

Atualizações sobre os transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados: histórico, aspectos clínicos e classificações contemporâneas

Updates on obsessive-compulsive and related disorders: history, clinical descriptions and current classifications

Ilgner Justa Frota¹. Victor Elmo Gomes Santos de Moura¹. Augusto Andrade Campos de Moura Fé². Eugênio de Moura Campos^{1,2}.

1 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Ampliar a compreensão da evolução histórica das concepções clínicas e da taxonomia dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, assim como atualizar os profissionais na formulação desses diagnósticos. **Metodologia:** Foram examinadas todas as edições das classificações publicadas pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação Psiquiátrica Americana, além dos principais livros-texto de psiquiatria clínica, de textos sobre a história e a evolução desses diagnósticos e de artigos científicos escritos pelas equipes responsáveis pela revisão das classificações atuais. **Resultados:** Após a descrição de alguns conceitos básicos, apresenta-se um apanhado histórico das principais mudanças nosológicas e nosográficas relacionadas a esses transtornos ao longo do tempo. Em seguida, finaliza-se com uma breve descrição de cada uma das entidades clínicas desse grupo, conforme estão definidas atualmente nos manuais, de forma a facilitar o reconhecimento e a efetivação de tais diagnósticos na prática. **Conclusão:** Nas classificações psiquiátricas atuais, ocorreram uma série de modificações no grupo dos transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados. É importante que essas inovações sejam amplamente difundidas, incorporadas aos processos de formação profissional, a programas de capacitação e treinamento, implicando incremento de competências na prática clínica e propiciando uma comunicação mais precisa e uniforme de dados clínicos.

Palavras-chave: Transtorno obsessivo-compulsivo. Classificação. História da medicina.

ABSTRACT

Objectives: Understanding the historical evolution of the clinical concepts and taxonomy of the obsessive-compulsive spectrum disorders and updating the professionals on the formulation of those diagnoses. **Methodology:** We reviewed all editions of the classifications published by the World Health Organization and the American Psychiatric Association, the main textbooks on clinical psychiatry, texts on the history and evolution of these diagnoses, and articles written by the teams responsible for updating the current classifications. **Results:** We describe basic concepts and present a short history of nosological and nosographic shifts. Then, we finish with a brief description of the clinical entities in this group, as defined in the manuals, to ease the recognition and making of these diagnoses in clinical practice. **Conclusion:** Several changes have taken place concerning the obsessive-compulsive and related disorders in the current psychiatric classifications. It is of utmost importance that these innovations be thoroughly spread and integrated within the professional academic systems, on continuous education, and training, thus increasing clinical practice competencies and enabling precise and uniform clinical data communication.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder. Classification. History of medicine.

Autor correspondente: Ilgner Justa Frota, Rua Pastor Samuel Munguba, 1290, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. CEP: 60430-372. Telefone: +55 85 3366-8149. E-mail: ilgner0@gmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 16 Mar 2021; Revisado em: 06 Nov 2021; Aceito em: 26 Nov 2021.

INTRODUÇÃO

A nosologia psiquiátrica passa regularmente por transições e mudanças de paradigma. Desde os princípios da civilização, o homem já observava e categorizava os comportamentos humanos.¹ A contar da medicina hipocrática da antiguidade, no decorrer dos séculos, houve uma sucessão de diversas classificações, culminando com a de Emil Kraepelin (1856 - 1926),² considerada a base das classificações modernas.³ A Organização Mundial de Saúde (OMS) inseriu pela primeira vez os transtornos mentais na sexta revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6) em 1948.⁴ Em 1952 a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I).⁵ A partir de então ambas foram periodicamente revisadas, estando disponíveis atualmente o DSM-5⁶ e a CID-11.⁷

O transtorno obsessivo-compulsivo e os transtornos relacionados compõem um grupo de categorias clínicas em que ocorreram muitas mudanças das versões anteriores para as edições correntes dessas classificações, conseguindo evidências identificadas em estudos recentes, com implicações em termos de diagnóstico e tratamento. Estas modificações precisam ser incorporadas à prática clínica cotidiana a fim de que se possa oferecer, à luz dos novos conhecimentos, melhor atenção à saúde dos indivíduos portadores destes transtornos, que causam grande sofrimento e geram significativo prejuízo em diversas áreas do funcionamento.

Com este artigo, pretende-se contribuir para o conhecimento da evolução histórica dos conceitos das manifestações clínicas e das classificações dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo, bem assim para atualização sobre a caracterização clínica e para o aprimoramento da elaboração diagnóstica.

CONCEITOS BÁSICOS - OBSESSÃO E COMPULSÃO

A CID-11 define obsessões como pensamentos repetitivos e persistentes, imagens ou impulsos que são vivenciados como intrusivos, indesejados e comumente associados à ansiedade, ao passo que compulsões são comportamentos, rituais, ou atos mentais repetitivos e persistentes que o indivíduo se sente compelido a realizar em resposta a uma obsessão, de acordo com regras rígidas, ou para alcançar uma sensação de “completude”.⁷

As ideias obsessivas tipicamente ocorrem com o *insight* preservado, isto é, são reconhecidamente inadequadas, errôneas ou mesmo absurdas, contudo não podem ser afastadas ou esquecidas pelo paciente.⁸ As compulsões são reconhecidas como desnecessárias e sem propósito, sem que o paciente consiga resistir a executá-las repetidamente.⁹ Alguns pacientes, no entanto, tem *insight* pobre e uma pequena percentagem tem ausência de *insight*.¹⁰ O indivíduo com o *insight* pobre considera que suas crenças são provavelmente verdadeiras. Com *insight* ausente, está completamente convencido de suas crenças. Estas, apesar de se revelarem delirantes, não devem acarretar o diagnóstico de um transtorno psicótico.⁶

As obsessões e compulsões compõem principalmente a sintomatologia dos transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados, mas podem também ser encontradas em transtornos depressivos, esquizofrenia e outras condições clínicas.^{11,12}

HISTÓRICO

1. Obsessão e compulsão

A palavra obsessão deriva do latim “*obsidere*”, que quer dizer bloquear ou sitiado. Compulsão, por sua vez, é uma tradução do termo alemão *Zwang*, correspondente à força ou violência.¹³ Comportamentos com feição compulsivo foram mencionados na literatura no decorrer dos séculos, frequentemente dos pontos de vista religioso e social. O tema das obsessões e compulsões migrou para a investigação científica na primeira metade do século XIX, quando importantes contribuições passaram a ser publicadas.^{14,15} Na segunda metade desse século instrumentalizou-se, na Europa, os conceitos médicos desse diagnóstico.¹⁵

Esquirol (1838), iniciou um novo rumo nosológico ao descrever o caso de *mademoiselle F.*, que denominou de “monomania racional ou instintiva”. Relatou que a paciente executava ações sem base na razão ou emoção, rejeitadas pela consciência, as quais era incapaz de suprimir. Krafft-Ebing usou o termo *Zwangsvorstellung* em 1867 para referir-se a pensamentos irresistíveis. Carl Westphal (1833 - 1890) deu um passo além, entendendo esse conceito como um componente mental puro (obsessão) e um componente precursor de ação (compulsão). Iniciou assim, pioneiramente, a visão de que as compulsões eram secundárias ou parasitas das obsessões. *Zwangsvorstellung* foi traduzido na Inglaterra como obsessão e nos Estados Unidos como compulsão. O termo “obsessivo-compulsivo” emergiu como um consenso entre as duas traduções.¹⁵

Na década de 1890, Freud fez uma inovação nosográfica ao isolar a “neurose obsessiva” (*Zwangsneurose*) da neurastenia e de outras síndromes.¹⁶ Incluiu a neurose obsessiva no grupo das psiconeuroses, em que considerava os conflitos psíquicos como determinantes.¹⁷ Pierre Janet (1859 - 1947) também contribuiu de forma importante no estudo dessa condição ao descrever mais de 300 casos de obsessão e compulsão sob o termo psicastenia a partir dos quais retirou material clínico para sua obra fundamental *Les obsessions et la psychasthénie*, publicada em 1903.¹⁸

2. Classificações (CID e DSM)

Classificações de transtornos do comportamento têm uma longa história. Na antiga Mesopotâmia de 2700 a.C o termo “insanidade” já constava em um tratado de diversas condições que podiam afetar o homem.¹ Hipócrates (séc V a.C.) inaugurou a primeira classificação racional de transtornos mentais. Com base na teoria dos humores, seu esquema incluía epilepsia, mania, melancolia e paranoia.² Após a idade média, período

em que prevaleceram concepções sobrenaturais, sobrevieram influentes classificações como as de Philippe Pinel (1745 - 1826), Jean-Étienne Esquirol (1772 - 1840) e Emil Kraepelin (1856 - 1926). A classificação de Kraepelin, baseada em sintomas e na evolução natural das doenças,¹ foi a base da nosologia e da nosografia psiquiátrica contemporânea.³

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu pela primeira vez a revisão da “Lista Internacional de Causas de Morte”. Essa lista havia sido introduzida em 1893 pelo francês Jacques Bertillon, membro do Instituto Internacional de Estatística, e teve cinco revisões até 1938.¹⁹ A sexta revisão, já a cargo da OMS, foi intitulada “Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito” ou simplesmente “Classificação Internacional de Doenças” (CID). Nessa revisão (CID-6), foram inseridos pela primeira vez os transtornos mentais.⁴ Em 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM),⁵ insatisfeita com

a ausência no manual da OMS de codificações relacionadas a síndromes cerebrais aguda e crônica.^{20,21} Apesar disso, há concordância entre ambos na maioria dos capítulos, inclusive no que concerne à então denominada reação obsessiva-compulsiva.

A evolução da nomenclatura até a designação de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e da ordenação classificatória, da CID-6 à CID-10 e do DSM-I ao DSM-IV-TR, está apresentada no Quadro 1. Na CID-6, a reação obsessiva-compulsiva estava agrupada na categoria das psiconeuroses (transtornos psiconeuróticos), sistemática que se manteve na sétima revisão do manual (1955).²² Em 1965, a oitava revisão da CID substituiu o termo psiconeuroses por neuroses, sendo a neurose obsessiva-compulsiva uma subclasse.²³ A mesma denominação foi adotada pelo DSM-II (1968).²⁴ Na nona revisão da CID (1975) o nome da categoria neuroses foi alterado para transtornos neuróticos, com a subclasse transtornos obsessivo-compulsivos.²⁵

Quadro 1. Evolução da nomenclatura e classificação do TOC: CID-6 a CID-10 e DSM-I a DSM-IV-TR.

Classificação (edição)	Grupo	Categoria diagnóstica
CID-6 (1948)	Psiconeuroses	Reação obsessivo-compulsiva
DSM-I (1952)		
CID-7 (1955)		
CID-8 (1965)	Neuroses	Neurose obsessivo-compulsiva
DSM-II (1968)		
CID-9 (1975)	Transtornos neuróticos	Transtornos obsessivo-compulsivos
DSM-III (1980)		
DSM-III-R (1987)		
DSM-IV (1994)		
DSM-IV-TR (2000)	Transtornos de Ansiedade	Transtorno obsessivo-compulsivo
CID-10 (1990)		
	Transtornos Neuróticos, Relacionados ao Estresse e Somatoformes	Transtorno obsessivo-compulsivo

Fonte: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)^{5,24,27,28,30,31} e Classificação Internacional de Doenças (CID)^{4,22,23,25,29}

No decorrer da década de 1970 houve um gradual distanciamento da orientação biopsicossocial na psiquiatria norte-americana, que até então fora a base do DSM. A publicação do DSM-III em 1980 incorporou essa mudança de orientação, com modificações significativas na classificação.²⁶ O grupo das neuroses foi extinto e fragmentado em vários grupos de transtornos, um deles, transtornos de ansiedade, no qual o transtorno obsessivo-compulsivo consta como subtipo.²⁷

O DSM-III-R (1987) trouxe algumas mudanças no grupo dos transtornos de ansiedade, contudo o TOC foi mantido como

um subtipo.²⁸ A décima revisão da CID (1990),²⁹ apesar de refletir as mudanças do DSM, não classifica o TOC como subtipo dos transtornos de ansiedade. As revisões seguintes do manual da APA - DSM-IV (1994)³⁰ e DSM-IV-TR (2000)³¹ - não trouxeram mudanças na posição do TOC no arranjo das classificações.

CLASSIFICAÇÕES ATUAIS

A quinta edição do manual da APA (DSM-5) foi publicada em 2013.⁶ A CID-10 continua vigente, mas a CID-11 já foi formalmente aprovada pela OMS com previsão para ser adotada

pelos países membros a partir de 2022.⁷ O Capítulo 6 da CID-11 se refere aos transtornos mentais, de comportamento e do neurodesenvolvimento. No sítio da OMS está disponível, em inglês, a versão a ser utilizada para preparar a implementação, constando estrutura, códigos diagnósticos e descrições dos transtornos. O Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância da OMS ainda irá publicar as Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (DCDD) e, separadamente, a versão para cuidados primários da CID-11.³² A versão oficial em português dessa nova edição ainda será elaborada e divulgada pela OMS.

Na preparação das duas revisões, houve um esforço para harmonização entre o DSM-5 e a CID-11, de modo que as estruturas organizacionais são similares.^{6,32} Contudo, existem diferenças inclusive sobre critérios específicos para determinados transtornos.⁶ O DSM-5 adota critérios diagnósticos para categorização de transtornos individuais,⁶ ao passo que a CID-11 utiliza descrições clínicas e diretrizes diagnósticas para expor os aspectos essenciais, isto é, os sintomas ou características que se esperam encontrar em todos os casos de cada transtorno. Esta abordagem busca consonância com a realidade da prática médica no exercício do diagnóstico, possibilitando flexibilidade no julgamento clínico.³³

A CID-11 incorporou abordagens dimensionais, particularmente para os transtornos de personalidade e para os transtornos psicóticos primários. Esse enfoque tem a vantagem de eliminar comorbidades artificiais e de capturar de forma mais eficaz mudanças ao longo do tempo.³³

Uma das inovações da CID-11 foi a introdução do grupo dos transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados, formado por um conjunto de transtornos caracterizados por pensamentos e comportamentos repetitivos que compartilham similaridades na etiologia e em elementos de validação diagnóstica.⁷ Esta ordenação teve por base o acúmulo de evidências, identificadas por uma extensa revisão da literatura científica, que dão suporte tanto à relação entre essas condições, como à utilidade clínica e à aplicabilidade global.³⁴ O Quadro 2 lista os transtornos do grupo com as respectivas características clínicas centrais.

Uma síntese comparativa da CID-11 com a CID-10 é apresentada no Quadro 3. Os transtornos de referência olfativa, transtorno de acumulação e transtorno dismórfico corporal não eram categorias diagnósticas que constavam na CID-10. Entretanto, o transtorno dismórfico corporal já estava descrito no DSM-III como exemplo de transtorno somatoforme atípico,²⁷ vindo a ser uma categoria específica no DSM-III-R.²⁸ O diagnóstico dessas categorias clínicas, com base na CID-10, era feito através da inclusão dos dois primeiros como transtorno obsessivo-compulsivo e do último como hipocondria. A hipocondria, a tricotilomania e o transtorno de escoriação já constavam na CID-10, sendo a hipocondria então integrante do grupo dos transtornos somatoformes, a tricotilomania classificada entre os transtornos de impulso e o transtorno de escoriação era denominado como dermatite factícia — anteriormente incluída entre as doenças dermatológicas.²⁹

Quadro 2. Transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados e respectivas características clínicas centrais (CID-11).

Transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados	Características clínicas centrais
Transtorno obsessivo-compulsivo Transtorno dismórfico corporal Hipocondria Transtorno de referência olfativa	Fenômenos cognitivos (obsessões e preocupações) associadas a comportamentos repetitivos relacionados
Transtorno de acumulação*	Necessidade compulsiva de acumular bens e angústia relacionada a descartá-los
Transtornos de comportamentos repetitivos focados no corpo*	Ações recorrentes e habituais direcionadas ao tegumento (por exemplo: puxar o cabelo ou cutucar a pele)

*Não estão associados a pensamentos indesejados intrusivos ou não têm um aspecto cognitivo proeminente.

Fonte: Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁷

Quadro 3. Classificação dos transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados na CID-11 e seus equivalentes na CID-10.

Nomenclatura na CID-11	Código e nomenclatura na CID-10
Transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados	
Transtorno obsessivo-compulsivo Transtorno de referência olfativa Transtorno de acumulação	F42 Transtorno obsessivo-compulsivo
Transtorno dismórfico corporal Hipocondria	F45.2 Transtorno hipocondríaco
Tricotilomania	F63.3 Tricotilomania
Transtorno de escoriação	L98.1 Dermatite factícia

Fonte: Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁷ e Classificação Internacional de Doenças (CID-10)²⁹

O Quadro 4, por sua vez, compara a CID-11 com o DSM-5. Não há grandes divergências entre as duas classificações com relação à lista dos transtornos. As diferenças ficam por conta da hipocondria, que o DSM-5 nomeia de transtorno de ansiedade de doença e classifica no grupo dos transtornos somatoformes, e do transtorno de referência olfativa, que não é um transtorno

específico no DSM-5, mas é mencionado como exemplo da categoria “outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado”.⁶

A mudança de grupo da hipocondria na CID-11 se deu pela constatação de que, na hipocondria, os sintomas somáticos são ausentes ou leves e o que causa prejuízo funcional são os medos e os pensamentos relacionados às possíveis consequências dos sintomas. Esses pacientes buscam muito mais uma garantia de que não há nada sério acontecendo com o seu corpo, diferentemente do que ocorre com os portadores dos transtornos somatoformes, que procuram um diagnóstico. Mais ainda, a abordagem terapêutica da hipocondria em grande parte se sobrepõe à do TOC.³⁵ Já o transtorno de referência olfativa foi incluído neste grupo tanto pela similaridade fenomenológica como por semelhanças no tratamento e pela ocorrência frequente de comorbidade com TOC. Passou a ser categorizado como transtorno específico no intuito de aumentar as pesquisas e a atenção dos clínicos sobre essa condição, uma vez que os pacientes podem se envergonhar dos seus sintomas e omitir essa queixa. A existência de um diagnóstico específico aumenta a chance de que sejam feitas perguntas direcionadas sobre o transtorno.³⁶

Também há diferenças entre a CID-11 e o DSM-5 no que se refere aos especificadores dos transtornos do grupo quanto ao *insight*. As gradações de *insight*, nos transtornos em que são

aplicados, são três no DSM-5 (“bom ou razoável”, “pobre” e “ausente/crenças delirantes”) e duas na CID-11 (“razoável a bom” e “pobre a ausente”).³⁴ Além disso, o DSM-5 também dispõe de outros especificadores para alguns transtornos desse grupo,⁶ que foram omitidos na CID-11.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As características clínicas dos transtornos aqui descritas foram baseadas na CID-11, no DSM-5 e em livros-texto de referência. Na CID-11, esses transtornos, para serem diagnosticados, precisam resultar em sofrimento ou prejuízo individual, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.⁷ O DSM-5 enumera as comorbidades associadas, o que é característico de sua estrutura organizacional.⁶ Cabe ressaltar que ainda será publicada a DCDD da CID-11, a partir do que os clínicos terão à sua disposição os elementos necessários para melhor efetivação desses diagnósticos. A lista de transtornos a seguir corresponde à que está relacionada na CID-11.

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

O TOC, entidade clínica principal desse novo grupo, tem como sintomas nucleares obsessões e compulsões. Entretanto, alguns detalhes desses conceitos foram ampliados em relação à CID-10, conforme apresentados no Quadro 5. A CID-11 e o DSM-5 são similares em relação aos sintomas centrais do TOC.^{6,7,29}

Quadro 4. Classificação dos transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados na CID-11 e seus equivalentes no DSM-5.

Nomenclatura na CID-11	Nomenclatura no DSM-5
Transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados	Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados
Transtorno obsessivo-compulsivo	Transtorno obsessivo-compulsivo
Transtorno dismórfico corporal	Transtorno dismórfico corporal
Transtorno de acumulação	Transtorno de acumulação
Tricotilomania	Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo)
Transtorno de escoriação	Transtorno de escoriação (<i>skin-picking</i>)
Hipocondria	Transtorno de ansiedade de doença*
Transtorno de referência olfativa	<i>Jikoshu-kyofu</i> +

*Classificado pelo DSM-5 no grupo Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados; +Síndrome cultural japonesa incluída como exemplo na categoria Outro transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno relacionado especificado.

Fonte: Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁷ e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)⁶

Quadro 5. Síntese das diferenças de definição do transtorno obsessivo-compulsivo entre a CID-10 e a CID-11.

Característica do transtorno	Definição da CID-10	Definição da CID-11
Obsessões	Pensamentos intrusivos	Pensamentos intrusivos, imagens indesejadas ou ânsias/impulsos
Compulsões	Comportamentos observáveis	Comportamentos observáveis ou encobertos (por exemplo, reza ou contagem mental)
Reação emocional provocada pela obsessão	Ansiedade	Ansiedade, nojo, vergonha, sensação de “incompletude” ou um desconforto de que as coisas não parecem “certas”
Subtipos (CID-10) ou especificadores (CID-11)	Predomínio de obsessões ou predomínio de compulsões	Insight moderado a bom ou insight pobre a ausente

Fonte: Classificação Internacional de Doenças (CID-10)²⁹ e Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁷

O indivíduo com obsessões resiste e luta contra esses fenômenos, podendo ou não ser bem-sucedido. Muitas vezes isso consome bastante tempo do seu dia, fazendo com que se atrase para compromissos e evite sair de casa por temor de abandonar seu ambiente de conforto ou de que algo de ruim lhe aconteça. As obsessões são heterogêneas e particulares para cada paciente, mas é frequente que o conteúdo seja de contaminação, ordem/simetria, dúvida, sexual ou religioso, por exemplo. Não é raro, também, que sejam acompanhadas de elementos mágicos: “se não virar a sandália, minha mãe irá morrer”. Na grande maioria das vezes, as obsessões se acompanham de compulsões, mas podem ocorrer como sintoma único.³⁷

Com relação às compulsões, os pacientes se sentem compelidos a realizá-las, muitas vezes em resposta a uma obsessão, com o objetivo de minimizar o sofrimento ou evitar que algo temido que lhes vem à mente aconteça (p. ex., a morte de um ente querido). Outras vezes são rituais próprios, de acordo com regras rigidamente aplicadas.^{6,32} Os comportamentos compulsivos mais comuns são de limpeza, de checagem e de contagem. Podem estar presentes simultaneamente ou se desenvolver em sequência, ao longo do curso da doença. Compulsões mentais também ocorrem com frequência, como, por exemplo, rezar ou contar.³⁷

O TOC geralmente é diagnosticado na adolescência ou no início da vida adulta, com idade média de 19 a 22 anos, mas os sintomas costumam se iniciar bem antes. A busca de serviços de saúde costuma ser retardada porque o paciente frequentemente tenta esconder os sintomas.³⁷

Transtorno dismórfico corporal

O transtorno dismórfico corporal tem como característica preocupações excessivas com defeitos inexistentes ou mínimos na aparência. Muito frequentemente, os pacientes se consideram pouco atraentes, feios ou anormais frente a outras pessoas. Essas preocupações permanecem mesmo após tentativas de serem convencidos do contrário. Em alguns casos, as crenças podem ter proporções delirantes, mas que ainda assim não devem resultar no diagnóstico de um transtorno psicótico. São comuns queixas específicas de falhas no rosto, no cabelo ou na pele, mas múltiplas partes do corpo podem ser alvo da atenção. Os pacientes podem assumir atitude de isolamento, na tentativa de esconder suas “imperfeições”. Essas preocupações se associam a comportamentos repetitivos ou atos mentais secundários, como examinar o corpo constantemente em qualquer superfície reflexiva (como espelhos ou janelas), ou tentar esconder as partes do corpo alvo da preocupação. Outros exemplos de comportamentos repetitivos são cortes de cabelo, depilações e exercícios em excesso. Muitos pacientes buscam ajuda médica para tentar sanar esses “defeitos”, inclusive com correções cirúrgicas. Assim como no TOC, esses atos incomodam os pacientes, consomem tempo e são difíceis de ser evitados.^{9,32,37} O transtorno ocorre em qualquer idade (com média entre 16 e 17 anos), mais frequentemente em mulheres.⁶

Transtorno de referência olfativa

O transtorno de referência olfativa consiste em preocupações persistentes de estar exalando odor corporal ou hálito ruim, mesmo sendo imperceptíveis por outras pessoas. Os indivíduos passam a se importar com o impacto que causam em outras pessoas e acreditam que estas julgam e comentam sobre o odor ruim. Diante disso, adotam medidas de checar constantemente seu cheiro, conferem se são a fonte de odor do local em que se encontram e tentam camuflá-lo. Tomam banho várias vezes ao dia e aplicam desodorantes ou perfumes seguidamente. Isso gera desconforto e impacto na rotina diária, tendo como consequência evitação de interações sociais cotidianas. O transtorno é crônico e a idade média de diagnóstico é por volta de 20 anos, mas os sintomas podem iniciar antes disso, principalmente no começo da puberdade.^{7,9}

Hipocondria

A hipocondria é caracterizada por preocupação e temor de ser portador de uma ou mais doenças graves. O paciente passa, então, a pensar constantemente sobre a questão e considera qualquer alteração em seu corpo, seja ela uma variante anatômica, um sinal de pele, uma mancha, queda de cabelos, como sinais de injúria grave, o que gera intensa ansiedade. Em consequência, há buscas constantes por informações acerca de doenças de que acredita ser acometido e por serviços de saúde. Tudo isso proporciona grande dispêndio de tempo. De outra forma, pode adotar posturas mal adaptativas, como evitar consultas médicas, evitar visitar familiares adoecidos ou qualquer situação e atividade que acreditem comprometer sua saúde. O transtorno tem curso crônico, está presente igualmente em ambos os sexos e manifesta-se no início ou no meio da vida adulta.^{7,9}

Transtorno de acumulação

No transtorno de acumulação, o indivíduo tem dificuldade em livrar-se de pertences, seja qual for o valor real, o que lhe traz desconforto e sofrimento quando se vê diante da possibilidade de ter que descartá-los. É corriqueiro o acúmulo de jornais, roupas velhas e mochilas, mas qualquer objeto pode ser acumulado. Os pacientes podem se justificar pelo valor pessoal, forte apego, medo de desperdiçar ou perder algo importante, como informações de anos que se passaram ou eventos importantes ocorridos. Esses objetos podem ocupar vários cômodos da casa, atrapalhar o ambiente de convivência ou gerar riscos de acidentes ou para a saúde dos moradores, inclusive do próprio paciente. Frequentemente, familiares precisam intervir e há casos em que medidas legais precisam ser tomadas, como ordens de limpeza ou de esvaziamento. No caso de acúmulo de animais de estimação, esses podem não receber os cuidados necessários e ficar em mau estado de nutrição e de saúde.^{7,32,37}

Esse transtorno é mais comum entre adultos acima de 50 anos, mas os sintomas iniciais podem surgir por volta de 11 a 15 anos de idade.⁶

Tricotilomania

A tricotilomania consiste em arrancar repetidamente o próprio cabelo, resultando em perda capilar perceptível. O comportamento pode piorar quando a pessoa se encontra em condições de estresse. Há tensão crescente imediatamente antes de arrancar os cabelos e alívio associado à execução do ato, que o indivíduo não consegue evitar. Contudo os pacientes geralmente relatam que o fazem de forma automática ou inconsciente. O couro cabeludo é o local mais acometido, mas qualquer área corporal pode estar envolvida, como sobrancelhas, cílios ou regiões axilar e púbica. Alguns outros comportamentos podem estar associados, como tricofagia e examinar a raiz do cabelo arrancado. Arrancar os cabelos, o tempo gasto com as tentativas infrutíferas de evitar esses atos e a perda capilar geram grande sofrimento. Comumente, o transtorno começa na puberdade ou após seu início e, é tipicamente crônico.^{6,7,32}

Transtorno de escoriação

O transtorno de escoriação (ou *skin-picking*) consiste em atos de beliscar ou arranhar a pele de forma frequente, com unhas ou utensílios, ocasionando lesões. Apesar de tentativas

constantes, os pacientes não conseguem evitá-los, gastando tempo considerável na rotina diária. O estresse e a ansiedade podem intensificar o comportamento. Há tensão crescente logo antes da execução das escoriações, seguida por sensação de alívio e satisfação com a conclusão do ato. É comum que o transtorno se inicie após o surgimento de doenças ou lesões dermatológicas, como acnes ou feridas. O paciente pode arrancar cascas de feridas, brincar ou colocá-las na boca ou engolir. Os locais na pele variam entre os pacientes, mas comumente são rosto, braços e mãos. O início se dá na adolescência, em geral, coincidindo com a puberdade. O curso é crônico, com recidivas frequentes, quando não tratado.^{6,7,9,32}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas versões da CID e do DSM têm por base os avanços e a consolidação do conhecimento atual sobre os transtornos mentais. É importante que essas inovações sejam amplamente difundidas, incorporadas aos processos de formação profissional e a programas de capacitação e treinamento. Além do incremento de competências para a prática clínica, esse conhecimento contribuirá para uma comunicação mais precisa e uniforme de dados clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Nunes Filho EP, Bueno JR, Nardi AE. Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Editora Atheneu; 1996.
2. Alexander FG, Selesnick ST. The history of psychiatry. 1. ed. New York: Mentor Books; 1968.
3. Miranda-Sá Júnior LS. O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã?. Rio de Janeiro: ABP Editora; 2010.
4. World Health Organization. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción, adoptada en 1948 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1950 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70941>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
7. World Health Organization. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. WHO; 2018 [atualizado em 2020 Set; acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
8. Bastos CL. Manual do exame psíquico: uma introdução prática à psicopatologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2020.
9. Semple D, Smyth R. Oxford handbook of psychiatry. 4. ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10. ed. Wolters Kluwer; 2017.
11. Correia DT. Manual de psicopatologia. Lisboa: Lidel; 2013.
12. Cheniaux E. Manual de Psicopatologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
13. Alonso-Fernández F. Fundamentos de la psiquiatria actual: tomo II psiquiatria clínica. 4. ed. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1979.
14. Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT, Miguel EC, Conceição M. Obsessive-compulsive disorder: a historical overview. In: Storch EA, Geffken GR, Murphy TK. Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2007. p. 1-15.
15. Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. 1. ed. México: FCE; 2008.
16. Freud S. La herencia y la etiología de las neurosis (1896). In: Freud S. Obras Completas: tomo I (1873 - 1905). 3. ed. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
17. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de psicanálise. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
18. Cordás TA. Uma breve história dos transtornos ansiosos. São Paulo: Lemos Editorial; 2004.
19. World Health Organization. History of the Development of the ICD [Internet]. World Health Organization; 2021 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/history-of-the-development-of-the-icd>

20. Stengel E. Classification of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. World Health Organization; 1959 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/265534/PMC2537983.pdf>
21. Viana MB. Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da “Angstneurose” ao DSM-IV [tese] [Internet]. São Carlos: UFSCar; 2010 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/4780/3194.pdf>
22. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: based on the recommendations of the seventh revision Conference, 1955, and adopted by the ninth World Health Assembly under the WHO Nomenclature Regulations [Internet]. World Health Organization; 1957 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42900>
23. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of disease, injuries, and causes of death: Based on the recommendations of the eighth revision conference, 1965, and adopted by the Nineteenth World Health Assembly [Internet]. World Health Organization; 1967 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70935>
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: second edition. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
25. World Health Organization. Classificação internacional das doenças: baseada nas recomendações da nona conferência de revisão, 1975, e adotada pela vigésima Assembléia Mundial da Saúde [Internet]. São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em Português, Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo; 1980 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70943/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf
26. Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. American Journal of Psychiatry [Internet]. 1993 [acesso em 2021 Jan 31]; 150(3): 399-410. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8434655/>.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition - revised. 3. ed. revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
29. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4. ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
32. Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM. New Oxford textbook of psychiatry. 3. ed. Oxford: Oxford University Press; 2020.
33. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry. 2019;18(1):3-19.
34. Reddy YC, Simpson HB, Stein DJ. Obsessive-compulsive and related disorders in international classification of Diseases-11 and its relation to international classification of Diseases-10 and diagnostic and statistical manual of mental Disorders-5. Indian J Soc Psychiatry. 2018;34(5):34-43.
35. van den Heuvel OA, Veale D, Stein DJ. Hypochondriasis: considerations for ICD-11. Braz J Psychiatry. 2014;36 Suppl 1:21-7.
36. Veale D, Matsunaga H. Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. Braz J Psychiatry. 2014;36 Suppl 1:14-20.
37. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. Tratado de psiquiatria clínica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Como citar:

Frota IJ, Moura VE, Moura Fé AA, Campos EM. Atualizações sobre os transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados: histórico, aspectos clínicos e classificações contemporâneas. Rev Med UFC. 2022;62(1):1-8.