

Navegando pelas obsessões e compulsões: estratégias para o manejo do TOC e melhoria da qualidade de vida dos pacientes

Navigating obsessions and compulsions: strategies for managing OCD and improving patients' quality of life

DOI:10.34119/bjhrv7n1-093

Recebimento dos originais: 15/12/2023

Aceitação para publicação: 15/01/2024

Isadora Vasconcelos Afonso Gomes

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Norte de Minas (UNINORTE)

Endereço: Avenida Osmane Barbosa, 11111, JK, Montes Claros - MG, CEP: 39404-006

E-mail: isadoravagomes@gmail.com

Camila Agostinis Silva

Graduada em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455, Cerqueira César, São Paulo - SP, CEP: 01246-903

E-mail: camilaagostinis@gmail.com

Cláudia Marques Andrade Franco

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Afya

Endereço: Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza 1, Ipatinga - MG, CEP: 35164-251

E-mail: cmafranco@yahoo.com.br

Enzo Henrique Mota

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Endereço: Rua Alameda Ezequiel Dias, 275, Belo Horizonte - MG, CEP: 30130-110

E-mail: enzoenriquemota@gmail.com

Gabriele Vieira Monteiro

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário (UNIFACIG)

Endereço: Rua Darcy César de Oliveira, Manhuaçu - MG, CEP: 36900-000

E-mail: gabi.v.monteiro@hotmail.com

Karine Mendes Freitas

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Norte de Minas (UNINORTE)

Endereço: Avenida Osmane Barbosa, 11111, JK, Montes Claros - MG, CEP: 39404-006

E-mail: karinemendesf@yahoo.com

Paulo Henrique de Sousa Gonçalves Filho

Graduando em Medicina

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Endereço: Rua Alameda Ezequiel Dias, 275, Belo Horizonte - MG, CEP: 30130-110

E-mail: phsousa.yt@gmail.com

Júlio Oliveira Rocha

Residente em Psiquiatria

Instituição: Fundação Educacional de Caratinga (FUNEC)

Endereço: Rua Niterói, s/n, Nossa Sra. Das Graças, Caratinga-MG, CEP: 35300-345

E-mail: oliveirarochajulio@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo avaliar, a partir de uma revisão narrativa de literatura, como ocorre o manejo do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e quais as ferramentas utilizadas para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. TOC é um transtorno genético e sua sintomatologia são compulsões e obsessões, acarretando vergonha, sentimento de culpa e isolamento do portador. O tratamento dessa patologia visa melhorar a qualidade de vida desses pacientes, por meio da diminuição dos sintomas e dos sentimentos depreciativos. A terapêutica que apresenta mais resultados é a terapia cognitiva comportamental, mas não é de fácil acesso, sendo prevalente na sociedade o tratamento medicamentoso, principalmente com o uso dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina, quando não obtém uma resposta significativa na remissão dos sintomas pode-se optar por um inibidor não seletivo da recaptção de serotonina ou a antipsicóticos, podendo ou não associá-los. Percebe-se uma remissão maior de sintomas quando associada os dois tipos de terapêutica: medicamentoso e a terapia cognitivo comportamental.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo, funcionamento psicossocial, qualidade de vida.

ABSTRACT

The present work aimed to evaluate, based on a narrative literature review, how Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is managed and which tools are used to improve the quality of life of these people. OCD is a genetic disorder and its symptoms are compulsions and obsessions, causing shame, feelings of guilt and isolation in the sufferer. The treatment of this pathology aims to improve the quality of life of these patients, by reducing symptoms and derogatory feelings. The therapy that presents the most results is cognitive behavioral therapy, but it is not easily accessible, with drug treatment being prevalent in society, mainly with the use of selective serotonin reuptake inhibitors, when it does not obtain a significant response in the remission of symptoms, it can - choose a non-selective serotonin reuptake inhibitor or antipsychotics, whether or not you may combine them. A greater remission of symptoms is noticed when two types of therapy are combined: medication and cognitive behavioral therapy.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorders, psychosocial functioning, quality of life.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico de curso crônico e com potencial limitante caracterizado por compulsões e/ou obsessões que implicam em múltiplos prejuízos funcionais e psicológicos (ALSHEIK A.; ALSHEIK A.M., 2021). A prevalência mundial em adultos varia entre 2% a 3%. Estudos afirmam que a cada 50 adultos mais de um são portadores dessa doença com grande potencial incapacitante, entretanto, menos da metade são diagnosticados e tratados adequadamente (MATHEWS, 2021).

O TOC é um transtorno de base genética com risco estimado de recorrência entre parentes de primeiro grau ao longo da vida entre 6% e 55%. Contudo, ao longo da vida, essa estimativa é de 1-3%, sendo o maior número de diagnósticos em mulheres na adolescência e na fase adulta, diferente dos homens que são mais comumente afetados na infância (MAHJANI *et al.*, 2021). Observa-se que fatores como a gravidade da sintomatologia, diminuição da produtividade, baixo nível de escolaridade, carência de apoio social e idade avançada prejudicam a possibilidade de remissão da doença e podem levar à piora do nível de bem-estar (ZERDINSKI *et al.*, 2022).

As obsessões são pensamentos, imagens ou ideias indesejáveis, de caráter repetitivo e intrusivos que provocam ansiedade ou sofrimento e angústia acentuados. Compulsões são comportamentos ou ações ritualizadas, repetitivas, rígidas e por vezes estereotipadas realizadas voluntariamente em resposta a uma obsessão. O paciente sente-se impelido a cumprir esses comportamentos como forma de reduzir a ansiedade e/ou angústia ou prevenir algum evento temido (temática da obsessão). Desta forma, o indivíduo comumente apresenta insight acerca da irracionalidade ou da excessividade do comportamento compulsivo (MATHEWS, 2021).

Contudo, o embaraço de sentimentos presentes também é causa de grande sofrimento nos pacientes. Suas ações que por muitas vezes não são compreendidas pela sociedade desencadeiam sentimento de vergonha e culpa. A vergonha faz com que o indivíduo se sinta moralmente inadequado e procure cada vez mais o isolamento social. Teorias cognitivo-comportamentais mais recentes sugerem que as pessoas ao experimentarem um sentimento de culpa, podem sentir confusão e alarme em relação à sua identidade devido a pensamentos inaceitáveis (LAVING *et al.*, 2022).

Embora o TOC possua caráter crônico, existem estratégias e tratamentos eficientes para controlar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, reestruturar o funcionamento individual, reduzir a incapacidade e diminuir os custos financeiros desse transtorno (MATHEWS, 2021).

O objetivo do presente estudo consiste em descrever como é realizado o manejo do TOC e as principais ferramentas para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, a partir da análise da produção científica atual sobre o tema.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CONCEITOS GERAIS E DEFINIÇÕES

O TOC é um transtorno crônico altamente prevalente e que pode ser substancialmente incapacitante. O TOC é o principal transtorno de um grupo de condições (Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo – TEOC) que aparecem sob a mesma classificação nas edições mais recentes do DSM (Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos da Saúde Mental) e da Classificação Internacional de Doenças (CID). Outros transtornos relacionados ao espectro são o Transtorno Dismórfico Corporal, Tricotilomania, Transtorno de Acumulação e Transtorno de Escoriação (STEIN *et al.*, 2019).

É possível encontrar descrições de sintomas obsessivos e compulsivos desde o período medieval tardio. O interesse no estudo do que hoje é chamado de TOC, cresceu exponencialmente ao longo do século XIX, com definições bastante precisas dos sintomas atualmente atribuídos ao transtorno já no início do século XX (SKAPINAKIS *et al.*, 2016).

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos repetitivos e persistentes, imagens, impulsos e vontade. Tem caráter intrusivo e indesejado e estão frequentemente associadas à ansiedade. Compulsões são comportamentos ou atos mentais manifestados em resposta às obsessões. Geralmente existe a necessidade persistente de ceder às compulsões para obter uma sensação de “completude”, muitas vezes estabelecendo-se em formato de regras rígidas (STEIN *et al.*, 2019).

A maioria das pessoas apresentam pensamentos intrusivos ou urgências comportamentais irresistíveis, contudo o diagnóstico de TOC envolve também o prejuízo funcional (ROBBINS; VAGHI; BANCA, 2019). O DSM 5-TR estabelece como critérios diagnósticos do TOC a presença de obsessões e/ou compulsões (critério A), que tomam tempo ou causam sofrimento psíquico significativo (critério B), não sendo explicado pelo uso de substâncias (critério C) ou pela presença de outros transtornos (critério D) (APA, 2023).

O TOC e as doenças relacionadas são globalmente subdiagnosticadas. Diversos instrumentos foram desenvolvidos para determinação da gravidade dos sintomas de TOC, incluindo entrevistas guiadas e formulários auto-aplicados. A escala de obsessão e compulsão desenvolvida pelas universidades de Yale e Brown (YBOCS) é considerada o padrão-ouro,

principalmente por sua capacidade de avaliar a progressão e melhora dos sintomas após o tratamento (SKAPINAKIS *et al.*, 2016).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A prevalência do Transtorno Obsessivo-Compulsivo varia em diferentes grupos demográficos. Ele pode se manifestar em qualquer idade, com maior incidência na infância e adolescência, persistindo ao longo da vida. Além disso, parece haver uma leve diferença de gênero, com mais mulheres afetadas. Quanto à classe social, embora não haja uma associação direta, fatores socioeconômicos podem influenciar o acesso ao diagnóstico e tratamento (ZERDINSKI *et al.*, 2022).

O TOC é uma condição que pode surgir em qualquer idade, mas estudos indicam que a primeira manifestação dos sintomas muitas vezes ocorre na infância, adolescência ou início da idade adulta. A prevalência do TOC em crianças e adolescentes varia, com estimativas sugerindo que até 1 a 3% dessa população pode ser afetada. A detecção precoce é fundamental para intervenções eficazes (UHRE *et al.*, 2019).

Na idade adulta, a prevalência do TOC ainda é notável, embora possa diminuir com o avançar da idade. A pesquisa aponta que a idade média de início dos sintomas é na faixa dos 20 anos. Existem poucos relatos do início dos sintomas após os 30 anos. No entanto, é importante destacar que o TOC pode persistir por décadas, afetando indivíduos de todas as idades (STEIN *et al.*, 2019).

Estudos sugerem que a prevalência do TOC varia de acordo com o gênero. Em geral, o TOC parece ser um pouco mais comum em mulheres do que em homens. As razões para essa discrepância de gênero não estão totalmente esclarecidas, mas fatores hormonais, sociais e culturais podem desempenhar um papel. A prevalência em mulheres foi estimada 1,6 vezes maior do que em homens. A diferença de gênero na prevalência do TOC destaca a importância de considerar as diferentes necessidades de diagnóstico e tratamento entre homens e mulheres (FAWCETT *et al.*, 2020).

É importante reconhecer essas variações na prevalência para melhorar a detecção precoce, o diagnóstico e o tratamento do TOC em diversos grupos demográficos, visando uma abordagem mais abrangente e igualitária da saúde mental. A pesquisa futura deve continuar explorando essas diferenças e suas implicações clínicas (FAWCETT *et al.*, 2020).

2.3 O EXAME DO ESTADO MENTAL: QUAIS ALTERAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS SÃO ENCONTRADAS NO TOC?

O TOC é caracterizado por pensamentos obsessivos e comportamentos perturbadores, intrusivos e indesejados, que o paciente acaba envolvendo-se em rituais sem sentido ou evitando estímulos que desencadeiam obsessões. A característica principal do TOC é a tendência a realizar ações compulsivas mesmo diante das consequências negativas. Isso levou à descrição do TOC como um distúrbio relacionado ao controle de si mesmo e à capacidade de inibir comportamentos. Para ser mais preciso, a abordagem neurocognitiva do TOC se concentra na dificuldade em conter pensamentos intrusivos e interromper comportamentos repetitivos (PRUNETI; COSCIONI; GUIDOTI, 2023).

Além disso, pesquisas indicam que pessoas que sofrem de TOC enfrentam desafios ao mudar entre diferentes processos mentais para criar respostas comportamentais apropriadas, especialmente quando se trata de lidar com seus sintomas. Afinal são comprometidas áreas de circuitos neuronais que medeiam processos emocionais/afetivos, sensório-motores, cognitivos e motivacionais, todos importantes na fisiopatologia do TOC, como: córtex pré-frontal ventromedial, córtex cingulado anterior, núcleo accumbens, tálamo, giro frontal inferior e córtex pré-frontal ventrolateral. Em apoio a essa ideia, diversos estudos na área da neurociência cognitiva sugerem que a capacidade de flexibilidade mental é comprometida em indivíduos com TOC (MATHEWS, 2021).

2.4 MANEJO FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO

Diversas intervenções são possíveis no tratamento do TOC (FINEBERG *et al.*, 2018). O tratamento adequado do TOC é efetivo na redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida (MATHEWS, 2021). Revisões sistemáticas e meta-análises demonstraram a superioridade da terapia cognitivo-comportamental e do uso de ISRS sobre o placebo (FINEBERG *et al.*, 2018). A forma de terapia cognitivo-comportamental especificamente direcionada ao TOC apresenta os melhores desfechos terapêuticos. Contudo, o manejo farmacológico é comumente mais acessível e de fácil aplicação por médicos, inclusive não especialistas (MATHEWS, 2021).

O tratamento do TOC em adultos frequentemente envolve abordagens medicamentosas. O uso de inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) em doses moderadas e altas é endossado por evidências científicas de alta qualidade e se mantém como a primeira linha de tratamento farmacológico para o TOC (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Dentre os

ISRS disponíveis, citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina são opções viáveis (MENCHON *et al.*, 2019).

Em casos de pacientes que não respondem a até três ISRS diferentes em monoterapia, uma abordagem comum é o uso do ISRS, o antidepressivo tricíclico clomipramina, em monoterapia ou em associação ao inibidor seletivo, que são respectivamente a segunda e terceira linha de tratamento. Em casos refratários, pode-se associar SRI/ISRS associados a antipsicóticos atípicos (quarta linha de tratamento) como a risperidona e o aripiprazol (TUBÍO-FUNGUEIRIÑO, 2022).

De acordo com as diretrizes da Associação Americana de Psiquiatria (APA), algumas meta-análises de ensaios clínicos controlados por placebo sugerem uma superioridade da clomipramina em relação à fluvoxamina, fluoxetina e sertralina. Entretanto, é importante notar que os resultados de estudos clínicos que compararam diretamente a clomipramina com os ISRS não respaldam essa observação (APA, 2014). Devido ao perfil de efeitos colaterais mais favoráveis dos ISRS em comparação com a clomipramina, a primeira tentativa terapêutica geralmente favorece um ISRS (MENCHON *et al.*, 2019).

Um estudo realizado por Skapinakis, Petros *et al.* (2016) investigou a eficácia dos ISRS como classe em relação ao placebo. Embora tenha sido observada uma tendência de superioridade dos ISRS em relação ao placebo, essa diferença não alcançou significância estatística. Importante destacar que não foram encontradas diferenças significativas entre os ISRS, e a suposta superioridade da clomipramina também não foi estatisticamente relevante. Adicionalmente, todas as terapias psicológicas ativas demonstraram efeitos superiores em comparação ao placebo.

Em relação às abordagens não farmacológicas, a terapia cognitivo comportamental (TCC) é a abordagem de escolha para o tratamento do TOC, sendo descrita por Wright, Basco e Thase (2009) como uma abordagem que se fundamenta em dois princípios essenciais: 1) as cognições têm um impacto significativo sobre as emoções e comportamentos, e 2) o comportamento de um indivíduo pode influenciar seus padrões de pensamento e suas emoções. Neste aspecto, a TCC é a de exposição e prevenção de resposta (EPR), enquanto as estratégias cognitivas trabalham a auto-crítica em relação aos pensamentos intrusivos e crenças equivocadas (LEEUWERIK; CAVANAUGH; STRAUSS, 2019).

O propósito primordial desta abordagem terapêutica é concentrar-se na modificação de pensamentos e significados, promovendo uma mudança emocional duradoura, bem como na promoção da autonomia do paciente e na redução e remissão dos sintomas que ele apresenta.

Em resumo, o cerne dessa abordagem reside na identificação e correção de padrões de pensamento, sejam eles conscientes ou inconscientes (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

De acordo com a abordagem cognitivo-comportamental, as obsessões são o primeiro elemento no TOC, seguidas pelos comportamentos compulsivos, que representam as respostas do indivíduo para reduzir a ansiedade e o desconforto associados. A experiência compulsiva, quando repetida com frequência, leva o paciente a acreditar que esse comportamento é a única maneira de se proteger contra qualquer dano, proporcionando-lhe alívio. Nessa fase do tratamento, é aconselhável quantificar a gravidade dos sintomas, o que auxilia o terapeuta na avaliação das chances de sucesso da terapia. A principal ferramenta para avaliar o nível de sintomatologia é a Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS), que compreende uma entrevista padronizada e semiestruturada com cinco itens para avaliar obsessões e cinco para compulsões. Esses itens são pontuados de zero a quatro, com zero representando a ausência de sintomas e quatro indicando sintomas muito graves. Com a ajuda dessa escala, é possível avaliar o tempo dedicado pelo paciente às compulsões e obsessões, o impacto delas em seu funcionamento, o nível de aflição experimentado, as tentativas de resistência aos sintomas e o grau de controle que o paciente exerce sobre eles (FRANKLIN; FOA, 2016).

Na segunda etapa do tratamento, avalia-se a motivação do paciente e identificam-se os sintomas em uma hierarquia baseada na intensidade. Nesse estágio, são fornecidas informações sobre o transtorno e a terapia, e são introduzidos exercícios de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), o modelo e técnicas cognitivas e tarefas para serem realizadas fora das sessões. Normalmente, o tratamento tem uma duração de três a seis meses, com sessões semanais de uma hora. À medida que os sintomas diminuem, a frequência das sessões pode ser reduzida até que o paciente esteja apto a encerrar o tratamento. Devido à natureza crônica do transtorno, recaídas podem ocorrer, especialmente se a remissão dos sintomas não for completa no momento da alta. Nesse sentido, é importante orientar o paciente sobre essa possibilidade, além de instruí-lo sobre medidas preventivas e como identificar o retorno dos sintomas, incentivando-o a retomar a terapia, mesmo que por um curto período, caso seja necessário (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Apesar de manter-se como padrão-ouro de intervenção não medicamentosa para manejo do TOC, verificou-se que aproximadamente metade dos pacientes tratados com TCC não evoluem para remissão completa dos sintomas (OST *et al.*, 2015). Essa alta porcentagem de insucesso parece estar relacionada a taxas elevadas de recusa e abandono do tratamento por parte dos pacientes diagnosticados com TOC e indicação de tratamento não farmacológico com

TCC. Mais de 30% dos pacientes não completam ou sequer iniciam a terapia. Naqueles pacientes que completam o número adequado de sessões, evidenciou-se correlação significativa entre o engajamento nas atividades terapêuticas e a redução dos sintomas (LEEUWERIK; CAVANAUGH; STRAUSS, 2019).

2.5 ESTRATÉGIAS PARA MELHOR QUALIDADE DE VIDA

O TOC impacta negativamente na percepção pessoal de felicidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados. O diagnóstico de TOC está relacionado ao aumento da sensação de solidão e à frustração existencial e sexual (ZERDZINSKI *et al.*, 2022). Aproximadamente 50% dos indivíduos com TOC apresentam ideação suicida e 13% tentam suicídio (PELLEGRINI *et al.*, 2020).

As famílias que convivem com um paciente com TOC, estão sujeitas ao fenômeno da Acomodação Familiar (AF) que é a participação direta da família nos comportamentos associados aos rituais TOC e às modificações na rotina diária, com o intuito dos familiares de atenuar o sofrimento, diminuir a angústia ou reduzir o tempo consumido pelas compulsões, porém tal atitude acaba corroborando com a perpetuação dos sintomas. Essa convivência diária com os pacientes portadores da síndrome transtorno é exaustiva devido a rigidez acarretada pelos hábitos e o estresse da natureza repetitiva dos comportamentos. Quanto maior o grau de AF, pior a resposta ao tratamento e maior o prejuízo funcional (AMAZONAS *et al.*, 2010).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão de literatura, observou-se que existem muitos desafios frente ao tratamento do TOC e isso implica em prejuízos e sofrimentos relacionados às obsessões e compulsões. Embora existam duas estratégias que demonstraram recuperação clínica significativa, a TCC apresentou superioridade no desfecho terapêutico e impactou positivamente na qualidade de vida e na convivência com os familiares/cuidadores no geral dos portadores desse transtorno. Entretanto, o tratamento farmacológico possui maior adesão devido ao acesso facilitado. Contudo, ainda são necessários mais estudos para aprimorar as estratégias no manejo do TOC e o conhecimento acerca de como conduzir os pacientes afetados por essa síndrome, a fim de ampliar a adesão e desfecho terapêutico.

REFERÊNCIAS

- ALHSEIK, A. M.; ALSHEIK, M. M. Obsessive-Compulsive Disorder with Rheumatological and Inflammatory Diseases: A Systematic Review. **Cureus**, v. 13, n. 5, p. e1479.
- AMAZONAS, M. C. L. A. *et al.* Parenthood and family accommodation in relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. **Estudos de Psicologia I Campinas I**, v. 27, n. 1, p. 57-65, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2014. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- FAWCETT, E. J. *et al.* Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta- Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. **J Clin Psychiatry.**, v. 81, n. 4, p. 19r13085, 2020.
- FINEBERG, N. A. *et al.* Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: cognitive domains, neural circuitry, and treatment. *International J of Neuropsychol*, v. 21, n. 1, p. 42-58, 2018.
- FULLANA, M. A. *et al.* F. Risk and protective factors for anxiety and obsessive- compulsive disorders: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. **Psychol Med**, v. 50, n. 8, p. 1–16, 2019.
- FRANKLIN, M. E.; FOA, E. B. **Transtorno obsessivo-compulsivo**. In: BARLOW, D. H. (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo*. São Paulo: Artmed Editora, 2016.
- HADI, F. *et al.* Glutamatergic medications as adjunctive therapy for moderate to severe obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pharm and Toxicol.**, v. 22, n. 69, 2021.
- JENSEN, S. *et al.* Quality of life in pediatric patients with obsessive–compulsive disorder during and 3 years after stepped-care treatment. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 31, p. 1377-1389, 2021.
- LAVING, M. *et al.* The association Between OCD and Shame: A systematic review and meta-analysis. **Br J Clin Psychol.**, v. 62, p. 28-52, 2023.
- LEEUWERIK, T.; CAVANAGH, K.; STRAUSS, C. Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. **J Anxiety Disord.**, v. 68, 2019.
- MATHEWS, C. Obsessive-Compulsive Disorders. *Continuum (Minneap Minn)*. v. 27, n. 6, p. 1764-1784, 2021.
- MAHJANI, B. *et al.* Genetics of obsessive-compulsive disorder. **Psychol Med.**, v. 51, n. 13, p. 2247-2259, 2021.

MENCHON, J. M. *et al.* Tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo en adultos: una guía de práctica clínica basada en el método ADAPTE. **Rev de Psiq y Salud Mental**, v. 12, n. 2, p. 77-91, 2019.

OLIVEIRA, A. J. *et al.* Técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma investigação baseada em evidências. **Rev. Psicol. UNESP**, v. 18, n. 1, p. 30-49, jun. 2019 .

OST, L. *et al* Cognitive behavioral treatments of obsessive–compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. **Clin Psychol Rev.**, v. 40, p 152-169, 2015.

PELLEGRINI, L. *et al.* Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord.**, v. 276, p. 1001-1021, 2020.

PRUNETI, C.; COSCIONIG, G.; GUIDOTTI, S. A Systematic Review of Clinical Psychophysiology of Obsessive–Compulsive Disorders: Does the Obsession with Diet Also Alter the Autonomic Imbalance of Orthorexic Patients? **Nutrients**, v. 15, n. 3, p. 755, 2023.

ROBBINS, T; VAGHI, M; BANCA, P, Obsessive-Compulsive Disorder: Puzzles and Prospects. **Neuron** v. 102, n. 1, p. 27-47, 2019.

SKAPINAKIS, P. *et al.* A systematic review of the clinical effectiveness and cost- effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. **Health technol Asses** v. 20, n. 43, p. 1-392, 2016.

STEIN, D. J. *et al.* Obsessive–compulsive disorder. **Nat Rev Dis Primers.**, v. 5, n. 52, 2019.
TUBÍO-FUNGUEIRIÑO, M. *et al.* Desempenho neuropsicológico e preditores de resposta ao tratamento farmacológico no transtorno obsessivo-compulsivo. **J de Transt Afet.**, v. 317, p. 52-58, 2022.

UHRE, C. F. *et al.* Systematic Review and Meta-Analysis: Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psych.**, v. 59, n. 1, p. 64-77, 2020.

VERMILION, K. *et al.* Tic Disorders are Associated With Lower Child and Parent Quality of Life and Worse Family Functioning. **Ped Neurol.**, v. 105, p. 48-54, 2020.

WINTER, L. *et al.* Long-Term Deep Brain Stimulation in Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: Outcome and Quality of Life at Four to Eight Years Follow-Up. **Neuromodulation**, v. 24, p. 434-330, 2021.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

ZERDINSKI, M. *et al.* Sense of happiness and other aspects of quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. **Front Psych.**, v. 21, n. 13, p. 1077337, 2022.