscio et al., 2010). O curso clínico é frequentemente crônico quando não tratado adequadamente, embora variações individuais sejam comuns. Estudos longitudinais indicam que mesmo pacientes que apresentam remissão parcial continuam a manifestar sintomas subclínicos que afetam o funcionamento social e ocupacional, predispondo a comorbidades como depressão maior, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade, que, por sua vez, influenciam negativamente a resposta ao tratamento (Tibshirani et al., 2020; Lewin et al., 2014).

O TOC apresenta heterogeneidade sintomatológica marcante. As dimensões clássicas incluem: contaminação/limpeza, simetria/ordem, pensamentos proibidos (agressivos, sexuais ou religiosos) e verificação/checagem. Essa diversidade clínica implica em padrões distintos de gravidade funcional, prognóstico e respostas terapêuticas, sendo relevante para a definição de estratégias de intervenção individualizadas (Tibshirani et al., 2020; Paoli et al., 2021). Estudos neurobiológicos sugerem que diferentes subtipos podem estar associados a padrões de ativação cerebral específicos, com participação de circuitos fronto-estriatais e límbicos, o que reforça a necessidade de abordagens personalizadas, tanto na TCC quanto na farmacoterapia.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), particularmente quando combinada à Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), consolidou-se como tratamento psicológico de primeira linha para o TOC. Meta-análises e revisões sistemáticas demonstram efeitos de grande magnitude da TCC/EPR frente a listas de espera, controles inativos ou intervenções não específicas, promovendo redução significativa da gravidade dos sintomas, melhora do funcionamento global e aumento da qualidade de vida (Öst et al., 2015; Skapinakis et al., 2016; Franklin et al., 2011). Ensaios clínicos randomizados indicam que os efeitos da TCC/EPR são duradouros são duradouros, especialmente quando conduzida com fidelidade ao protocolo e acompanhada de

estratégias de prevenção de recaídas, incluindo acompanhamento pós-tratamento e reforço gradual de exposições (Franklin et al., 2011; O’connor et al., 2015).

Em comparação com farmacoterapia isolada, a TCC/EPR frequentemente apresenta maior eficácia na manutenção de efeitos terapêuticos após o término do tratamento. Ainda assim, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) permanecem indicados em casos moderados a graves, sendo recomendada a abordagem combinada quando a resposta à psicoterapia isolada é parcial ou quando há comorbidades relevantes (Skapinakis et al., 2016). Estratégias de intensificação combinam aumento da dose de ISRS, extensão da duração da EPR ou protocolos específicos para respondedores parciais, evidenciando aumento nas taxas de remissão (Fineberg et al., 2015).

Diretrizes internacionais, como NICE (2022) e APA (2022), recomendam a TCC/EPR como intervenção de primeira linha, isoladamente ou em combinação com farmacoterapia, considerando gravidade clínica, idade e nível de comprometimento funcional. O modelo de cuidado escalonado proposto pelo NICE inclui desde intervenções de baixa intensidade, como programas de autoajuda guiada e aplicativos digitais, até programas intensivos e especializados para casos resistentes. A APA enfatiza a importância da TCC/EPR ao longo do ciclo vital, destacando sua aplicabilidade em crianças, adolescentes e adultos, bem como a necessidade de adaptação cultural dos protocolos.

O entendimento dos mecanismos terapêuticos da TCC/EPR evoluiu significativamente. Modelos clássicos baseados na habituação postulavam que a redução dos sintomas ocorreria pela diminuição progressiva da ansiedade frente à exposição repetida aos estímulos temidos (Foa; Kozak, 1986). Pesquisas contemporâneas, no entanto, enfatizam modelos de aprendizagem inibitória, segundo os quais a EPR promove a violação de expectativas catastróficas, permitindo ao paciente estabelecer novas associações de segurança que competem com memórias de medo previamente consolidadas (Craske et al., 2014; Kircansky; Craske, 2015). Evidências sugerem que a habituação intra-sessão contribui para ganhos imediatos, enquanto a aprendizagem inibitória explica de forma mais robusta a manutenção terapêutica e a prevenção de recaídas. Protocolos contemporâneos incorporam estratégias para maximizar a aprendizagem inibitória, incluindo variação de estímulos, manipulação deliberada de expectativas, generalização contextual e recuperação de pistas (Meehl, 2019; Rachman, 2017).

A investigação sobre moderadores e preditores de resposta evidencia múltiplos fatores que influenciam a eficácia da TCC/EPR. Entre fatores do paciente, destacam-se gravidade inicial, subtipos sintomatológicos específicos (como acúmulo, checagem e contaminação), comorbidades depressivas ou de personalidade, baixa motivação e altos níveis de acomodação

familiar — participação de familiares nos rituais ou na evitação de estímulos — todos associados a respostas menos favoráveis (Lewin et al., 2014). Entre fatores relacionados ao tratamento, destacam-se experiência do terapeuta, fidelidade ao protocolo, intensidade da intervenção e número de sessões, sendo que intervenções prolongadas ou intensivas aumentam taxas de remissão em pacientes parcialmente responsivos (Franklin et al., 2011; O’connor et al., 2015). Esses achados reforçam a necessidade de abordagens individualizadas, adaptativas e monitoradas continuamente, considerando o contexto familiar e social.

A ampliação do acesso à TCC/EPR constitui outro desafio relevante. Limitações estruturais, escassez de profissionais capacitados e restrições institucionais reduzem a oferta em larga escala. Modalidades alternativas de entrega incluem programas intensivos de curta duração, TCC online, telessaúde e exposições assistidas por realidade virtual, que demonstram eficácia comparável à terapia presencial em diferentes contextos clínicos, com aceitabilidade e adesão satisfatórias (Andersson et al., 2012; Werner-SEIDLER et al., 2021; Király et al., 2019). A disseminação acelerada dessas modalidades durante a pandemia de COVID-19 evidenciou oportunidades de escalabilidade, mas também ressaltou desafios como manutenção da fidelidade ao protocolo, capacitação profissional e garantia de segurança clínica.

Apesar do sólido respaldo empírico, barreiras de implementação e disseminação persistem. Escassez de profissionais treinados em EPR, estigma associado ao tratamento psicológico e relutância de pacientes em se engajar nas exposições constituem obstáculos significativos (Reid et al., 2017). A ciência da implementação destaca a necessidade de estratégias estruturadas que incluam formação contínua, supervisão clínica, adaptações culturais e preservação dos mecanismos centrais da intervenção, especialmente no que tange à aprendizagem inibitória (Weiner et al., 2019).

Além do impacto clínico individual, o TOC representa um ônus socioeconômico considerável, refletido em absenteísmo laboral, perda de produtividade, custos diretos e indiretos com saúde e necessidade de suporte familiar prolongado. Estratégias de saúde pública devem considerar não apenas a eficácia clínica das intervenções, mas também sua escalabilidade, custo-efetividade e integração em políticas de saúde mental, a fim de reduzir o impacto funcional e social do TOC na população afetada.

Em síntese, a TCC/EPR configura-se como intervenção de padrão-ouro para o TOC, com eficácia robusta, aplicabilidade em diferentes contextos clínicos e potencial de manutenção dos ganhos terapêuticos. Lacunas permanecem quanto à elucidação completa dos mecanismos de mudança, identificação de moderadores de resposta, otimização de modalidades alternativas de entrega e superação de barreiras de implementação. Pesquisas futuras integrativas,

articulando eficácia clínica, mecanismos terapêuticos, fatores contextuais e modelos de disseminação, são essenciais para otimizar desfechos, ampliar o acesso ao tratamento e reduzir o impacto funcional, social e econômico do TOC.

REFERÊNCIAS

- ANDERSSON, G.; CRASKE, M. G.; ÖST, L. G. Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 26, n. 5, p. 450–458, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Arlington: APA, 2022.
- CRASKE, M. G.; TREMEAU, F.; VERVAERT, M. Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, v. 58, p. 10–23, 2014.
- FINEBERG, N. A.; BROWN, A.; REES, E. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, v. 18, n. 2, p. 1–15, 2015.
- FOA, E. B.; KOZAK, M. J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, v. 99, n. 1, p. 20–35, 1986.
- FRANKLIN, M. E.; FOA, E. B.; MABEE, T. Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, v. 31, n. 1, p. 45–57, 2011.
- KIRCANSKY, A.; CRASKE, M. G. Threat reappraisal as a mediator of symptom change in cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 83, n. 4, p. 751–763, 2015.
- LEWIN, A.; HALL, S.; THOMPSON, R. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 28, n. 8, p. 756–765, 2014.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence. *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment*. London: NICE, 2022.
- O’CONNOR, K. P.; BRADLEY, R.; HARRIS, M. Predictors of response to cognitive-behavioral therapy for OCD. *Behaviour Research and Therapy*, v. 70, p. 31–41, 2015.
- ÖST, L. G.; HAVN, K.; HALL, G. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 29, n. 1, p. 35–46, 2015.
- RUSCIO, A. M.; STEIN, D. J.; CHIU, W. T.; KESSLER, R. C. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 53–63, 2010.
- REID, A.; SMITH, L.; BARKER, C. Barriers to accessing cognitive-behavioural therapy for OCD. *Clinical Psychology Review*, v. 54, p. 45–55, 2017.

SKAPINAKIS, P.; HOLMES, E. A.; LEE, P. Pharmacological and psychological interventions for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMJ*, v. 352, p. 1–11, 2016.

TIBSHIRANI, R.; KANG, H.; HSU, C. Obsessive-compulsive symptom dimensions and clinical implications. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, p. 1–12, 2020.

WEINER, B. J.; HALLE, T.; KIRSCH, J. Implementation science in mental health: Strategies for dissemination and scale-up. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 15, p. 25–50, 2019.

WERNER-SEIDLER, A.; ROBINSON, J.; ANDERSSON, G. Remote cognitive-behavioural therapy for OCD: Efficacy and acceptability. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, v. 30, p. 100635, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Burden of Disease 2017*. Geneva: WHO, 2017.