

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**Pedro Gomes de Alvarenga, Rosana Savio Mastrorosa &
Maria Conceição do Rosário**

Edição em Português

Editora Antonia Ionésia A Amaral

Tradutores: Rodrigo Amado Delmiro de Oliveira e João Victor Martins Pereira



Pedro Gomes de Alvarenga MD

Psiquiatra. Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Conflito de interesses: nenhum reportado

Rosana Savio Mastrorosa BA

Psicóloga Clínica. Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA). Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil

Conflito de interesses: nenhum reportado

Maria Conceição do Rosário MD, PhD

Psiquiatra da Infância e Adolescência. Professora Adjunta na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA). Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Conflitos de interesse: Palestrante para empresas Novartis, Lilly e Shire

Esta publicação é direcionada ao treinamento de profissionais atuantes em saúde mental, mas não para o público em geral. As opiniões expressas pertencem aos autores e não representam as opiniões do Editor ou IACAPAP. Esta publicação visa descrever os melhores tratamentos e práticas baseada em evidências científicas disponíveis na época de sua elaboração, conforme avaliação pelos autores, e pode mudar dependendo de resultados de uma nova pesquisa. Leitores necessitam aplicar este conhecimento em pacientes, de acordo com as diretrizes e leis do país da prática. Algumas medicações podem não estar disponíveis em certos países e os leitores devem consultar a informação específica da droga, visto que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e páginas de internet são citadas ou direcionadas por hyperlink para ilustrar problemas ou como fonte de mais informação. Isso não significa que os autores, o Editor ou IACAPAP, endorsem o conteúdo e recomendações deles, os quais devem ser criticamente avaliadas pelo o leitor. Páginas de internet podem mudar ou deixarem de existir.

©IACAPAP 2019. Esta é uma publicação de acesso aberto, sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio é permitida sem autorização prévia, desde que a obra original seja devidamente citada e o uso não seja comercial.

Citação sugerida: Alvarenga PG, Mastrorosa RS, Rosário MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (Edição em Português; Dias Silva F, ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.

O Transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é um transtorno neuropsiquiátrico caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões que consomem tempo, causam estresse ou interferência na vida do paciente (American Psychiatric Association, 2000). O TOC afeta todas as faixas etárias, independentemente de raça, *status* socioeconômico ou religião. Além disso, estima-se que os gastos com o TOC custem aproximadamente 8 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos (Hollander et al, 1998). Apesar de ser frequente e debilitante, alguns estudos sugerem que quase 60% dos pacientes portadores de TOC esperam muito tempo antes de buscar tratamento, ou não recebem o tratamento devido à falta de profissionais de saúde treinados em identificar o TOC (Dell’Oso et al, 2007).

TOC em crianças pode se assemelhar ao transtorno em adultos, porém frequentemente apresenta características clínicas específicas. Estudos recentes defendem a idéia de que o TOC é clinicamente e etiologicamente heterogêneo, e que o aparecimento precoce de TOC, pode representar um único subgrupo (Miguel et al, 2005; Leckman et al, 2009). Além disso, em 50 a 80% dos casos de TOC, os sintomas iniciam-se antes dos 18 anos de idade, o que destaca a importância da compreensão do TOC como um transtorno do desenvolvimento (Kessler et al, 2005). O objetivo deste capítulo é apresentar as questões mais relevantes sobre a avaliação e manejo de crianças e adolescentes com TOC.

PANORAMA HISTÓRICO

Sintomas obsessivo-compulsivos têm sido identificados desde o século XVII. Naquela época, obsessões e compulsões foram descritas como manifestações de melancolia religiosa e os doentes eram considerados “possuídos” por forças externas. Na primeira metade do século XIX, o TOC passou para o campo científico. Jean Dominique Esquirol, psiquiatra francês, foi o primeiro a descrever, em 1838, uma enfermidade médica bastante similar ao TOC contemporâneo e classificou-o como sendo “monomania” (um tipo de delírio parcial). No final do século XIX, o TOC foi classificado como *neurastenia*. Já no início do século XX, ambos, Sigmund Freud e Pierre Janet, psicólogo francês, separaram o TOC da neurastenia. Em 1903, Pierre Janet propôs que pacientes obsessivos possuíam uma personalidade anormal (chamada psicastenia), com características tais como ansiedade, preocupação excessiva e insegurança, e ele descreveu um bem sucedido tratamento das compulsões e rituais com técnicas que são similares àquelas usadas atualmente na terapia comportamental. Janet relatou o caso de um garoto de cinco anos de idade “psicastênico” com pensamentos intrusivos e repetitivos. Esta é considerada a primeira descrição clínica de TOC em crianças (para revisar, veja Alvarenga et al, 2007).

Atualmente, tanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM; Associação Americana de Psiquiatria, 2000), como a Classificação Internacional de Doenças (CID; Organização Mundial da Saúde, 1992) usam os mesmos critérios para crianças, adolescentes e adultos, com exceção de que crianças não necessitam *insight* da excessividade das compulsões. As revisões dessas classificações estão em andamento.

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência do TOC é de 1 a 3%, tornando-o um dos mais prevalentes transtornos neuropsiquiátricos. Os sintomas de TOC começam antes da puberdade, em aproximadamente um terço a metade dos doentes (Kessler et al, 2005). Por exemplo, um estudo compreendendo 330 pacientes adultos com TOC encontrou que 49% apresentaram os primeiros sintomas antes dos 11 anos de idade, e 23% entre 11 e 18 anos (de Mathis et al, 2009). Em crianças e adolescentes, o TOC foi considerado raro, até que um estudo publicado em 1988 estimou a *prevalência, em um ano*, de 0,7% nos Estados Unidos (Flament et al, 1988). A mais recente pesquisa de saúde mental em crianças britânicas reportou prevalência de 0,25% entre as idades de 5 a 15 anos; notavelmente, a maioria dos casos nunca procurou tratamento – similar aos resultados observados nos estudos epidemiológicos com adultos (Heyman et al, 2003).



Jean Dominique Esquirol, psiquiatra francês, foi o primeiro a descrever, em 1838, um transtorno médico bastante similar com o contemporâneo TOC.

Impacto do Transtorno Obsessivo Compulsivo

- TOC é um transtorno neuropsiquiátrico comum.
- Causa substancial sofrimento e incapacidade.
- Custa cerca de 8 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos.
- A manifestação dos sintomas ocorre, em 50 a 80% dos casos, antes dos 18 anos de idade.
- Quase 60% dos pacientes permanecem com sintomas.

A incidência de TOC tem dois picos, com diferenças na distribuição por gênero; o primeiro pico é na infância, com sintomas aumentando principalmente entre 7 e 12 anos, e com preponderância no sexo masculino. O segundo pico ocorre no início da vida adulta, com uma idade média de 21 anos e com ligeira maioria feminina (Geller et al, 1998).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões ou compulsões que consomem tempo (pelo menos uma hora por dia), causam aflições ou inteferem com a vida do paciente ou com a de sua família. *Obsessões* são idéias, imagens, medos, pensamentos ou preocupações intrusivas, não desejadas e que são sentidas como desconfortáveis, desagradáveis, estressantes ou causadoras de ansiedade. *Compulsões* são comportamentos repetitivos ou atos mentais pretendidos para ignorar, diminuir ou eliminar a ansiedade ou aflição causada por pensamentos obsessivos. Compulsões usualmente são realizadas de acordo com certas regras que o paciente se sente impulsionado a seguir (Associação Americana de Psiquiatria, 2000). Sintomas obsessivos-compulsivos variam consideravelmente não apenas de paciente para paciente, mas também no mesmo paciente durante o tempo. Apesar dessa variação, alguns sintomas são mais frequentes do que outros e estão descritos na tabela F.3.1.

Embora existam muitas semelhanças na apresentação clínica ao longo da vida, crianças e adolescentes com TOC também apresentam características específicas. Por exemplo, quanto mais jovem o paciente, maior é a probabilidade de ter compulsões sem obsessões (Rosario-Campos et al, 2001). Crianças também são menos propensas a reconhecerem seus sintomas como sendo egodistônicos, causando-lhes menos desejos de resistirem a um comportamento compulsivo. Portanto, o DSM-IV não requer que crianças tenham o *insight* do excesso das compulsões para determinar o diagnóstico. Crianças também podem apresentar compulsões “*tic-like*”, os quais podem ser confundidos com tics complexos, principalmente se as compulsões são simples rituais de tocar (Rosario-Campos et al, 2005). Nesses casos, as compulsões podem ser precedidas ou acompanhadas não apenas por obsessões, mas também por vários tipos de fenômenos sensoriais.

Fenômenos sensoriais é um termo usado para definir sensações, percepções, sentimentos ou desejos desconfortáveis ou perturbadores que precedem ou acompanham comportamentos repetitivos, tais como compulsões ou tics. Pacientes com TOC podem ser impelidos a repetirem compulsões até eles experimentarem um sentimento de alívio daquelas sensações desconfortáveis. Fenômenos sensoriais podem ser divididos em físicos e mentais. Exemplos incluem: sensações táteis na pele, percepções “*just-right*” e sentimentos de incompletude (Rosario et al 2008; 2009). Por exemplo, indivíduos podem “perceber” uma sensação oleosa nas mãos e as lavarem repetidamente por essa razão. Outra pessoa pode se sentir “desconfortável” pela maneira com que alguns objetos estão organizados em uma prateleira, e ela pode sentir um desejo para rearranjá-los várias vezes, até estarem “perfeitos”. A avaliação da existência e gravidade dos fenômenos sensoriais é relevante, porque alguns estudos reportaram que pacientes com manifestações precoces e tics relacionados ao TOC apresentam mais fenômenos sensoriais, e alguns relatam que esses fenômenos causam ainda mais perturbação do que as compulsões.

Idade do início do quadro

Até agora, não existe consenso sobre a melhor forma de definir a idade de início do quadro; alguns autores a definem como a idade na qual os sintomas começam (Rosário-Capós et al, 2001), enquanto outros a definem como sendo a idade na qual os sintomas começam a interferir com o funcionamento normal (Türkel et al, 2005). Além disso, não existe concordância sobre o ponto de corte para a idade do subtipo início precoce; pontos de corte nas idades de 10, 14 ou 18 foram propostos (Rosario-Campos et al, 2001). Um estudo sobre comorbidade em 330 pacientes com TOC trouxe alguma luz sobre essa questão; os autores relataram que incluir a idade de início dos sintomas na análise como uma variável contínua foi mais informativa e que 10 e 17 anos foram pontos de corte apropriados para os



O Professor de Oxford, Robert Burton, relatou um caso em seu compendium, *A Anatomia da Melancolia* (1621): "Se falava num auditório silencioso, como, por exemplo, num sermão, temia que pudesse proferir em voz alta e incontroladamente palavras indecentes e inadequadas."

subgrupos com sintomas de início precoce ou tardio, respectivamente (de Mathis et al, 2008).

A idade de início do quadro é importante, porque existe uma crescente evidência que TOC de início precoce pode representar um subtipo distinto de transtorno. Estudos prévios mostraram que adultos que apresentaram quadro clínico precoce tinham doença de maior gravidade e persistência de sintomas, podendo ser menos responsivos ao tratamento. Além disso, sintomas precoces foram associados a menor número de obsessões, mais compulsões “*tic-like*”, mais fenômenos sensoriais e maior taxa de comorbidades (Rosario-Campos et al, 2001; de Mathis et al, 2009).

Dimensões dos sintomas obsessivos-compulsivos

Apesar de que subdividir pacientes de acordo com a idade de manifestação dos sintomas tenha provado ser útil na identificação de grupos mais homogêneos, uma abordagem dimensional constatou ser de grande valia. Estudos analíticos reduziram sintomas de TOC para umas poucas dimensões consistentes e clinicamente significativas: contaminação/limpeza, obsessão/verificação, simetria/ordenação, e acumulação (Mataix-Cols et al, 2005).

Estas dimensões de sintomas, as quais são similares em todos grupos etários (Bloch et al, 2008), podem ser entendidas como uma sobreposição de características clínicas, que podem ser contínuas com preocupações “normais” primeiramente observadas na infância (Leckman et al, 2009), sendo temporariamente estáveis, e se correlacionam com inúmeras variáveis de genética, de neuroimagem e de resposta de tratamento (Mataix-Cols et al, 2005).

Por exemplo, alguns estudos têm relatado que pacientes com TOC de início precoce apresentam maior gravidade nas seguintes dimensões do sintomas: obsessões e compulsões agressivas; obsessões e compulsões sexuais e religiosas; obsessões e compulsões de enumeração e de ordenação (Rosário-Campos et al, 2005; Leckman et al, 2009).

Comorbidades

Similarmente aos adultos com TOC, 60 a 80% das crianças e adolescentes afetados possuem uma ou mais comorbidades psiquiátricas. Algumas das mais comuns são transtorno de tic, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), outros transtornos de ansiedade, transtornos de humor e alimentares (Geller, 2006).

A associação entre TOC e transtorno de tic é o mais surpreendente. Crianças com TOC possuem taxas relatadas de tics variando de 20 a 59% em comparação a 9% e 6%, respectivamente, em adolescentes e adultos. Similarmente, 48% de adultos com TOC de início precoce possuem tics ou a síndrome de Tourette, comparado com 10% daqueles com início tardio (Rosario-Campos et al, 2001). O impacto dessa associação levou alguns a descreverem um subgrupo “TOC relacionado a tic”, caracterizado por um maior risco de transmissão de TOC subclínico e tics entre parentes de primeiro grau dos probandos com TOC, maior frequência masculina, idade precoce de início, e uma resposta diferente ao tratamento (Rosario et al, 2008).

Além disso, existe um grupo de transtornos que parece representar um *continuum* (i.e., pensamentos intrusivos, ansiedade e comportamentos repetitivos) que compartilham mecanismos genéticos e fisiopatológicos com o TOC. Esses transtornos foram nomeados de transtornos do espectro obsessivo-compulsivo e incluem TOC, transtorno dismórfico corporal, transtornos de tic, tricotilomania, e transtornos do controle dos impulsos (Bievenu et al, 2012).

Curso e resultados

O curso do TOC é heterogêneo. O início dos sintomas pode ser abrupto ou lento, e as manifestações variam consideravelmente de paciente para paciente.

Também é frequente que os sintomas mudem com o passar do tempo, apesar de que eles geralmente mantem uma certa consistência temática (Miguel et al, 2005).

Tabela F.3.1 Obsessões e Compulsões Comuns

OBSESSÕES	COMPULSÕES OU RITUAIS
<p>Lesão, violência, agressão ou desastre natural:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos ou imagens recorrentes indutores de ansiedade de que eles podem machucar a si mesmos ou a outras pessoas (por exemplo, quando em contato com objetos afiados ou próximos à uma janela) • Medo de obedecer a impulsos agressivos • Medo de não realizar certos rituais (geralmente e checagem ou evitação), e como consequência algo ruim pode acometer as pessoas que são queridas e a responsabilidade resultante disso. 	<p>Checagem ou evitação acerca de injúria, violência, agressão ou obsessões com desastres naturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetidas checagem de portas, fechaduras, fogão, janelas • Checagem se eles se machucaram ou feriram outras pessoas • Checagem se algo ruim realmente ocorreu • Checagem ou tomada de outras medidas para prevenir ou evitar dano a si ou a outros • Necessidade em repetir atividades rotineiras para prevenir consequências ruins.
<p>Sexual e Religioso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos sexuais “proibidos” ou “impróprios”, imagens ou impulsos • Extrema inquietação sobre pecar e fazer coisas moralmente erradas, dizer ou fazer coisas religiosamente não aceitas 	<p>Verificação ou evitação devido a obsessões sexuais, religiosas ou morais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que eles não tenham feito nada errado de natureza sexual ou religiosa • Esquivar-se de certas ações, pessoas, lugares ou objetos para prevenir obsessões sexuais ou religiosas, e compulsões de ocorrerem • Necessidade em repetir atividades para prevenir consequências ruins • Necessidade em gerar pensamentos “bons” para compensar ou anular pensamentos “ruins” • Contar em silêncio, repetindo frases e preces
<p>Inquietações e preocupações ou uma necessidade por simetria, ordenação e arranjo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de que coisas estejam simétricas e equilibradas • Necessidade de que coisas estejam perfeitas, exatas ou “just right” 	<p>Repetição, ordenação e arranjo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrumar os objetos várias vezes, até eles ficarem simetricamente alinhados ou combinados • Contar objetos como telhas e cerâmicas de piso, livros na estante, pregos na parede ou mesmo grãos de areia de praia • Endireitar papel ou canetas sobre uma mesa, ou livros em uma estante • Tocar ou efetuar algo no lado direito seguido de uma compulsão para tocar ou efetuar a mesma coisa no lado esquerdo
<p>Contaminação, obsessão sobre ficar doente ou machucado devido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujeira ou germes • Resíduos corporais ou fluidos (como vômito, urina, fezes, ou saliva) • Contaminações ambientais (como amianto, radiação ou lixo tóxico) • Insetos ou animais • Substâncias pegajosas ou resíduos • Utensílios de casa ou outros objetos inanimados 	<p>Verificação, evitação ou repetição, excessivo ou ritualizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpeza ou lavagem de parte do corpo ou objeto • Banhos de chuveiro, de banheira e outras rotinas de banho, os quais necessitam ser feitos em determinada ordem • Uso excessivo de papel higiênico • Compulsão em realizar todo a rotina de novo se a sequência de banho ou limpeza é interrompida
<p>Colecionar e guardar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medo de se livrar de objetos sem importancia acreditando que eles serão úteis no futuro • Incapacidade de decidir jogar fora objetos sem importância 	<p>Armazenar ou coletar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas cheias de jornais antigos, notas, garrafas, papeis higiênicos, embalagens ou garrafas vazias • Pegar objetos ou lixo nas ruas ou lixeiras.

Similar ao que acontece com adultos, um longo tempo pode ter passado até que o diagnóstico seja realizado e o tratamento iniciado. Estudos relatam uma média de 2,5 anos do início dos sintomas até o diagnóstico, nos Estados Unidos (Geller et al, 2006), e até mesmo maior na Alemanha (Walitza et al, 2011). Uma das razões para esse atraso é o sigilo. Pacientes frequentemente se sentem com vergonha ou culpa acerca de seus sintomas ou comportamentos, e os escondem até que eles interferem com os seus funcionamentos diários. Casos leves ou moderados podem ser diagnosticados apenas através de sinais indiretos, como um aumento no tempo necessário para completar tarefas escolares, isolamento, ou pele gravemente ferida como resultado de lavagens compulsivas (Rosario et al, 2008). Em outros casos, os sintomas podem parecer com os aspectos normais da infância. De fato, alguns comportamentos repetitivos podem ser normais em alguns estágios de desenvolvimento. Crianças pequenas se engajam em uma quantidade significativa de atividades parecidas como compulsivas, repetitivas e ritualísticas, que parecem ser parte de seu repertório comportamental normal; eles frequentemente seguem uma rígida rotina da hora de dormir, de realizar as refeições e de ir para escola. Vários aspectos dos comportamentos ritualísticos e parecidos com compulsivos têm sido associados com medos e fobias em crianças. Portanto, o TOC pode ser conceituado como uma condição patológica, em continuidade com comportamentos normais durante diferentes períodos de desenvolvimento (Evans et al, 2002).

Um estudo longitudinal que durou 9 anos, avaliando 145 crianças e adolescentes com TOC, revelou que os diagnósticos mais comuns observados no *follow up* foram transtorno de ansiedade generalizada (25%), seguida por transtornos depressivos (16%) e desordens de tic (16%). Aproximadamente dois terços se autoavaliaram como muitíssimo melhor ou muito melhor em relação ao TOC que possuem. Quase metade (49%) dos participantes dizem que eles necessitaram de tratamento adicional. O maior preditor de persistência de TOC, nesta amostra, foi a duração da doença. A gravidade da doença basal não prediz persistência. O impacto do TOC no prejuízo funcional e qualidade de vida foi de leve a moderado (Micali et al, 2010). Estes achados sugerem que o TOC infantil é uma desordem crônica ou recidivante/recorrente que possui implicações no tratamento a longo prazo. Outros estudos mostraram que o TOC em crianças se tornaram subclínicos com o passar do tempo (Stewart et al, 2004) e que as crianças alcançaram um resultado muito favorável, quando tratadas precocemente (AACAP, 2012).



Clique na figura para visualizar uma descrição geral da Terapia Cognitiva Comportamental (06:07)

Avaliação clínica

Considerando o segredo que ocorre em torno dos sintomas do TOC, é importante para os membros da família ficarem atentos aos sinais precoces de comportamentos ritualísticos antes que eles se tornem problemáticos. Tabela F.3.2 lista algumas questões que podem ajudar a rastrear o TOC.

Tabela F.3.2 Questões avaliativas para ajudar na identificação de sintomas obsessivo-compulsivo

Sua criança alguma vez demonstrou:

- Preocupações sobre ter sido infectado por uma doença depois de tocar alguma coisa ou preocupação excessiva acerca de sujeira, levando a lavagem de mãos repetidamente ?
- Uma preocupação em ordenar ou arrumar objetos de tal forma que interfere com a vida escolar normal ?
- Uma necessidade de os objetos aparentarem estar “perfeitos”?
- Preocupações excessivas, medos ou inquietações com pensamentos religiosos, sexuais e agressivos
- Uma necessidade excessiva para coletar e acumular objetos ?

Tabela F.3.3 Escalas usadas na avaliação de pacientes com TOC

	CY-BOCS	DYBOCS	YGTSS	USP-SPS	FAS
Autor (Ano)	Scahill et al (1997)	Rosario-Campos et al (2006)	Leckman et al (1989)	Rosario et al (2008)	Calvocoressi et al (1999)
Objetivos	Avaliar a presença e a gravidade de obsessões e compulsões	Avaliar a presença e a gravidade das dimensões do TOC	Avaliar a presença e a gravidade de tics	Avaliar a presença e a gravidade de fenômenos sensoriais	Avaliar os níveis de acomodação familiar
Tempo de administração	15 minutos (excluído o tempo para analisar a lista de verificação de sintomas)	10 minutos para cada dimensão ou 15 minutos para a gravidade geral (excluindo tempo para checar a lista de verificação de sintomas)	20 minutos (excluindo o tempo para analisar a lista de verificação de sintomas)	20 minutos (excluindo o tempo para analisar a lista de verificação de sintomas)	20 minutos (excluindo o tempo para analisar a lista de verificação de sintomas)
Auto-relatada	Não	Não	Não	Não	Não
Validade e confiabilidade	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Utilidade clínica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Utilidade para pesquisa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Disponibilidade em línguas que não a inglesa	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

CYBOCS: Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown para crianças; DYBOCS: A Escala Dimensional de Sintomas Obsessivo-Compulsivo de Yale-Brown; USP-SPS: Escala de Avaliação de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo; YGTSS: Escala Global de Severidade de TIC de Yale; FAS: Escala de Acomodação Familiar.

Quando há suspeita de TOC, uma abrangente avaliação clínica – incluindo entrevista detalhada com parentes e, se possível, professores – é requerida com o objetivo de verificar as compulsões, obsessões e fenômenos sensoriais. Em crianças mais jovens, características de TOC podem aparecer sutilmente durante atividades de brincar ou de desenhar. É vital diferenciar entre sintomas obsessivos-compulsivos e o comportamento ritualista normal da infância, típico de fases específicas do desenvolvimento, tais como ritual na hora de comer e na hora de dormir. A esse respeito, informação detalhada sobre graus de desconforto, de deficiência e o tempo consumido para realizar rituais devem fornecer dados suficientes para decidir se o tratamento é ou não necessário. Além disso, é também importante verificar o *insight* e a percepção familiar dos sintomas, bem como a forma com que os familiares lidam com o paciente.

Escalas de graduação são úteis para obtenção de informações detalhadas relacionadas aos sintomas de TOC, tics e outros aspectos relevantes para o diagnóstico. As escalas são também usadas para medir o nível de gravidade e para avaliar o progresso de uma forma mais objetiva durante o seguimento do tratamento. Alguns desses instrumentos que estão listados na tabela F.3.3 são de domínio público e podem ser obtidos dos autores, a partir de uma solicitação.

FATORES ETIOLÓGICOS

Fatores que aumentam o risco de TOC estão resumidos na tabela F.3.4 .

Genético

Ao contrário do que se acreditou por muitos anos – que o TOC era essencialmente uma doença causada pelo ambiente – estudos com gêmeos, famílias segregadas e estudos genéticos revelaram que o TOC acomete famílias e isso é amplamente atribuído a fatores genéticos, com a hereditariedade sendo responsável em 45 a 65% dos casos (van Grootheest et al, 2005). Estudos de genética familiar revelam que quanto mais cedo o início dos sintomas de TOC em probandos, maior o risco de familiares de primeiro grau apresentarem sintomas obsessivo-compulsivos, TOC, Tics e Síndrome de Tourette (Rosario-Campos et al, 2005). Contrariamente, estudos com gêmeos mostraram que as taxas de concordância para monozigóticos são significativamente maiores que para gêmeos dizigóticos. Considerando que as taxas de concordância não são 100%, estudos genéticos também demonstraram que fatores não genéticos são importantes na etiologia de TOC.

Estudos genéticos identificaram regiões do cromossomo provável de conter locos de susceptibilidade para TOC nos cromossomos 1q, 3q, 6p, 7p, 9p, 10p, e 15q. Muitos estudos de gene candidato foram conduzidos, a maioria focando nos genes serotoninérgicos, glutamatérgicos, e dopaminérgicos, embora sem resultados conclusivos até agora. Dentre todo o polimorfismo que foi estudado, alguns achados relevantes envolvem expressão glutamatérgica e tem sido correlacionados com comportamentos repetitivos em humanos e roedores (Miguel et al, 2005, AACAP, 2012).

Não Genético

Em indivíduos predispostos, fatores ambientais como estresse emocional e lesão traumática cerebral podem desencadear TOC. Excessivo ganho de peso durante gestação, trabalho de parto prolongado, nascimento prematuro e icterícia foram associados com a expressão de TOC em fases posteriores da vida dos indivíduos (Vasconcelos et al, 2007).

Acomodação familiar

- Pais (e outros familiares) facilitam ou participam dos sintomas obsessivo-compulsivos da criança
- A acomodação familiar reforça sintomas e está associada com resultados insatisfatórios
- Exemplos de acomodação familiar incluem, entre outros, pais respondendo a perguntas de curiosidade repetidamente; não interrompendo ou limitando o tempo destinado a tarefas de limpeza; ajudando a criança em rituais de ordenação ou acumulação.

Tabela F.3.4 Fatores que aumentam o risco de TOC

Genético	<ul style="list-style-type: none"> • Membros da família com sintomas obsessivos-compulsivos, TOC ou tics • Genes candidatos promissores: SLC1A1 e SAPAP
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • História familiar de TOC ou do Transtorno do espectro do TOC (e.g. desordens de tic, tricotilomania, transtorno dismórfico corporal) • Alta acomodação familiar para sintomas obsessivo-compulsivos
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de sintomas obsessivo-compulsivos e TOC subclínico • Anormalidades neuropsicológicas (déficits cognitivos gerais, inflexibilidade mental, déficits de visão espacial, capacidades motoras afetadas) • Comorbidades psiquiátricas (e.g., Síndrome de Tourette)
Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores pré-natais, perinatais, e pós-natais, p.ex., ganho excessivo de peso durante a gestação, trabalho de parto prolongado, nascimento prematuro, icterícia, estresse emocional, lesão traumática cerebral, exposição a substâncias (álcool, cocaína, estimulantes e hormônios) em gravidez recente • Infecções estreptocócicas e febre reumática

Infecção por *Streptococos Beta-Hemolítico do Grupo A (EBHGA).*

A associação entre infecção por EBHGA e febre reumática (uma doença autoimune desencadeada por infecção por EBHGA) e o início ou agravamento do TOC e tics, receberam atenção considerável durante as duas últimas décadas. Foi levantada a hipótese de que uma infecção por EBHGA em um hospedeiro suscetível, inicia a produção de anticorpos que fazem reação cruzada com componentes celulares dos gânglios basais (Mercadante et al, 2005). Esta hipótese, que se aplica apenas para uma pequena proporção de crianças que desenvolvem TOC, é sustentada por descobertas de neuroimagem e imunológicas. TOC e outros transtornos neuropsiquiátricos são mais comuns do que o esperado em parentes de primeira grau dos probandos com febre reumática (Hounie et al, 2007).

Fatores Familiares

Outro fator importante, não genético, é o familiar. Crianças pequenas são mais suscetíveis a envolverem os pais em seus rituais, levando a maiores níveis de acomodação familiar. Enquanto alguns tentam interromper a criança de realizar rituais, outros “se acomodam” ou mesmo reforçam os sintomas (Amir et al, 2000; McKay et al, 2006).

Substratos Neurobiológicos

Outro fator não genético importante é a desregulação do circuito fronto-córtico-estriado-talâmico em pacientes com TOC. Estudos de neuroimagem funcional mostraram que o córtex órbita-frontal, cingulado-anterior e estriado são hiperativados em pacientes com TOC, e que essa ativação diminui depois do tratamento (Friedlander et al, 2006; Rotge et al, 2008).

Testes neuropsicológicos descobriram déficits na flexibilidade mental e habilidades motoras, habilidades visuo-espaciais, e algumas maneiras de funcionamento de execução em indivíduos com sintomas obsessivos-compulsivos e TOC (Mataix-Cols et al, 2008). Alguns desses déficits também foram encontrados em parentes de primeiro grau dos pacientes com TOC (Chamberlain et al, 2005). Foi sugerido que algumas mudanças neurofisiológicas observadas na infância, tais como déficits em habilidades visuo-espaciais, podem ser uma indicação precoce do risco de desenvolvimento de TOC na vida adulta (Grisham et al, 2009).

O sistema serotoninérgico parece estar envolvido na fisiopatologia do TOC – vários testes demonstraram uma diminuição em sintomas com o uso de drogas serotoninérgicas (Bloch et al, 2006). Alterações serotoninérgicas periféricas são frequentemente observadas em adolescentes e adultos com TOC (Delorme et al, 2005). Além dos sistemas monoaminérgicos, alguns pesquisadores sugerem que a ocitocina possa também exercer uma função (Leckman & Herman, 2002).

TRATAMENTO

Antes de iniciar o tratamento, é extremamente importante levar em consideração algumas questões, tal como a correta identificação dos sintomas mais problemáticos do TOC, quanto tempo o paciente esteve doente, impacto na vida do paciente e dificuldades de se trabalhar com a família (Tabela F 3.5). Uma análise detalhada envolvendo tanto o paciente, como membros da família e da escola, é extremamente importante. Outra questão importante é uma verificação precisa das comorbidades que habitualmente acompanham o TOC. Essas, se não avaliadas ou detectadas, podem complicar o tratamento (Rosario et al, 2008).

Similarmente às recomendações de tratamento para adultos, o tratamento de TOC em crianças e adolescentes, baseia-se na terapia cognitivo-comportamental (TCC), medicação, e psicoeducação. Tanto inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) como TCC têm sido estudados sistematicamente e empiricamente, demonstrando serem úteis no tratamento de crianças e adolescentes com TOC.



Freud acreditava que o TOC era uma resposta mal adaptativa para os conflitos entre impulsos inaceitáveis, inconscientes sexuais ou agressivos do ID e as demandas da consciência e realidade, voltando a conceitos sobre controle e as maneiras de pensar características da fase sádico-anal do desenvolvimento psicosexual: ambivalência, a qual produziu atos de dúvida, pensamento mágico e atos supersticiosos compulsivos.

Diretrizes para o tratamento do TOC

NICE: Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) (CG31) (Novembro 2005)

AACAP: Parâmetro prático para a avaliação e tratamento de crianças e adolescentes com Transtorno Obsessivo Compulsivo (Janeiro 2012)

Tabela F.3.5 Questões que necessitam ser esclarecidas durante a avaliação e antes do tratamento

Idade de manifestação do quadro	<ul style="list-style-type: none"> Idade quando os sintomas foram primeiramente notados pelo paciente ou pela família
Graus de sofrimento, prejuízo e tempo consumido na realização de rituais	<ul style="list-style-type: none"> Importante distinguir TOC de comportamentos obsessivos ou compulsivos transitórios, observados no curso normal do desenvolvimento. Escalas de escores podem ajudar nesta tarefa
Insight	<ul style="list-style-type: none"> O insight insatisfatório é comum em pacientes pediátricos.
Presença de fenômenos sensoriais	<ul style="list-style-type: none"> Impulsos físicos ou mentais premonitórios geralmente ocorrem, ao invés de obsessões.
Atitude da família frente a doença	<ul style="list-style-type: none"> Crítica excessiva ou altos níveis de acomodação de sintomas são associados com resultados menos satisfatórios.
Há comorbidades?	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a presença de condições comórbidas (p.ex., transtornos de ansiedade, de humor, de tics, TDAH, transtorno relacionado ao álcool ou outra substância)
Histórico de transtorno psiquiátrico na família	<ul style="list-style-type: none"> Existem membros da família afetados por TOC ou por outro transtorno psiquiátrico?

Manuais de TCC e livros de autoajuda disponíveis para terapeutas e familiares interessados nessas técnicas(AACAP, 2012):

- *Talking Back to OCD: The Program that Helps Kids and Teens Say “No Way” and Parents Say “Way to Go”* por John March
- *Obsessive Compulsive Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well* por Fred Penzell
- *Freeing Your Child from Obsessive Compulsive Disorder* por Tamar Chansky
- *What to do When your Child has Obsessive Compulsive Disorder: Strategies and Solutions*, por Aureen Pinto Wagner

Tratamento não farmacológico

A TCC é a única terapia psicológica reconhecidamente efetiva no tratamento do TOC infantil (Rosario et al, 2008). Tratamento de TOC pediátrico deveria preferencialmente começar com TCC para casos de leve a moderada intensidade, ou uma combinação de TCC e farmacoterapia para casos mais sérios, ou quando TCC não está disponível (Abramowitz et al, 2005; O’Connor et al, 2006; Walsh & McDougle, 2011).

A teoria da TCC para TOC integra teoria comportamental com um suporte cognitivo e demonstrou significativa eficiência, especialmente quando em combinação com exposição, prevenção de resposta e remodelamento cognitivo. Uma meta-análise mostrou tamanho médio dos efeitos da TCC de até 1.45 (intervalo de confiança 0.68-2.22) apesar da heterogeneidade da amostra (Watson & Rees, 2008). Remodelamento cognitivo ajuda os pacientes a perceberem a influência dos pensamentos e crenças nos comportamentos (rituais e evitação), a relação funcional entre obsessões e rituais, e estratégias para neutralizarem enquanto causam alívio. O remodelamento comportamental usa exposição e prevenção de resposta baseados na relação entre obsessões e compulsões, com o propósito de enfraquecer a associação e o desconforto causado por eles. Ela expõe os doentes a objetos, pessoas ou situações que eles temem, e os previnem de realizarem compulsão, com o objetivo de gradualmente diminuir o nível de ansiedade (Abramowitz et al, 2005). Técnicas cognitivas e comportamentais complementam uma a outra e a força de uma recai na combinação correta com a outra (Barret et al, 2008; Williams et al, 2010).

Aspectos práticos do tratamento por TCC

A maioria dos manuais de tratamento de TCC para TOC, recomenda de doze a vinte e cinco sessões. Os manuais geralmente sugerem que os terapeutas usem a primeira e as duas últimas sessões para coletarem informações detalhadas



Clique na figura para visualizar uma descrição do UCLA OCD program (03:50)

sobre os sintomas do paciente, tal como o paciente e a família lidam com eles, o ambiente familiar, rendimento escolar e outras questões relevantes sobre o funcionamento do paciente. Psicoeducação deve ser oferecida, tanto quanto possível; isso envolve informação detalhada sobre todos os aspectos da doença, incluindo sintomas clínicos possíveis, impacto das comorbidades, opções de tratamento, duração da doença e do tratamento, os riscos da acomodação familiar, e a melhor forma de lidar com um membro familiar com TOC. Geralmente, sessões de 50 minutos de TCC incluem revisão de metas, revisão da semana anterior, fornecimento de nova informação, prática assistida por terapeuta, dever de casa para próxima semana e monitoramento (Steketee, 1999).

O sucesso da TCC depende do entendimento da doença de base para as atividades terapêuticas e dos processos cognitivos implicados na manutenção do transtorno. Testes clínicos demonstraram que a TCC possui os melhores resultados quando as pessoas mais próximas do paciente (pais, membros da família e professores) estão envolvidas no tratamento (Piacentini & Langley, 2004; Freeman et al, 2008). Membros da família podem responder aos sintomas do paciente ao facilitar a evitação, assistir nos comportamentos ritualísticos, ou participar inadvertidamente em rituais (Calvocoressi et al, 1999; Barret et al, 2004; Freeman et al, 2008), descrito por alguns como acomodação familiar (Calvocoressi et al, 1999). Alto risco de acomodação familiar foi associado com manutenção de sintomas e resultados insatisfatórios (Calvocoressi et al, 1999; Amir et al, 2000). Dessa forma, os pais devem ser incluídos no tratamento (Freeman et al, 2008); de fato, os pais frequentemente se tornam coterapeutas e administram o tratamento no lar.

Tratamento farmacológico

Para a máxima eficiência, a combinação de TCC com medicação é sugerida como o tratamento indicado para TOC moderado e severo (AACAP, 2012). O Estudo de Tratamento Pediátrico para TOC (POTS), um estudo de resultados em 3 locais que durou 5 anos, projetado para comparar placebo, sertralina, TCC, e a combinação TCC com sertralina, concluiu que o tratamento combinado (TCC+sertralina) foi mais eficiente do que TCC ou sertralina sozinhos. Os tamanhos dos efeitos para o tratamento combinado, apenas TCC e sertralina sozinho foram 1.4, 0.97 e 0.67, respectivamente (Estudo de Tratamento Pediátrico TOC, 2004; Franklin et al, 2011).

Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) são medicamentos de primeira linha para crianças, adolescentes e adultos com TOC (AACAP, 2012).

Tabela F.3.6 Medicamentos efetivos no tratamento pediátrico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (adaptado de Rosario et al, 2008).

Medicação	Aprovado pelo FDA para tratamento de TOC em crianças	Idade mínima (FDA)	Dose inicial (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)
Clomipramina	Sim	5	12.5 a 25	300
Fluoxetina	Sim	8	2,5 a 10	80
Sertralina	Sim	6	12,5 a 25	200
Fluvoxamina	Sim	8	12,5 a 50	300
Paroxetina	Sim	8	2,5 a 10	60
Citalopram	Não	N/A	2,5 a 10	60
Escitalopram	Não	N/A	2,5 a 10	30

N/A: não aplicável.

A clomipramina, um agente serotoninérgico tricíclico, foi a primeira medicação que provou ser efetiva em tratamentos de TOC. Apesar de sua eficiência (tamanho do efeito: 0.85, intervalo de confiança 0.32-1.39) (Watson & Rees, 2008), efeitos colaterais – gastrointestinais, autonômicos, hepáticos e, particularmente, problemas de condução cardíacos – limitam o uso clínico de clomipramina, especialmente em crianças e adolescentes. Por exemplo, a prescrição de clomipramina requer avaliação eletrocardiográfica antes do início do tratamento e no seguimento (Mancuso et al, 2010; AACAP, 2012).

Testes clínicos bem elaborados demonstraram a eficiência e segurança dos ISRS fluoxetina, sertralina e fluvoxamina (sozinho ou combinado com TCC) em crianças e adolescentes com TOC. Outros ISRSs como a paroxetina, o citalopram e o escitalopram também mostraram eficiência em crianças e adolescentes com TOC, apesar de que o FDA não tenha aprovado ainda o uso pediátrico (Rosario et al, 2008, AACAP, 2012). Uma meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados em crianças e adolescentes com TOC encontrou um tamanho de efeito de 0,46 (95% IC 0.37 – 0,55) e apresentou uma diferença estatisticamente significativa entre droga e placebo (Geller et al, 2003).

A maioria dos especialistas sugere que o tratamento deve continuar por no mínimo 12 meses após resolução ou estabilização dos sintomas, seguido por uma cessação gradual (Rosario et al, 2008; Mancuso et al, 2010).

Não respondedores

Apesar da efetividade dos ISRSs, cerca de metade dos pacientes não respondem ou tem sintomas residuais, mesmo com duração adequada do tratamento e doses máximas toleradas recomendadas. Para esses pacientes, algumas estratégias têm sido sugeridas e estão descritas abaixo. Infelizmente, não existem estudos sistemáticos que comparem a troca de medicamentos verso a adição de um agente potencializador à medicação inicial (AACAP, 2012)

- A primeira estratégia é *trocar para outro ISRS*.
- Em adultos, com resposta parcial ao ISRS, *antipsicóticos* (Bloch et al, 2006) e *clomipramina* (Figuroa et al, 1998) têm sido usados como agentes potencializadores. Investigações adicionais, acerca dessas intervenções farmacológicas em crianças, são necessárias. Antipsicóticos podem ser indicados na presença de transtorno do tic com insight pobre (Bloch et al, 2006). Estudos clínicos sugerem que haloperidol (Mancuso et al, 2010), risperidona (Thomsen, 2004) e quetiapina (Cohen et al, 2003) podem ser efetivos. Olanzapina deve ser evitado em crianças, devido à limitada segurança e risco de síndrome metabólica (Rosario et al, 2008). Preocupações acerca da potencialização com neurolépticos inclui efeitos colaterais potenciais, tais como: sedação, disforia, ganho de peso e sintomas extrapiramidais. Novos agentes potencializadores, em estudos clínicos, como psicoestimulantes, gabapentina, sumatriptano, pindolol, inositol, opióides, erva de São João, N-acetil-cisteína, memantina e riluzole, requerem evidências adicionais antes da recomendação de seu uso rotineiro (AACAP, 2012).
- Outra estratégia é verificar a presença de *comorbidades* (tais como TDAH, tics, depressão ou transtorno de conduta). A presença de comorbidades tem sido associada com sintomas mais severos e altos níveis de stress parental, e pode piorar a resposta ao tratamento (Grados et al, 2008; Storch et al, 2008). Na presença de tais condições clínicas deve ser considerado o tratamento paralelo dos pais (AACAP, 2012).
- *Combinação de medicação com TCC* deve sempre ser considerada. Franklin et al (2011), investigaram se TCC poderia potencializar o tratamento com antidepressivos em crianças que haviam respondido apenas parcialmente à medicação. O estudo envolveu 124 participantes com TOC com idade entre 7 e 17 anos randomizado para medicação sozinha (ISRS), *medicação mais TCC* (além de visitas para controle do uso das medicações, um protocolo de 14 sessões de



Clique na figura para ouvir Eli R Lebowitz PhD falar sobre “criar exposições efetivas” no tratamento de transtornos de ansiedade na infância (14:21)

A mãe trouxe J. 9 anos de idade, porque seu professor tinha uma preocupação por ele perder demasiada quantidade de tempo ao realizar exercícios, devido ao seu cuidado para que eles ficassem perfeitos. Além disso, J estava saindo da sala para lavar suas mãos com muita frequência. Sua mãe notara o mesmo em casa.

J. nasceu depois de um parto prolongado e apresentou moderada icterícia. Seu pai foi diagnosticado com a síndrome de Tourette durante sua infância, mas está sem sintomas há muitos anos.

Durante a entrevista de avaliação, J. disse que sentia “coceira” em suas mãos, o que o forçava a lavar suas mãos repetidamente. Ele também disse que levava muito tempo para completar seus deveres de casa, porque ele precisava escrever e re-escrever tudo, até sentir que sua caligrafia parecesse totalmente certa. J. não reclamava de seus sintomas e não evitava lavar as mãos, embora ele gastasse cerca de 2 horas por dia fazendo isso. Ele não descreveu pensamentos obsessivos. Quando perguntado porque ele tinha que lavar suas mãos ou re-escrever coisas, disse que simplesmente tinha que fazer assim. J. não possuiu tics no passado ou atualmente.

A pontuação no CYBOCS foi de 17 (zero para obsessões; 17 para compulsões). Nas dimensões de sintomas DYBOCS, os pontos foram de zero para agressão, zero para sexual/religioso, zero para armazenagem, 12 para simetria/ordenação e 10 para contaminação/limpeza. O total de pontos para gravidade foi 12 e de 10 para incapacidade, com uma pontuação de 22 (moderado).

J. e sua família foram referidos para um programa de TCC, duas vezes por semana, com sessões durando 60 minutos. O terapeuta notou que os pais estavam extremamente preocupados com o futuro de J. e se ele iria ou não obter sucesso na escola. Depois de 12 sessões (seis semanas), J. mostrou alguma melhora nos sintomas, mas os pais permaneciam muito ansiosos. Por exemplo, apesar de J. estar gastando menos tempo fazendo seu trabalho, sua mãe decidia ajudá-lo diariamente e praticamente fazia o dever para ele. O terapeuta decidiu continuar com a TCC, mas apenas uma vez por semana, e os pais começaram a participar das sessões. Depois de 16 semanas (22 sessões), o escore CYBOCS diminuiu para 8 e o escore global DYBOCS para 11, o que significou uma diminuição nos sintomas. Os pais estavam confiantes sobre as habilidades de J. na escola.

Comentário

Essa pequena história descritiva ilustra um paciente com TOC de intensidade moderada para dimensão dos sintomas de simetria/ordenação e limpeza/contaminação. O quadro consumia tempo e comprometia a performance escolar. J. tinha pouco insight sobre seus sintomas. Embora não tenha relatado obsessões, ele mostrou fenômeno sensorial, tanto físico (“coceira”) e mental (perfeccionismo e sentimentos “just right”). A história familiar de síndrome de Tourette, trauma ao nascer e icterícia aumentaram a vulnerabilidade ao TOC. Os pais estavam ansiosos e exibiram uma alta pontuação na escala de acomodação familiar.

Considerando que os sintomas eram moderados e não existiam comorbidades, a recomendação inicial de tratamento foi TCC. Felizmente, J. teve acesso a profissionais treinados em TCC e a família concordou com a estratégia de intervenção. Porque o TOC oscila entre mais e menos intenso e é potencialmente crônico; uma manutenção menos intensa de TCC é aconselhado.

TCC convencionais foi administrado por um psicólogo, consistindo em sessões de uma hora, durante 12 semanas, envolvendo psicoeducação, treino cognitivo, um guia orientador de exposições temidas, hierarquicamente determinadas das menos para as mais, provocadoras de ansiedade, exposição e prevenção de resposta) ou *medicação mais TCC instrumentalizado* (um farmacoterapeuta designado para o controle da medicação, também fornecia instruções em TCC que era administrado num protocolo - 7 sessões ao longo de 12 semanas - com uma duração média de 45 minutos; as instruções incluíam psicoeducação, estabelecimento de uma hierarquia de severidade de sintomas, exposição e prevenção de resposta, e prescrição de exercícios para casa). Duas checagens rápidas, via ligação telefônica, foram também realizadas com objetivo de prover orientação para TCC no domicílio. Após 12 semanas de tratamento 68,6% no grupo de *medicação mais TCC convencional*, foram considerados respondedores comparado com 34% do *grupo de medicação mais TCC instrumentalizada*, e 30% no grupo de medicação sozinha. Isto é, 14 sessões de TCC oferecidas por terapeutas treinados associado à medicação, dobrou a taxa de resposta; enquanto TCC menos intensivo e fornecido por um terapeuta não especializado não aumentou a eficácia da medicação, sobre a medicação sozinha (Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011).

Além da procura por novas estratégias terapêuticas, identificação de pessoas em alto risco de desenvolver TOC é um requisito para o desenvolvimento de estratégias de prevenção. Vários fatores, risco genético, familiar, individual e ambiental têm sido descritos (Tabela F.3.4). Além de medidas gerais para melhorar a saúde mental, atualmente não há programas de prevenção de eficácia demonstrada.

Tabela F.3.7 Sumário de recomendações para tratamento de TOC

TIPO	TRATAMENTO RECOMENDADO
Leve (escore CYBOCS: 16-19*)	<ul style="list-style-type: none"> TCC apenas (individual ou grupo, mínimo de 10 sessões)
Moderado (escore CYBOCS: 20-29*)	<ul style="list-style-type: none"> TCC apenas ou combinado com ISRS (individual ou grupo, mínimo de 10 semanas de teste)
Severo (escore CYBOCS: 30-40*)	<ul style="list-style-type: none"> TCC+ISRS (mínimo de 10 semanas de teste)
Remissão (escore total CYBOCS menor do que 10)	<ul style="list-style-type: none"> Manutenção da TCC (sessões de reforço por no mínimo 12 meses) Manutenção de ISRS em uma dose ótima por pelo menos 12 meses
Resposta parcial (diminuição de 35 a 50% no escore CYBOCS depois de se alcançar a dose ótima tolerada de ISRS por um mínimo de 10 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> Mudar para outro ISRS Associar TCC (se ainda não administrado) Associar um antipsicótico atípico (E.g. risperidona, quetiapina, aripiprazol ou haloperidol) Associar com clomipramina (monitoramento com ECG)
Sem resposta (menos de 35% na remissão dos sintomas)	<ul style="list-style-type: none"> Revisar diagnóstico, comorbidades, complacência e acomodação familiar Mudar para outro ISRS Associar com TCC (se ainda não foi administrada) Associar com antipsicótico atípico (E.g. risperidona, quetiapina, aripiprazol ou haloperidol) Associar com clomipramina (monitoramento por ECG) Tratar comorbidades concomitantemente

*Critério de gravidade de March & Mulle (1998): Terapia cognitiva comportamental aplicada por clínicos treinados nos moldes da terapia, em sessões de pelo menos 60 minutos; CYBOCS: Escores da Escala de sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown; ISRS: Inibidores seletivos de recaptção de serotonina.

GRUPOS DE SUPORTE E ASSOCIAÇÕES

Quando as pessoas são informadas de que seu familiar é portador de TOC, geralmente elas se beneficiam de Grupos de Suporte para aprender a lidar com seu familiar, principalmente quando o paciente é uma criança ou adolescente. Participar de um Grupo de Suporte é útil em aprender a lidar com o estresse gerado na criação de uma criança com TOC. Grupos de Suporte que têm profissionais de saúde como coordenadores, e se encontram regularmente, procuram educar sobre a doença, ajudar às pessoas a reconhecerem os sintomas, a reduzir a acomodação familiar, e encontrar o tratamento correto. Se reunir com pessoas que enfrentam os mesmos problemas, oferece oportunidade para troca de experiências, conhecer como os outros lidam com os sintomas e aprender mais sobre o transtorno. Grupos de suporte podem também ser úteis, embora menos nos casos de crianças. Uma lista de associações e familiares em vários países podem ser encontrados em: <http://www.geonius.com/ocd/organizations.html>

REFERÊNCIAS

- AACAP (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51:98-113.
- Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36:55-63.
- Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT et al (2007). Obsessive compulsive disorder: historical overview. In Storch E, Geffken G, Murphy T (eds) *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Routledge, 1-21.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir N, Freshman M, Foa EB (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14:209-217.
- Barrett PM, Farrell L, Pina AA et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:131-55.
- Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY et al (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42:1-13.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B et al (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 11:795.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC et al (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165:1532-1542.
- Calvocoressi L, Mazure C, Kasl S et al (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187:632-642.
- Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA et al (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29:399-419.
- Cohen LS (2003). Quetiapine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:623-624.
- Delorme R, Betancur C, Callebert J et al (2005). Platelet serotonergic markers as endophenotypes for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 30:1539-1547.
- Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E et al (2007). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *International Journal of Clinical Practice*, 61:98-104.
- de Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG et al (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, 14:362-370.
- de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB et al (2008). Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, 23:187-94
- Evans DW, Milanak ME, Medeiros B et al (2002). Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry & Human Development*, 33:43-58.
- Figueroa Y, Rosenberg DR, Birmaher B et al (1998). Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 8:61-67.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27:764-771.
- Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB et al (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 306:1224-1232.
- Freeman JB, Garcia AM, Coyne L et al (2008). Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:593-602.
- Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Reviews*, 26:32-49.
- Geller D, Biederman J, Jones J et al (1998). Juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:420-427.
- Geller DA (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29:352-370
- Geller DA, Biederman J, Stewart ES et al (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:1919-1928.
- Grados M, Riddle MA (2008). Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *International Review of Psychiatry*, 20:189-193.

- Grisham JR, Anderson TM, Poulton R et al (2009). Childhood neuropsychological deficits associated with adult obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195:138-141.
- Heyman I, Fombonne E, Simmons H et al (2003). Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15:178-184.
- Hollander E, Greenwald S, Neville D (1998). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiological sample. *CNS Spectrums*, 3:10-18.
- Hounie AG, Pauls DL, do Rosario-Campos MC et al (2007). Obsessive-compulsive spectrum disorders and rheumatic fever: a family study. *Biological Psychiatry*, 61:266-272.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62:593-602.
- Leckman JF, Bloch MH, King RA (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:21-33.
- Leckman JF, Herman AE (2002). Maternal behavior and developmental psychopathology. *Biological Psychiatry*, 51:27-43.
- Mancuso E, Faro A, Joshi G et al (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20:299-308.
- March JS, Mulle K (1998). *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guilford Press.
- Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N et al (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:773-778.
- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162:228-238.
- McKay D, Piacentini J, Greisberg S et al (2006). The structure of childhood obsessions and compulsions: dimensions in an outpatient sample. *Behavior Research and Therapy*, 44:137-146.
- Mercadante MT, Diniz JB, Hounie AG et al (2005). Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever patients. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 17:544-547.
- Micali N, Heyman I, Perez M et al (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 197:128-134.
- Miguel EC, Leckman JF, Rauch S et al (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10:258-275.
- O'Connor KP, Aardema F, Robillard S et al (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:408-419.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:1969-1976.
- Piacentini J, Langley AK (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60:1181-1194.
- Rosario MC, Alvarenga PG, de Mathis A et al (2008). Obsessive-compulsive disorder in childhood. In Banaschewski T, Rohde LA (eds) *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments*. Basel: Karger, pp83-95.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M et al (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 136:92-97.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT et al (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158:1899-1903.
- Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S et al (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11:495-504.
- Rosario MC, Prado HS, Borcato S et al (2009). Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectrums*, 14:315-323.
- Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B et al (2008). Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33:405-412.
- Steketee G (1999). *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder. Best Practices for Therapy*. Canada: Empirically Based Treatment Protocols, Raincoat Books: 9-10.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M et al (2004). Long term outcome of pediatric obsessive compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110:4-13
- Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ et al (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:583-592.
- Swedo SE, Leckman JF, Singer HS (personal communication). Evolving from PITANDS and PANDAS to PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome)
- Thomsen PH (2004). Risperidone augmentation in the treatment of severe adolescent OCD in SSRI-refractory cases: a case-series. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16:201-207.
- Tükel R, Ertekin E, Batmaz S et al (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21:112-117.

- van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT et al (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8:450-458.
- Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG et al (2007). Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61:301-307.
- Walitza S, Melfsen S, Jans T et al (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108:173-179.
- Walsh KH, McDougle CJ (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7:485-494.
- Watson HJ, Rees CS (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:489-98.
- World Health Association, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992. [www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf].
- Williams TI, Salkovskis PM, Forrester L et al (2010). A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19:449-456
-