

CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

SIMONE DE FATIMA BECEL MARQUES

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA INFÂNCIA:
DIAGNÓSTICO E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TOC INFANTIL**

SIMONE DE FATIMA BECEL MARQUES

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA INFÂNCIA:
DIAGNÓSTICO E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TOC INFANTIL**

Trabalho apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do 10º Semestre do Curso de Psicologia da Faculdade Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Eduardo de Souza Hashimoto.

Apucarana
2025

SIMONE DE FATIMA BECEL MARQUES

**TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA INFÂNCIA:
DIAGNÓSTICO E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TOC INFANTIL**

Trabalho apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do 10º Semestre do Curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Me. Eduardo de Souza Hashimoto
Faculdade de Apucarana

Profª. Esp. Amanda Maria A. Ramalho
Faculdade de Apucarana

Profª. Esp. Taila Tatiane Garcia
Faculdade de Apucarana

Apucarana, _____ de dezembro de 2025.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que esteve comigo em todos os momentos e me concedeu a oportunidade de vivenciar mais esta conquista não me deixando desistir.

Ao meu amor, Marcos, marido e companheiro de todas as horas, que tornou possível a realização deste sonho, pelo seu amor, confiança e apoio, que me fortalecem a cada dia.

Aos meus filhos, Lívia e Antônio, que são minha maior inspiração e motivo de orgulho, pelo amor, pela ajuda e incentivo constantes, por sempre estarem ao meu lado e acreditarem em mim.

Ao professor e orientador, Eduardo Hashimoto, pela dedicação, apoio, orientação e motivação durante todas as etapas deste trabalho.

Aos professores, colegas e a todos que, de alguma forma, contribuíram para minha formação e crescimento profissional.

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICO E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TOC INFANTIL

MARQUES, S. de F. B.¹
HASHIMOTO, E. de S.²

RESUMO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno mental grave que pode se manifestar precocemente, exigindo atenção clínica na infância. O TOC é caracterizado pela presença de obsessões, compulsões ou ambas, que comprometem o desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança, afetando suas relações familiares, escolares e interpessoais. O reconhecimento e o diagnóstico precoce são fundamentais para evitar o agravamento dos sintomas e possibilitar intervenções terapêuticas mais eficazes. A pesquisa tem como objetivo analisar o TOC na infância, com ênfase no diagnóstico e nas contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o tratamento, bem como os resultados obtidos em intervenções aplicadas nessa população. Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, de natureza qualitativa e exploratória, baseada na análise de livros-texto e artigos científicos disponíveis em bases de dados como Google Acadêmico, SciELO e PePSIC. Os resultados reforçam a importância da TCC como abordagem de primeira escolha para o tratamento do TOC infantil.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Terapia Cognitivo-Comportamental. Infância.

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a severe mental disorder that can manifest early, requiring clinical attention during childhood. OCD is characterized by the presence of obsessions, compulsions, or both, which impair the child's emotional, cognitive, and social development, affecting family, academic, and interpersonal relationships. Early recognition and diagnosis are essential to prevent symptom worsening and to enable more effective therapeutic interventions. This study aims to analyze OCD in childhood, with an emphasis on diagnosis and the contributions of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) to treatment, as well as the results obtained from interventions applied to this population. It is an integrative literature review, qualitative and exploratory in nature, based on the analysis of textbooks and scientific articles available in databases such as Google Scholar, SciELO, and PePSIC. The findings reinforce the importance of CBT as the first-line approach for the treatment of childhood OCD.

¹ Simone de Fatima Becel Marques. Graduanda do Décimo Semestre do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Apucarana – PR. 2025. Contato: simonebm.fap@gmail.com.

² Eduardo de Souza Hashimoto. Orientador da Pesquisa. Me. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Apucarana – FAP. Apucarana – PR. 2025. Contato: avivatalentos@gmail.com.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder. Cognitive-Behavioral Therapy. Childhood.

INTRODUÇÃO

Comportamentos compulsivos, popularmente conhecidos por “manias” como conferir repetidamente, lavar as mãos em excesso ou acumular objetos são frequentemente vistos como hábitos inofensivos. No entanto, quando causam sofrimento e interferem na rotina do indivíduo, podem indicar o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (Silva, 2017). Segundo o DSM-5-TR (2022), o TOC envolve pensamentos intrusivos, imagens ou atos mentais e comportamentos repetitivos e recorrentes realizados para reduzir a ansiedade.

O transtorno afeta cerca de 1% a 2% da população mundial, sendo aproximadamente 10% dos casos considerados incapacitantes (Paula; Kling; Siqueira, 2023). No Brasil, estima-se entre três e quatro milhões de pessoas acometidas (Cordioli, 2007). Embora a prevalência geral seja semelhante entre homens e mulheres, há maior incidência em meninos durante a infância (DSM-5-TR, 2022). Nessa fase, os sintomas tendem a comprometer o desenvolvimento emocional, social e escolar (Chaves; Silva; Bedim, 2019).

As causas do TOC ainda não são totalmente compreendidas. Estudos apontam a interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, como predisposição genética, alterações neuroquímicas e experiências ambientais adversas (Cordioli; Braga, 2011). O reconhecimento precoce é essencial, pois muitas crianças ocultam os sintomas ou têm dificuldade em expressar o sentido dos seus rituais (DSM-5-TR, 2022). A participação da família e/ou dos responsáveis é de extrema importância em todo o processo de tratamento.

Considerando tais evidências, esta pesquisa busca compreender de que forma o diagnóstico e o tratamento do TOC infantil podem ser aprimorados à luz da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Na sequência, são apresentados os principais sintomas e características do transtorno, bem como as contribuições da TCC no tratamento do TOC infantil. O tema é relevante por ampliar a compreensão sobre o transtorno ainda na infância e fortalecer práticas terapêuticas que favoreçam o bem-estar da criança e de sua família.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa, integrativa e exploratória, desenvolvida a partir da análise de produções científicas sobre o TOC na infância e a TCC. A busca de materiais foi realizada nas bases Google Acadêmico, SciELO e PePSIC, utilizando operadores booleanos como “TOC AND TCC” e “TOC infantil AND TCC”. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão a fim de garantir relevância e consistência teórica. Inicialmente, identificaram-se 166 artigos em português. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos títulos e estudos com foco sobre outros transtornos e em outras abordagens psicoterápicas e também de fontes não confiáveis, resultando em 24 artigos selecionados.

Foram incluídas para análise publicações entre 2001 e 2025, além de livros de referência (2002–2023) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR (APA, 2022) e a Classificação Internacional de Doenças – 11ª edição (CID-11, 2018). A seleção considerou critérios de relevância científica, atualidade e contribuição para a compreensão do TOC infantil e das intervenções cognitivo-comportamentais.

Os dados foram organizados em categorias temáticas relacionadas ao TOC infantil e à TCC, abrangendo sintomas, fatores associados, critérios diagnósticos, comorbidades, impactos no desenvolvimento e estratégias terapêuticas. A análise qualitativa seguiu uma leitura crítica e integrativa das fontes, permitindo identificar convergências teóricas e evidências relevantes sobre o manejo do TOC infantil pela TCC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transtorno Obsessivo-Compulsivo na Infância

“Um longo caminho tem sido percorrido desde a primeira descrição da síndrome obsessivo-compulsiva na infância por Pierre Janet, em 1903 [...]” (Rosario-Campos, 2011, p. 24). De acordo com o DSM-5-TR (2022, p. 235) “o TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões”. O manual descreve que as obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos e persistentes que

causam angústia, ansiedade enquanto as compulsões consistem em comportamentos ou atos mentais repetitivos realizados para alívio dessa ansiedade, interferindo significativamente na vida cotidiana. O indivíduo busca controlar ou neutralizar os pensamentos intrusivos por meio de tentativas de supressão (CID-11, 2018).

“A diferenciação das manias consideradas normais e comuns à maioria das pessoas ocorre pela intensidade e pela capacidade de inviabilizar a rotina do indivíduo” (Angelotti; Fortes, 2007 *apud* Cyrino *et al.* 2015, p. 433). Em crianças, esses comportamentos geram sofrimento e prejuízo funcional, sendo semelhantes aos de adultos, porém com menor *insight* (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). As compulsões infantis tendem a ser mais facilmente observáveis (DSM-5-TR, 2022).

O TOC atinge de 1% a 3% da população mundial e pode apresentar quadros incapacitantes em cerca de 10% dos casos (Paula; Kling; Siqueira, 2023). O transtorno é mais comum em meninos na infância (Argimon; Bica; Rinaldi, 2007; Cordioli; Braga, 2011; DSM-5-TR, 2022). Frequentemente em meninos ocorre antes da puberdade, mas a partir da adolescência há um aumento expressivo entre meninas, com equilíbrio entre os sexos na idade adulta (Rosario-Campos, 2001). Apesar de ser uma condição crônica, até 40% dos casos iniciados na infância podem apresentar remissão parcial ou total (DSM-5-TR, 2022).

Etiologia do TOC

As causas do TOC ainda são desconhecidas (Cordioli; Braga, 2011; Silva, 2017). Porém há consenso sobre sua natureza multifatorial, envolvendo fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais (Cordioli, 2016; Silva, 2017; Silva; Santos, 2025).

Existem fortes evidências entre a combinação da herança genética e características biológicas que tornam algumas pessoas mais suscetíveis a manifestar o transtorno (Cordioli, 2008). O risco de ocorrência pode ser aumentado de até dez vezes em parentes de primeiro grau de indivíduos com início de TOC na infância ou na adolescência (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017; DSM-5-TR, 2022).

Alterações neurobiológicas, especialmente nas vias serotoninérgicas e dopaminérgicas, envolvendo núcleo caudado, tálamo e córtex orbito-frontal, têm sido identificadas em indivíduos com TOC (Cordioli *et al.*, 2003). “[...] Disfunção no córtex

orbitofrontal, no córtex cingulado anterior e no estriado tem sido mais fortemente envolvida (DSM-5-TR, 2022).

Exames de neuroimagens mostram alterações nos gânglios da base e córtex pré-frontal, com aumento do volume talâmico em crianças com o transtorno (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). Estudos funcionais indicam hiperatividade metabólica nos circuitos fronto-estriatais (Silva; Santos, 2025).

Fatores ambientais, como estilos parentais rígidos, traumas e experiências estressantes podem contribuir para o surgimento e manutenção do TOC (Paula; Kling; Siqueira, 2023). Aspectos de ordem psicológica, como aprendizagens inadequadas, crenças disfuncionais e pensamentos com conteúdo catastrófico, estão frequentemente presentes em indivíduos com o transtorno e parecem exercer influência significativa no aparecimento e na perpetuação dos sintomas (Cordioli, 2008).

De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), também há evidências de associação entre o TOC, transtornos de tique e a síndrome de Tourette, sugerindo vulnerabilidades genéticas e ambientais compartilhadas.

O TOC infantil é um transtorno complexo, determinado por múltiplos fatores que interagem de forma dinâmica, no qual seu diagnóstico precoce é essencial para favorecer o desenvolvimento saudável da criança e minimizar os impactos futuros (Pereira *et al.*, 2025).

Características e sintomas do TOC infantil

O TOC em crianças e adolescentes apresenta características semelhantes às observadas em adultos, podendo se manter ou se modificar ao longo da vida (Assumpção Jr.; Curátolo, 2004). “O início do transtorno pode ocorrer na adolescência e na infância, em alguns casos aos 2 anos de idade” (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017, p. 418).

As manifestações mais comuns do TOC incluem medo de contaminação, preocupação com danos, simetria, dúvidas persistentes, rituais de higiene, verificação e acumulação, acompanhados de ansiedade e frustração (Chaves; Silva; Bedim, 2019; Cordioli, 2014).

Para Sadock; Sadock; Ruiz (2017) as obsessões de caráter religioso e comportamentos de acumulação são frequentes em pessoas com TOC. Segundo os

autores, também podem ocorrer impulsos agressivos e compulsões de contagem, organização ou repetição (arrancar cabelos, roer unhas, masturbar-se, etc.) expressando a perda de controle típica do transtorno. Estratégias de neutralização, hipervigilância e rituais compensatórios também são utilizadas para reduzir a ansiedade (Cordioli; Vivan; Braga, 2016).

Diferenças no conteúdo das obsessões e compulsões refletem os estágios do desenvolvimento, com maior presença de obsessões sexuais e religiosas em adolescentes e de medos relacionados a danos, doenças ou morte em crianças (DSM-5-TR). Segundo o manual há diferenças de gênero e influência cultural: meninos tendem a apresentar obsessões de simetria e pensamentos proibidos, enquanto meninas manifestam mais sintomas de limpeza, os quais fatores culturais modulam o conteúdo das obsessões. Apesar das crianças reconhecerem a repetição de seus comportamentos, geralmente não conseguem controlá-los (Chaves; Silva; Bedim, 2019).

De acordo com as autoras os sintomas tornam-se evidentes quando a criança passa a realizar pensamentos de forma repetitiva, acompanhados de medos intensos, contagens excessivas e comportamentos como lavar as mãos ou ajeitar os cabelos com grande frequência; em alguns casos, podem surgir reações agressivas diante de erros, já que muitas crianças com TOC têm grande dificuldade em lidar com falhas, desencadeando crises de irritação ou ataques de fúria quando não conseguem seguir seus padrões rígidos (Chaves; Silva; Bedim, 2019).

Silva (2017) descreve que os sintomas menos evidentes, como lentidão obsessiva, rituais encobertos e pensamentos supersticiosos, também impactam o desempenho escolar e a vida social da criança. Para a autora, muitas crianças acreditam que seus pensamentos podem causar desastres, confundindo fantasia e realidade. À medida que seu desenvolvimento fisiológico avança, a criança passa a reconhecer com maior clareza suas dificuldades de socialização nos contextos acadêmico e familiar (Chaves; Silva; Bedim, 2019).

Os impactos do TOC na vida da criança interferem significativamente na dinâmica familiar, levando à adaptação das rotinas aos sintomas da criança, que frequentemente esconde suas dificuldades, experimentando tristeza e sensação de incapacidade, gerando angústia e ansiedade (Cordioli, 2007; Chaves; Silva; Bedim, 2019). Crianças com TOC tendem a ser tímidas, perfeccionistas e isoladas, podendo apresentar prejuízo em atividades simples do dia a dia (Silva, 2017).

CrITÉRIOS diagnÓsticos do TOC infantil

Segundo os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5-TR (2022), o TOC caracteriza-se pela presença de obsessões, compulsões ou de ambas, que consomem tempo significativo (geralmente mais de uma hora por dia) ou provocam prejuízo clinicamente relevante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional; os sintomas não devem ser atribuídos a efeitos fisiológicos de substâncias, condições médicas ou outros transtornos mentais.

Os critérios do manual ainda incluem especificadores referentes ao grau de *insight* que indica o quanto a pessoa tem consciência de que suas obsessões e compulsões são excessivas ou irracionais, os quais podem se apresentar como bom (o indivíduo reconhece que suas crenças e comportamentos não fazem sentido), pobre (ele desconfia que talvez sejam exagerados, mas ainda acredita parcialmente neles) ou ausente/delirante (o indivíduo está completamente convencido de que suas obsessões e rituais são justificáveis ou necessários, sem perceber o caráter disfuncional) e à presença atual ou pregressa de tiques, aspectos que contribuem para uma descrição mais precisa do quadro clínico.

Em consonância com o manual e de forma resumida, Chaves, Silva e Bedim (2019) destacam que, para o diagnóstico do TOC infantil, é essencial identificar a presença de obsessões e/ou compulsões, avaliar o nível de sofrimento causado pelos sintomas, o tempo investido nos rituais e o impacto desses comportamentos nas atividades diárias, no rendimento escolar e nas relações sociais e familiares.

Comorbidades e a importância do diagnóstico diferencial

Conforme Bozzini (2019) *apud* Chaves, Silva e Bedim (2019) o TOC na infância aumenta a probabilidade de surgirem outros transtornos psiquiátricos na vida adulta, especialmente quando existe histórico familiar, o que contribui para manifestações precoces, maior gravidade e maior complexidade no tratamento. Para os autores, é comum que o TOC esteja associado a transtornos de ansiedade, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e transtornos de tique, incluindo a Síndrome de Tourette. “Uma tríade de TOC, transtorno de tique e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade também pode ser vista em crianças” (DSM-5-TR, 2022, p. 242).

Segundo Albores-Gallo, (2001) *apud* Cyrino *et al.* (2015), cerca de 24% das crianças com TOC apresentam comorbidade com transtornos de tique, com manifestações centradas em obsessões e compulsões voltadas à simetria, ordenação, limpeza e colecionamento. De forma complementar, Chaves, Silva e Bedim (2019) afirmam que, entre crianças, são comuns comorbidades relacionadas a transtornos de tique, transtornos do humor, TDAH, transtornos do desenvolvimento, transtorno oppositor desafiante, distúrbios do sono, alterações alimentares e fobias.

O diagnóstico diferencial do TOC é essencial para evitar confusões com outras condições que envolvem comportamentos repetitivos, ansiedade ou alterações de humor, assegurando intervenções adequadas e redução do impacto funcional (DSM-5-TR, 2022; Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). No TOC, obsessões intrusivas e compulsões são realizadas intencionalmente para reduzir a ansiedade, diferindo de rituais próprios do desenvolvimento ou de outras condições clínicas (Cordioli, 2008; DSM-5-TR, 2022).

De acordo com o manual DSM-5-TR (2022) entre os transtornos que requerem diagnóstico diferencial estão os transtornos ansiosos (como ansiedade generalizada e fobias, que não envolvem rituais de neutralização); a depressão maior (em que predominam humor deprimido e falta de energia, sem compulsões); os transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados (como dismorfia corporal, acumulação, tricotilomania e escoriação) e os transtornos alimentares, nos quais as preocupações giram em torno de peso e alimentação.

Já no transtorno do espectro autista (TEA), os comportamentos repetitivos estão associados a déficits de comunicação e interação social (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017; Pereira *et al.*, 2025). Os tiques e movimentos estereotipados diferem das compulsões por serem involuntários, embora possam coexistir com o TOC, como ocorre na síndrome de Tourette (DSM-5-TR, 2022).

Chaves, Silva e Bedim (2019) afirmam que a coleta de informações com os pais é essencial para verificar se a criança já apresentou outros transtornos psiquiátricos ou realizou algum tipo de acompanhamento. Para as autoras, reconhecer possíveis comorbidades e seus respectivos tratamentos é importante, pois esses fatores podem contribuir positivamente para o manejo terapêutico do TOC.

O TOC na perspectiva da TCC

De acordo com Silva e Matavelli (2023) e Beck (2022), a TCC fundamenta-se na ênfase sobre os processos cognitivos que influenciam o comportamento humano. Durante a infância e a adolescência, formam-se padrões cognitivos que orientam a percepção de si e do mundo; emoções e comportamentos resultam dos significados atribuídos às situações, de modo que cognição, emoção e comportamento interagem de forma interdependente (Silva; Matavelli, 2023).

De acordo com Macedo *et al.* (2025) o modelo cognitivo do TOC propõe que o transtorno se mantém devido a crenças disfuncionais e interpretações distorcidas de pensamentos intrusivos. Segundo os autores, esses pensamentos, comuns em qualquer pessoa, tornam-se problemáticos quando vistos como ameaçadores ou inaceitáveis, gerando ansiedade e levando à realização de compulsões. “A ansiedade de acordo com a teoria cognitiva, depende de dois fatores: do grau do risco que é percebido e dos recursos que acreditamos ter para enfrentá-lo [...]” (Cordioli, 2007, p. 116).

O modelo cognitivo ABC mostra a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos: situação ativadora (A): situações, locais ou pessoas ativam os pensamentos automáticos; crenças (B): influenciada pelo sistema de crenças predominantes (nucleares/intermediárias) do indivíduo; consequências (C): pensamentos automáticos, por sua vez, desencadeiam reações emocionais, fisiológicas e comportamentais, manifestadas por meio de rituais e comportamentos evitativos (Cordioli, 2007). Oliveira e Rambaldi (2024) explicam que pensamentos automáticos são respostas rápidas baseadas em crenças pré-existentes e as crenças intermediárias atuam como regras que guiam a interpretação das situações.

Cordioli (2008) classifica as crenças disfuncionais relacionadas ao TOC em seis domínios: superestimação de risco, responsabilidade excessiva, controle dos pensamentos, necessidade de certeza, intolerância à incerteza e perfeccionismo. Para o autor essas crenças sustentam as obsessões e compulsões, perpetuando o transtorno. O autor afirma ainda que as crenças disfuncionais, como senso exagerado de responsabilidade, superestimação de ameaças, perfeccionismo e intolerância à incerteza, sustentam obsessões e compulsões, cujo nível de *insight* varia de bom até ausente.

O excesso de responsabilidade, por exemplo, é considerado por muitos o núcleo central do TOC, frequentemente associado a pensamentos mágicos e rituais compulsivos (Cordioli *et al.*, 2003). De acordo com os autores, o alívio momentâneo proporcionado pela execução dos rituais contribui para a manutenção do comportamento compulsivo.

Crenças disfuncionais, como superestimação de ameaças e responsabilidade excessiva, intensificam os pensamentos obsessivos (Rachman, 1997-1998; Salkovskis, 1985 *apud* Cordioli; Braga, 2011). O excesso de responsabilidade refere-se à crença de que o indivíduo possui um papel determinante na ocorrência ou prevenção de eventos negativos e catastróficos, considerando-se responsável por erros, distrações ou falhas morais, mesmo involuntárias (Cordioli, 2007). Do ponto de vista psicológico, rituais, crenças distorcidas e pensamentos catastróficos reforçam os sintomas obsessivos-compulsivos (Cordioli; Vivan; Braga, 2016; Cordioli, 2008).

Contribuições da TCC no tratamento do TOC infantil e sua eficácia

A TCC foi desenvolvida por Aaron Beck entre as décadas de 1960 e 1970 e é respaldada por mais de 2.000 estudos, sendo considerada o “padrão-ouro” entre as psicoterapias (David *et al.*, 2018 *apud* Beck, 2022). Baseia-se na relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, e na reestruturação de crenças disfuncionais (Beck, 2022; Cordioli, 2007).

A partir da década de 1980, a TCC expandiu-se para o atendimento de crianças e adolescentes; embora esses públicos apresentem diferenças em relação aos adultos, mantêm-se princípios comuns, como o foco no aqui e agora e a reestruturação cognitiva e comportamental (Silva; Matavelli, 2023).

Cordioli (2007) afirma que a TCC trabalha com a identificação e modificação de pensamentos distorcidos. O autor explica que no tratamento do TOC, o processo inclui: avaliação, diagnóstico, motivação, psicoeducação, exposição com prevenção de resposta (EPR), e uso de técnicas cognitivas. Para o autor a ERP tem como objetivo reduzir a ansiedade e enfraquecer a associação entre obsessões e comportamentos compulsivos, favorecendo a reestruturação cognitiva e o controle dos sintomas.

Guzmán e Uribe (2012) explicam que na avaliação de crianças, é essencial considerar seu desenvolvimento psicológico e intelectual e o envolvimento da família.

Segundo as autoras, nem todas compreendem totalmente as perguntas usadas para identificar o transtorno, nem as opções de resposta disponíveis. A percepção limitada dos responsáveis sobre os sintomas pode atrasar o diagnóstico e o início do tratamento (Paula; Kling; Siqueira, 2023).

O TOC infantil pode impactar significativamente a rotina familiar, uma vez que os pais, sem saber como lidar, muitas vezes participam dos rituais impostos pela criança, favorecendo o processo de acomodação familiar (Schwartz; Lisboa, 2014; Gomes, 2011). A orientação aos responsáveis permite que compreendam o transtorno, ofereçam apoio adequado e evitem reforçar os sintomas (Gomes *et al.*, 2011; Pereira *et al.*, 2025).

O tratamento do TOC envolve psicoterapia e farmacoterapia, com destaque para a TCC, considerada a abordagem mais eficaz (Beck, 2022; Oliveira; Rambaldi, 2024; Silva; Santos, 2025). Estudos confirmam a eficácia da TCC no TOC infantil, destacando ainda sua capacidade de reduzir a dependência de medicamentos (Cyrino *et al.*, 2015; Roh; Jog; Kin, 2023 *apud* Alves; Oliveira, 2024).

A TCC pode ser aplicada isoladamente ou combinada ao uso de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), conforme a gravidade do quadro (Cordioli, 2008; Assumpção Jr.; Kuczynski, 2003). A combinação se mostra mais eficaz em casos graves ou resistentes (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). Contudo seu uso em menores de 6 anos não seja aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA) (Krebs; Heyman, 2015 *apud* Pereira, 2025).

Nesse sentido, Cyrino *et al.* (2015) afirmam que os medicamentos aprovados pela FDA para o tratamento do TOC em crianças incluem a clomipramina, a fluvoxamina, a sertralina e a fluoxetina. Para se avaliar a gravidade dos sintomas do TOC, um dos instrumentos mais utilizados é a Escala *Yale-Brown* de sintomas obsessivo-compulsivos (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, Y-BOCS) (Goodman; Price, 1992 *apud* Guzmán; Uribe, 2012).

A pesquisa *Pediatric OCD Treatment Study* (POTS) mostrou que a TCC combinada com ISRS resulta em maior remissão dos sintomas (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). A TCC isoladamente também se mostrou superior à farmacoterapia em muitos casos (Cordioli, 2008; Assumpção Jr.; Kuczynski, 2003).

Para Rosario-Campos (2001) e Cordioli (2008) diferentemente da farmacoterapia, que tem alto risco de recaída após interrupção, a TCC gera efeitos duradouros, reduz sintomas e permite ganhos mesmo após o fim do tratamento.

Gomes *et al.* (2011) destacam que uma análise envolvendo 343 participantes, em crianças a partir dos cinco anos, pré-adolescentes e adolescentes de oito estudos experimentais controlados e distribuídos de forma aleatória demonstrou resultados positivos, com eficácia semelhante ao tratamento medicamentoso isolado e indícios de benefícios adicionais quando ambas as abordagens são combinadas.

Friedberg, McClure e Garcia (2009) *apud* Schwartz e Lisboa (2014) afirmam que as mudanças cerebrais observadas com a TCC no TOC ocorrem devido à ativação de regiões do cérebro, como os núcleos da base, o giro do cíngulo e o córtex orbitofrontal, durante a exposição a estímulos que provocam ansiedade; esse processo favorece a criação de novos padrões neurais, mais adaptativos para o processamento das informações associadas aos estímulos.

Embora haja registros sobre a sua prevalência e cronicidade, as pesquisas voltadas ao tratamento do TOC infantil ainda são escassas e evoluem mais lentamente do que aquelas realizadas com a população adulta (Guzmán; Uribe, 2012).

Principais técnicas utilizadas pela TCC no tratamento do TOC infantil

As intervenções com crianças e adolescentes, exigem adaptações específicas, como linguagem simplificada, recursos lúdicos, comunicação não verbal e participação de pais e cuidadores no processo terapêutico (Silva; Matavelli, 2023). A participação ativa dos pais no processo terapêutico contribui para reduzir cronicidade e gravidade do transtorno (Gomes *et al.*, 2024 *apud* Silva; Santos, 2025).

A técnica de Exposição com Prevenção de Resposta (EPR) expõe a criança às obsessões (medos) gradualmente, como às situações, pensamentos ou objetos impedindo a realização das compulsões (rituais) para aliviar a ansiedade (Wheaton; DeSantis; Simpson, 2016 *apud* Oliveira *et al.*, 2024). Segundo Cordioli (2007) antes de iniciar a EPR, é preciso revisar a lista de sintomas, identificando obsessões e evitações. Para o autor o tratamento deve começar por exposições que causem menor desconforto e ser repetido várias vezes ao dia para maior eficácia. Considerada uma técnica fundamental, a qual promove a exposição gradual a situações temidas sem realização de rituais, facilita a habituação e a reestruturação das crenças (Cordioli, 2014; Macedo *et al.*, 2025).

Inicialmente, a exposição tende a provocar ansiedade; contudo, com o passar do tempo, o indivíduo acaba se acostumando, fazendo com que a ansiedade diminua

gradualmente de forma natural, à medida que o paciente continua a se expor (Bortoncello; Cordioli; Gomes; Souza, 2011 *apud* Schwartz; Lisboa, 2014). Estratégias de relaxamento ajudam no controle da ansiedade (Moreira *et al.*, 2024 *apud* Alves; Oliveira, 2024).

Segundo Chaves, Silva e Bedim (2019) na obra *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*, Sadock, Sadock e Ruiz (2017) e para Silva e Santos (2025) a psicoeducação desempenha um papel essencial no tratamento de crianças com TOC. Conforme as autoras, a presença dos pais é considerada indispensável, pois permite que recebam informações fundamentais sobre o transtorno e aprendam estratégias para favorecer o *insight* da criança e incentivá-la a aderir ao processo terapêutico. A combinação de psicoeducação, treinamento em manejo comportamental e orientação parental para o enfrentamento gradual aumenta a eficácia da TCC e favorece a aplicação consistente das técnicas no dia a dia (Silva; Santos, 2025).

Técnicas como questionamento socrático (uma série de perguntas sequenciais), seta descendente e pizza da responsabilidade também são empregadas (Cordioli, 2007). O questionamento socrático tem como objetivo ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos e mudar esses pensamentos disfuncionais por ideias mais lógicas e realistas, fazendo com que ele passe a duvidar de suas crenças e deixe de vê-las como verdades absolutas (Cordioli; Braga, 2011).

De acordo com Chaves, Silva e Bedim (2019) o TOC pode apresentar recaídas, por isso a prevenção deve começar quando a criança já reduziu grande parte dos sintomas, na fase final do tratamento. Para as autoras, nesse momento, orienta-se a identificação precoce de sinais de retorno, o manejo de gatilhos e a eliminação dos sintomas residuais para evitar novos episódios.

CONCLUSÃO

O TOC na infância configura-se como uma condição grave, complexa e multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, neurobiológicos, cognitivos e ambientais. A literatura evidencia que o diagnóstico precoce é essencial para prevenir prejuízos emocionais, sociais e acadêmicos, favorecendo o desenvolvimento saudável da criança e a implementação de intervenções mais eficazes. Contudo, destaca-se que o impacto do ambiente familiar e das crenças

parentais na manutenção ou agravamento dos sintomas ainda é pouco explorado na literatura nacional, o que representa uma lacuna relevante para futuras pesquisas, reforçando a compreensão do TOC com um transtorno de base biopsicossocial.

A diversidade de sintomas e a tendência das crianças em ocultar seus rituais dificultam a identificação precoce do transtorno, reforçando a necessidade de instrumentos diagnósticos adaptados à faixa etária e sensíveis às particularidades do desenvolvimento infantil. A ausência de um diagnóstico adequado pode agravar os prejuízos emocionais, sociais e escolares, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar familiar.

A literatura reforça que o diagnóstico diferencial é essencial, considerando a sobreposição sintomática com outros transtornos, como o TEA, a síndrome de Tourette e os transtornos de ansiedade. Essa diferenciação assegura uma intervenção mais direcionada e evita equívocos terapêuticos.

Em relação ao tratamento, observou-se consenso sobre a TCC como a abordagem de primeira escolha, tanto em casos leves quanto moderados, podendo ser associada à farmacoterapia nos quadros mais graves. A TCC destaca-se como a abordagem eficaz na reestruturação de crenças disfuncionais e na redução de comportamentos compulsivos, especialmente quando associada à técnica de EPR. A psicoeducação e o envolvimento da família ou dos responsáveis constituem pilares fundamentais do processo terapêutico, pois fortalecem a adesão, a continuidade e a generalização das evoluções alcançadas na terapia.

A efetividade do tratamento do TOC infantil depende de diversos fatores, como o nível de ansiedade dos pais, a presença de transtornos psiquiátricos na família de primeiro grau, as dinâmicas e condições do ambiente familiar, incluindo acomodação e possíveis disfunções, além da predisposição genética e de alterações na neuroquímica cerebral.

As principais limitações deste estudo envolvem a escassez de produções científicas brasileiras específicas sobre TOC infantil e de trabalhos que detalhem intervenções da TCC adaptadas para esse público. Além disso, a diversidade metodológica dos estudos encontrados dificulta comparações diretas entre os resultados. O número reduzido de publicações nacionais sobre o tema, restringe a compreensão da realidade brasileira e reforça a necessidade de mais pesquisas na área.

Apesar dos avanços, persistem lacunas na literatura, principalmente quanto à realização de estudos longitudinais que avaliem a manutenção dos resultados terapêuticos, bem como às adaptações necessárias às diferentes faixas etárias e contextos socioculturais. Ademais, destaca-se a importância de capacitar profissionais da saúde mental para o manejo específico do TOC infantil e de promover ações interdisciplinares que integrem famílias, escolas e equipes clínicas.

Mais do que tratar sintomas, compreender o TOC infantil sob uma perspectiva biopsicossocial e aplicar intervenções fundamentadas na TCC significa promover autonomia, bem-estar psicológico e qualidade de vida à criança, fortalecendo não apenas sua saúde mental, mas também seu desenvolvimento global.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ARGIMON, Irani Iracema de Lima; BICCA, Mônica Giaretton; RINALDI, Juciclara. Transtorno obsessivo-compulsivo na adolescência. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 1, p. 15-21, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso:18 mai. 2025.

ASSUMPÇÃO JR., Francisco Baptista; CURÁTOLO, Eliana. **Psiquiatria infantil: guia prático**. São Paulo: Manole, 2004.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 3. ed. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2022.

CHAVES, Elidia P. Garcia; SILVA, Lyssa Portal da; BEDIM, Denise T. Novaes. Transtorno Obsessivo-Compulsivo na infância: fatores influenciadores e possíveis consequências. *In*: SAMPAIO, Juliana da Conceição (org.), *et al.* **Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade**. v.2. Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural, 2019. p. 36-43. Disponível em: <https://brasilmulticultural.org/wp-content/uploads/2020/05/ebook-Principais-transtornos-psiquicos_V-1.pdf> Acesso em: 15 mai. 2025.

CORDIOLI, Aristides Volpato. A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 30, p. s65-s72, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/nQZtCJhJcFqfCQSfmdDNFgN/>>. Acesso em: 13 abr. 2025.

CORDIOLI, Aristides Volpato; BRAGA, Daniela Tusi. Terapia Cognitivo Comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo. *In*: RANGÉ, Bernard *et al.*

Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 325-343.

CORDIOLI, Aristides Volpato *et al.* Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 446-452, 2003. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/45977600/CRENAS_DISFUNCIONAIS_E_O_MODELO_COGNITIVO20160526-10419-1p90p8i.pdf>. Acesso em: 02 set. 2025.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **TOC:** manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo compulsivo. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **TOC:** manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo compulsivo. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=fLw3AgAAQBAJ>>. Acesso em: 06 abr. 2025.

CORDIOLI, Aristides Volpato; VIVAN, Analise de Souza; BRAGA, Daniela Tusi. **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo:** Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes e Terapeutas. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2016.

CYRINO, Luiz Arthur Rangel *et al.* **Diferenciação de crianças e adolescentes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo em comorbidade ou não com tiques.** 2015. Disponível em: <<https://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/download/7814/9269>>. Acesso em 11 abr. 2025.

GOMES, Juliana Braga *et al.* Terapia cognitivo-comportamental com intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, p. 121–127, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rprs/a/SV9QqPxndTqpkvNCfwpX8LF/>>. Acesso em: 13 abr. 2025.

GUZMÁN, Laura Hernández; URIBE, Zaira. A avaliação do transtorno obsessivo-compulsivo em crianças e adultos (p.501-514). *In*: CABALLO, Vicente E. **Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos:** estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade. Tradução: Sandra M. Dolinsky. São Paulo: Santos, 2012.

MACEDO, Ryan Rafael Barros de *et al.* Tratamento farmacológico no transtorno obsessivo-compulsivo: abordagens atuais. **Lumen Et Virtus**, São Paulo, v. 16, n. 51, p. e7616-e7616, 2025. Disponível em: <<https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/7616>> Acesso em: 14 out. 2025.

OLIVEIRA, Mariani Rodrigues de; RAMBALDI, Mariana. Transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo de caso. *In*: PRAXEDES, Marcus F. da Silva (Org.). **O cuidado em saúde baseado em evidência.** E-Book. Científica Digital, 2024.

Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/240315919.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 11ª Revisão (CID-11)**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt>>. Acesso em: 5 nov. 2025.

PAULA, Daniel Kling de; KLING, Clara Pereira Sá Pinto; SIQUEIRA, Emílio Conceição de. Uma abordagem geral do transtorno obsessivo compulsivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Cristóvão, v. 23, n. 6, p. e13174–e13174, 2023. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/13174>>. Acesso em: 7 abr. 2025.

PEREIRA *et al.* Transtorno Obsessivo-Compulsivo sexual em uma criança pré-escolar: um relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. e78228, Curitiba, 2025. DOI: 10.34119/bjhrv8n2-053. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/78228>> Acesso em: 6 set. 2025.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição do. Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e na adolescência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, supl. II, p. 24–26, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/YXt4w8ZCXHscHpQ3T4QdwnN/>>. Acesso em: 06 abr. 2025.

SADOCK, Benjamin James.; SADOCK, Virginia Alcott; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Tradução: Marcelo de Abreu Almeida *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2017.

SCHWARTZ, Tabasnik F.; LISBOA, Saraiva de Macedo, 2014. Terapia Cognitivo-Comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo infantil: apresentação de um estudo de caso. **Revista Da Graduação**, 7(2). Porto Alegre: 2014. Disponível em: <<https://pucrs.emnuvens.com.br/graduacao/article/view/19330>>. Acesso em: 02 set. 2025.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes e manias: TOC: transtorno obsessivo-compulsivo**. São Paulo: Principium, 2017.

SILVA, Júlia Gomes da; SANTOS, Mariana Fernandes Ramos dos. O impacto do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) na qualidade de vida. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 1540–1562, São Paulo, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i1.17909. Disponível em: <<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/17909>> Acesso em: 5 set. 2025.

SILVA, Juliana Vieira Almeida; MATAVELLI, Rafaela Dias (orgs.). **Terapia cognitivo-comportamental: estudos de caso na infância**. Belo Horizonte: Ampla, 2023.