



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (CCS)
CURSO DE PSICOLOGIA

MARINA ALVES SANTOS

**ETIOLOGIA, IMPLICAÇÕES E TRATAMENTO DO CONTEÚDO RELIGIOSO DE
PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)**

TERESINA – PIAUÍ
2025

MARINA ALVES SANTOS

**ETIOLOGIA, IMPLICAÇÕES E TRATAMENTO DO CONTEÚDO RELIGIOSO DOS
PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Estadual do Piauí como trabalho de conclusão de curso.

Orientador: Prof. Dr. Eleonardo Pereira Rodrigues.

TERESINA - PIAUÍ
2025

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE - CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARINA ALVES SANTOS

**Etiologia, implicações e tratamento do conteúdo religioso de pacientes com
transtorno obsessivo-compulsivo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual do Piauí como
requisito para obtenção do título de Bacharel e Formação em Psicologia.

Banca Examinadora

Leonardo Pereira Rodrigues.
Doutor em Medicina e Saúde (UFBA).

Lêda Maria de Carvalho Ribeiro Holanda.
Doutora em Psicologia do Desenvolvimento Humano e Escolar (UNB).

Rafaella Coelho Sá
Doutora em Educação (UFPI)

Teresina-PI, 16/05/2025.

SANTOS, Marina. **Etiologia, implicações e tratamento do conteúdo religioso dos pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)**. Monografia orientada pelo Prof. Dr. Eleonardo Pereira. Graduação em Psicologia – Universidade Estadual do Piauí, Teresina, 2025.

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa se direciona ao estudo do conteúdo religioso do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), analisando sua etiologia, implicações e possíveis tratamentos. **Objetivos:** Teve como objetivo geral analisar a etiologia, implicações e tratamento do conteúdo religioso do TOC. Os objetivos específicos consistem em conceitualizar e caracterizar o conteúdo religioso do TOC, investigar a origem do conteúdo religioso e possíveis intervenções que auxiliem no tratamento desse conteúdo no paciente com TOC. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica de caráter narrativa. **Resultados:** Os resultados indicam que obsessões com conteúdo religioso no TOC estão associadas a maior sofrimento emocional, sentimento de culpa e comorbidades como depressão e ansiedade, especialmente em contextos culturalmente conservadores. Esse subtipo, frequentemente sem compulsões visíveis, dificulta o diagnóstico e exige intervenções psicoterapêuticas sensíveis às crenças espirituais dos pacientes. **Conclusão:** A Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas (E-PR) se mostraram eficientes para o tratamento do conteúdo religioso do TOC.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Conteúdo religioso. Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

This research focuses on the study of the religious content in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), analyzing its etiology, implications, and possible treatments. Furthermore, its general objective was to analyze the etiology, implications, and treatment of the religious content in OCD. The specific objectives are to conceptualize and characterize the religious content in OCD, investigate its origins, and identify possible interventions that support the treatment of this content in individuals with OCD. The methodology used was a narrative literature review. The results indicate that religious obsessions in OCD are associated with greater emotional suffering, feelings of guilt, and comorbidities such as depression and anxiety, especially in culturally conservative contexts. This subtype, often lacking visible compulsions, makes diagnosis more difficult and requires psychotherapeutic interventions that are sensitive to the patient's spiritual beliefs. Cognitive-Behavioral Therapy and Exposure and Response Prevention (ERP) therapy have proven effective in the treatment of religious content in OCD.

KEYWORDS: Obsessive-Compulsive Disorder. Religious content. Cognitive-Behavioral Therapy.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	7
2- TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: CARACTERÍSTICAS, FATORES GENÉTICOS, CEREBRAIS E PSICOLÓGICOS.....	9
3- TOC E RELIGIOSIDADE.....	12
4- TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	15
4.1 Conceito e princípios fundamentais da Terapia Cognitivo-Comportamental.	15
4.2 Teoria cognitivo-comportamental no TOC.....	15
4.3 A TCC e a Terapia de Exposição e Prevenção de Rituais do TOC.....	18
5- METODOLOGIA.....	20
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
7- CONCLUSÃO.....	25
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição psiquiátrica caracterizada pela presença de obsessões e compulsões que impactam significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Esse transtorno, que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, apresenta manifestações complexas e multifatoriais, abrangendo aspectos genéticos, alterações neurobiológicas e fatores psicológicos. Estima-se que 1 a 2% da população mundial é portadora do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, o que equivale de 80 a 160 milhões de pessoas no mundo. A idade média de início é por volta dos 19-20 anos, sendo que em mais de 25% dos casos o começo dos sintomas ocorre antes dos 14 anos. Além disso, na idade adulta o transtorno é cerca de 1,5x mais prevalente em mulheres. A compreensão aprofundada dessas dimensões é essencial para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem um tratamento eficaz para os pacientes (APA, 2022).

Entre os aspectos que podem influenciar a manifestação e o curso do TOC, a religiosidade aparece como um elemento relevante, especialmente em contextos culturais e sociais onde práticas religiosas são muito valorizadas. Em muitos casos, a religiosidade pode tanto servir como um fator de enfrentamento quanto contribuir para a intensificação dos sintomas obsessivos nos pacientes.

A partir disso, esta pesquisa pode ajudar a entender de que forma crenças e práticas religiosas podem influenciar a expressão e gravidade do transtorno, além de contribuir para o avanço do conhecimento acerca da interseção entre saúde mental, religiosidade e espiritualidade.

Os resultados acerca dos melhores tratamentos disponíveis irão auxiliar os profissionais a manejarem os pacientes com TOC, além de ampliar seu repertório acerca do tema religiosidade, que é tão presente no público que atendem.

Alguns tratamentos se destacam como mais eficazes para o TOC, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), extremamente reconhecida como abordagem de escolha principalmente por suas evidências científicas. Este artigo aborda o fator religiosidade no Transtorno Obsessivo-Compulsivo, os princípios fundamentais da TCC, sua aplicação na teoria e no tratamento do TOC, e explora

tratamentos específicos, como a Terapia de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR) e a TCP (Terapia Cognitiva Processual) que desempenham um papel crucial na redução dos sintomas.

Esta pesquisa foi conduzida por meio de revisão bibliográfica, analisando artigos científicos, livros e revisões que abordam o envolvimento religioso no TOC. Foram considerados fatores neurobiológicos, psicológicos e culturais/sociais que contribuem para a presença de conteúdo religioso no transtorno.

O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar a etiologia, implicações e tratamento do conteúdo religioso do TOC. Os objetivos específicos buscam conceitualizar e caracterizar o conteúdo religioso do TOC, investigar a origem do conteúdo religioso e possíveis intervenções que auxiliem no tratamento desse conteúdo no paciente com TOC.

2. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: CARACTERÍSTICAS, FATORES GENÉTICOS E PSICOLÓGICOS

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo foi descrito inicialmente em 1838, pelo psiquiatra francês Esquirol, e era considerado uma das doenças mentais menos tratáveis da época (Rodrigues, 2011). O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) atualmente faz parte da categoria "Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados" da quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR, APA, 2022) e corresponde à presença de obsessões e/ou compulsões que se apresentam de forma a consumir tempo excessivo, causando prejuízos funcionais e sofrimento significativo (Fernandes, 2016). O TOC tem como característica principal a preocupação excessiva com pensamentos e imagens obsessivas, rituais de verificação, limpeza das mãos etc. Estudos sugerem que a função das compulsões é reduzir ou eliminar os pensamentos intrusivos (Rodrigues, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o TOC está entre os 10 transtornos com maior impacto em termos de incapacitação social no mundo. Por causa do comprometimento funcional decorrente do transtorno, é comum que os pacientes apresentem sintomas depressivos, que podem ser agravados por estratégias de enfrentamento inadequadas, e que, por sua vez, tendem a acentuar os sintomas obsessivo-compulsivos (Clarck; Beck, 2010).

As prevalências de estudos epidemiológicos em adolescentes revelaram taxas entre 1,9% e 3,0% nos Estados Unidos e entre 2,3% e 4,1% em outros países. A distribuição desse transtorno entre os sexos parece variar de acordo com as diversas faixas etárias, sendo que em crianças há uma preponderância de meninos (Campos, 2000).

De acordo com Almeida (2007), diversos estudos já demonstraram que parentes de primeiro grau de indivíduos com TOC de início precoce têm risco significativamente maior (razão de chances de 32,5) de apresentar o transtorno do que aqueles sem parentes de primeiro grau com a doença. Além disso, 80% dos adultos com TOC apresentam os primeiros sintomas antes dos 18 anos.

Em relação às causas que originam o TOC, evidências consistentes fazem supor que para o surgimento e a manutenção do TOC concorram diversos fatores, e em diferentes graus, que englobam desde uma predisposição genética, alterações funcionais cerebrais, aprendizagens e crenças erradas adquiridas na interação com o ambiente ao longo da vida, especialmente na infância e adolescência (Cordioli, 2014).

Segundo Rodrigues (2011), a associação da E-PR (Exposição e Prevenção de Respostas) e Terapia Cognitiva resultou em benefícios significativos em pacientes com pensamentos obsessivos. A EP-R é uma técnica que sugere que o TOC decorre de medos aprendidos condicionalmente ao longo da vida e os respectivos rituais têm como função diminuir a ansiedade, mas reforçam negativamente os sintomas do TOC. A EP-R objetiva a exposição do paciente ao vivo ou na imaginação, até promover a suspensão da realização de rituais e compulsões mentais.

Além disso, o autor supracitado ressalta que a E-PR, quando aplicada em um contexto terapêutico e em uma perspectiva do modelo de aprendizagem do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, é eficaz na remissão das compulsões, sendo considerada o padrão ouro em psicoterapia. A TCCG (Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos) produziu melhorias importantes dos sintomas obsessivos e compulsivos.

A Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) é a escala mais utilizada para avaliar a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes com TOC. Desenvolvida por Goodman et al. (1989), a escala é composta por um checklist de sintomas, que identifica diferentes tipos de obsessões (como agressivas, religiosas, sexuais, de contaminação, simetria, somáticas, de colecionamento e outras) e compulsões (como limpeza, verificação, repetição, contagem, ordenação, colecionamento e diversas). Além disso, inclui uma escala de gravidade com 10 itens que avaliam o tempo gasto, a interferência, o sofrimento, a resistência e o controle sobre as obsessões e compulsões. Cada item é pontuado de 0 a 4, com escore total de 0 a 40, sendo utilizada para classificar a intensidade do TOC e monitorar a resposta ao tratamento.

Essa escala constitui-se de oito categorias de obsessões (de agressão, contaminação, sexuais, colecionamento, religiosas, de simetria, somáticas e diversas)

e de sete categorias de compulsões (limpeza, verificação, repetição, contagem, ordenação, colecionamento e diversas) (Hounie et. al., 2001).

3. TOC E RELIGIOSIDADE

A etiologia do conteúdo religioso no TOC está associada a uma interação de fatores genéticos, neuroquímicos e ambientais. As implicações clínicas dizem respeito à intensificação do sofrimento psicológico e ao comprometimento da funcionalidade do paciente no cotidiano (Cordioli, 2013). Por isso é importante que, através do reconhecimento desses aspectos, sejam formuladas estratégias de tratamento eficazes para o tratamento dos pacientes. De acordo com o DSM-5-TR (APA, 2022), os sintomas do TOC podem surgir como pensamentos proibidos ou tabus sociais, aspectos que são significativamente presentes no TOC com conteúdo religioso.

De acordo com Ali (2021), pacientes com TOC que sofrem principalmente de obsessões têm uma preponderância de dois temas: blasfemo e sexual, os dois frequentemente ocorrendo de forma conjunta, sendo que os pensamentos blasfemos constituem a principal fonte de angústia em cerca de 5% dos pacientes de TOC. Nisso, os sintomas são relacionados a pensamentos que incitam dilemas religiosos, morais e trazem culpa, induzindo grande angústia no paciente, pois vão contra os próprios fundamentos de sua educação, crenças e tradições. As compulsões neutralizantes (comportamentos ou atos mentais realizados com o objetivo de anular, "corrigir" ou reduzir a ansiedade e o desconforto causados por uma obsessão — ou de impedir que uma consequência temida ocorra) que acompanham os pensamentos blasfemos podem ou não ter um tema religioso. As obsessões e ruminações blasfemas já eram notadas nas sociedades muito antes de o TOC ser considerado uma doença neurótica. Tais pensamentos não foram reconhecidos como uma doença psiquiátrica até perto do século XX, quando os primeiros teóricos psiquiátricos como Freud e Janet entraram em cena.

No final do século XIX, Sigmund Freud fez uma das primeiras observações científicas sobre obsessões religiosas ao estudar um grupo de católicos. Seu objetivo era investigar a relação entre religiosidade intrínseca e o desenvolvimento de sintomas obsessivo-compulsivos associados à prática religiosa. No entanto, os resultados foram inconclusivos. Posteriormente, pesquisadores como Lewis e Greenberg procuraram dar continuidade às ideias de Freud. No decorrer das investigações dos autores,

perceberam que obsessões religiosas frequentemente estavam associadas a grande angústia e conflito interno no paciente (Ali, 2021).

Pargament (2007) assinalou que abordar temas de religiosidade e espiritualidade no processo de psicoterapia, quando da vontade do paciente, pode impactar outras áreas da vida e atenuar sintomas dos transtornos mentais. Há mais de 20 anos as terapias cognitivo-comportamentais vêm estudando acerca das implicações da religião, ou seja, a espiritualidade e religiosidade na vida dos pacientes. As demandas apresentadas em relação a essa temática podem se situar nos três campos citados anteriormente (Silva, 2013).

Segundo Ali (2021), algumas tradições religiosas e líderes espirituais promovem e enaltecem padrões morais extremamente elevados, que são difíceis ou impossíveis de serem cumpridos, além de destacarem rigorosamente as formas severas de punição divina que ocorreriam caso qualquer princípio ético fosse violado, independentemente de seu contexto. Em algumas religiões, até mesmo nutrir determinados pensamentos pode ser considerado uma infração, o que, mesmo sem sintomas obsessivos, pode causar grande sofrimento ao indivíduo. Esses valores e normas culturais podem criar um ambiente propício ao surgimento de obsessões de cunho blasfemo e religioso, pois o paciente passa a se concentrar na correta execução de ritos e rituais e temer intensamente qualquer falha em seguir os princípios da religião.

Obsessões de natureza religiosa podem se manifestar de diferentes formas, como no caso de um paciente que experimentava pensamentos intrusivos de teor sexual associados à imagem da Virgem Maria sempre que passava pela entrada da igreja. Essas obsessões vêm frequentemente acompanhadas de compulsões, como a necessidade de questionar ou confessar, com a ansiedade e a culpa sendo sentimentos predominantes. Os pacientes também podem apresentar pensamentos recorrentes de caráter blasfemo, como o desejo de dizer palavras ofensivas em um local sagrado, ou obsessões relacionadas a questões de escrupulosidade, pecado, certo e errado, gerando um forte sentimento de culpa (Almeida, 2007).

A literatura atual mostra que os pensamentos blasfemos têm um caráter obsessivo e podem surgir junto com outras obsessões, como as de contaminação, dúvida e simetria. No entanto, as obsessões que mais comumente coexistem com

pensamentos blasfemos são aquelas de natureza sexual ou violenta, que são consideradas inaceitáveis. Pacientes com escrúpulos religiosos apresentam, em geral, uma gama mais variada de obsessões do que compulsões, ao contrário de pacientes sem obsessões religiosas. Além disso, a presença de vários tipos de obsessões sem compulsões tem sido mostrada como um bom indicativo de obsessões religiosas, indicando que essas obsessões tendem a se caracterizar como “puramente obsessivas”, sem compulsões associadas, o que as diferencia de outras categorias de obsessões (Ali, 2021).

Rasmussen e Eisen (1999) afirmam que a frequência de sintomas obsessivo-compulsivos religiosos está ligada a cultura na qual o paciente está inserido: regiões do mundo que possuem religião com códigos morais rígidos têm uma tendência a apresentar um grande número de pacientes com obsessões religiosas enquanto que, nos Estados Unidos, acompanhando uma liberalização das regras e procedimentos religiosos, parece haver um declínio da presença destes sintomas nos pacientes com TOC.

Estudos indicam que pacientes com obsessões blasfemas apresentam maior prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em comparação com aqueles com outros tipos de obsessões. Ademais, Ali (2021) ressalta que esses pacientes, muitas vezes, têm uma percepção negativa sobre si mesmos, marcada pela culpa e pela percepção de profanação de seus valores morais.

4. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

4.1 Conceito e premissas da Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitivo-comportamental e a terapia de exposição e prevenção de resposta mostram-se promissoras para aliviar o impacto negativo do conteúdo religioso no TOC (Goulart, 2021; Rodrigues, 2011).

A TCC é uma das formas mais amplamente praticadas de psicoterapia para transtornos psiquiátricos. Ela se baseia em preceitos sobre o papel da cognição no controle das emoções e comportamentos humanos identificados desde os escritos até os dias de hoje. Os construtos que definem a TCC foram desenvolvidos principalmente por Aaron Beck e outros profissionais a partir da década de 1960. Essa abordagem se diferencia pela grande quantidade de pesquisas que examinaram suas teorias e pressupostos e demonstraram a eficácia do tratamento (Wright et. al., 2018).

De acordo com a Terapia Cognitiva os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica podendo chegar a conclusões também variadas. Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos estas respostas podem ser idiossincráticas derivadas de experiências particulares e peculiares a um indivíduo (Bahls et. al., 2004).

4.2 Teoria cognitivo-comportamental do TOC

O modelo cognitivo-comportamental do TOC propõe que os pacientes costumam atribuir uma significação superestimada a pensamentos intrusivos que são, na realidade, vivenciados universalmente. Essa noção supervalorizada, por sua vez, levaria a uma interpretação catastrófica desses pensamentos (Caropreso et. al., 2018).

Salkovskis (1999) propõe o seguinte modelo cognitivo do TOC:

1. Há indivíduos que, em razão de disfunção neuroquímica, herança genética, aprendizagens errôneas, ambiente familiar, tipo de educação ou crenças adquiridas ao longo da vida, são muito sensíveis a determinados temas, como risco, responsabilidade, culpa, falha, etc.

2. Nesses indivíduos, pensamentos invasivos normais transformam-se em obsessões devido ao significado atribuído à sua simples presença ou às interpretações negativas ou distorcidas do seu conteúdo.

3. A presença desses pensamentos é interpretada como um indicativo da possibilidade de o indivíduo provocar dano aos outros ou a si mesmo ou de falhar em sua responsabilidade em preveni-lo (excesso de responsabilidade).

4. Tal interpretação produz ansiedade, medo ou culpa, levando o indivíduo a fazer algo que o livre do desconforto (neutralização) ou previna o que ele receia que possa acontecer.

5. A ansiedade é neutralizada pela realização de rituais, compulsões mentais ou comportamentos evitativos.

6. Paralelamente, aumenta a atenção e a vigilância.

7. Tais manobras impedem a exposição prolongada e o desaparecimento natural dos medos por meio da habituação, perpetuando o TOC.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento do TOC utiliza estratégias como exposição, prevenção de rituais, automonitoramento, registros e reestruturação cognitiva. O processo inicia-se com a familiarização do paciente com o modelo cognitivo, ensinando como pensamentos afetam emoções e comportamentos. Em seguida, o paciente aprende a identificar pensamentos automáticos e crenças disfuncionais por meio das técnicas de registros como o modelo RPD ou ABC (O modelo **RPD** -Registro de Pensamentos Disfuncionais- ajuda a identificar e reestruturar pensamentos automáticos negativos, enquanto o modelo **ABC** analisa a relação entre uma situação (A), a crença (B) e a consequência emocional/comportamental (C). Por fim, emprega-se o questionamento socrático como técnica central para modificar essas crenças distorcidas e reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos (Cordioli, 2013).

De acordo com Caropreso (2018), muitas revisões sistemáticas revelam os benefícios da psicoterapia, especialmente da terapia cognitivo-comportamental

(TCC), no tratamento do TOC. Além disso, a combinação de intervenções psicológicas e medicamentosas se mostra mais eficaz do que o uso exclusivo de medicamentos. Esses resultados indicam que, caso a medicação seja necessária ou preferida, a inclusão de TCC no tratamento farmacológico pode melhorar os resultados e diminuir a chance de recuperação.

O subtipo simetria e ordem se caracteriza pela obsessão com organização, exatidão e simetria, geralmente acompanhada de compulsões como alinhar objetos ou repetir ações até que "pareça certo". Estudos recentes apontam que esse padrão está frequentemente associado a uma necessidade de controle e perfeição rígidos (Cordioli et. al., 2016).

Segundo o autor supracitado, na TCC, o foco está na exposição gradual à desorganização — por exemplo, deixar objetos desalinhados ou realizar tarefas de forma "imperfeita" — enquanto se evita a realização das compulsões. Essa abordagem visa reduzir a intolerância à imperfeição e questionar crenças absolutistas sobre ordem e controle.

O subtipo religioso/blasfemo envolve obsessões de conteúdo sexual, agressivo ou blasfemo, que geram culpa e vergonha, mesmo sem compulsões visíveis. Muitas vezes, o paciente realiza rituais mentais, como orações ou cancelamentos, ou evita gatilhos externos (Goulart, 2021).

A TCC trabalha com exposição imaginária a esses pensamentos e reestruturação cognitiva para desfazer a associação entre pensamento e culpa moral. Uma das metas é ajudar o paciente a compreender que "pensar não é o mesmo que agir", reduzindo a responsabilização excessiva (Silva, 2023).

O TOC de verificação envolve o medo de causar danos por negligência, como esquecer de trancar a porta ou desligar o fogão. O paciente verifica repetidamente essas ações, buscando alívio da ansiedade. Esse comportamento está ligado à intolerância à dúvida e à responsabilidade inflada (Cordioli et.al., 2016).

A TCC utiliza a exposição ao erro percebido (por exemplo, sair de casa sem verificar) e técnicas cognitivas para modificar a crença de que a verificação constante

previne tragédias. A meta é desenvolver segurança interna e romper com o ciclo de dúvida e verificação (Prazeres et. al., 2007).

No TOC por contaminação, o paciente experimenta obsessões relacionadas a germes, sujeira ou substâncias nocivas, o que o leva a compulsões de limpeza e evitação. Os comportamentos podem incluir lavar as mãos repetidamente ou evitar locais públicos. A literatura contemporânea reforça que essa variante do TOC está entre as mais prevalentes (Cordioli et. al., 2016).

A TCC intervém por meio da técnica de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), expondo o paciente a objetos "contaminados" e prevenindo os rituais de limpeza. O terapeuta também trabalha com o paciente para reavaliar a superestimação do perigo e desenvolver maior tolerância à incerteza (Prazeres et. al., 2007).

4.3 A TCC e a Terapia de Exposição e Prevenção de Rituais do TOC.

A Terapia Cognitiva Processual (TCP), é uma variação da terapia cognitiva tradicional, e constitui uma abordagem transdiagnóstica que, além de trabalhar na modificação de padrões disfuncionais associados ao TOC, também pode ser eficaz em casos com comorbidades, como a depressão. Já a Exposição e Prevenção de Resposta (EPR) foca na exposição gradual aos estímulos que desencadeiam as obsessões, enquanto impede a realização de rituais compulsivos, promovendo a redução da resposta. (Rodrigues et al., 2023).

Um estudo de Rodrigues et al. (2023) comparou a Terapia Cognitiva Processual (TCP) e a Terapia de Exposição e Prevenção de Rituais (EPR) no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), com foco na eficácia de ambas as abordagens em reduzir os sintomas do TOC e os resultados um longo prazo. Os principais achados indicam que tanto a TCP quanto a EPR foram eficazes na redução dos sintomas, com diminuições significativas no escore do Y-BOCS (Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de tratamento.

Segundo o mesmo estudo, a TCP impede os sintomas em 47,1% do início para o fim do tratamento, enquanto a ERP impede em 43,1%. No acompanhamento de 12

meses, o TCP manteve uma redução de 52,6%, enquanto a EPR manteve uma redução de 44%. Os resultados sugerem que ambos os tratamentos podem ser igualmente eficazes a longo prazo, com a TCP mostrando um número maior de pacientes recuperados após 12 meses.

Embora os dois tratamentos sejam eficazes, a TCP pode ser especialmente benéfica para pacientes que sofrem dificuldades com os rituais ou com comorbidades adicionais, como a depressão.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa realizada trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter narrativa. A revisão bibliográfica é um tipo específico de produção científica, baseada em textos já publicados, como livros, artigos científicos, ensaios críticos, dicionários, encyclopédias, jornais, revistas, resenhas, resumos, entre outros. O objetivo desta revisão é colocar o pesquisador em contato direto com o que foi escrito sobre o assunto que se pretende estudar. A revisão bibliográfica narrativa é um modelo que sintetiza e resume, de forma narrativa, um corpo da literatura científica (Almeida, 2012).

5.2 Construção dos dados:

Para a coleta de dados, foram utilizadas as palavras-chave: "Transtorno Obsessivo-Compulsivo", "Conteúdo Religioso", "Escrupulosidade", "Terapia Cognitivo-Comportamental". As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, SciELO, PUBMED e BVS. A coleta contemplou publicações de abril de 2014 a abril de 2024, uma década de publicações. Foram utilizados livros, artigos, dissertações e teses como fontes principais para o estudo do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

5.3 Abordagem teórica:

A abordagem teórica segue o modelo de revisão bibliográfica narrativa, como descrito por Almeida (2012). Essa abordagem permite uma visão geral e sintetizada do que foi publicado sobre o tema em questão, sem a necessidade de experimentação prática. A revisão foca em materiais existentes e já conhecidos na literatura científica sobre o TOC, conteúdo religioso e terapia cognitivo-comportamental.

As bases teóricas deste estudo fundamentam-se na abordagem cognitivo-comportamental que comprehende o comportamento humano como resultado da interação entre pensamentos, emoções e ações. Essa abordagem enfatiza a importância da identificação e reestruturação de pensamentos disfuncionais, com o

objetivo de promover mudanças comportamentais e emocionais mais adaptativas.

5.4 Procedimento de análise dos dados:

O método de pesquisa foi baseado nas etapas descritas por Marconi e Lakatos (2021). As etapas seguem a seguinte ordem: escolha do tema, elaboração de um plano de trabalho, identificação da literatura, localização de informações pertinentes, reunião do material, organização por fichamento, análise e interpretação dos dados coletados, e finalmente, a redação do trabalho. Após a coleta de dados, houve uma organização criteriosa e seleção dos dados relevantes para a produção científica, garantindo que apenas as informações pertinentes fossem analisadas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados analisados confirmam que o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição multifatorial, com início geralmente precoce e impacto funcional significativo, estando entre os transtornos psiquiátricos mais incapacitantes segundo a Organização Mundial da Saúde (Clarck; Beck, 2010; Almeida, 2007). Este estudo buscou investigar como os conteúdos religiosos presentes nas obsessões do TOC influenciam a apresentação clínica, a resposta terapêutica e a vivência subjetiva dos pacientes. Com isso, procurou-se compreender melhor as especificidades desse subtipo e indicar caminhos terapêuticos mais ajustados à realidade cultural dos indivíduos afetados.

Os resultados revelam que a presença de conteúdo religioso nas obsessões do TOC está fortemente associada a uma complexa interação de fatores biológicos, sociais e culturais, os quais agravam o sofrimento psíquico e a disfuncionalidade. A predominância de sentimento de culpa, vergonha e inadequação entre os participantes reforça a hipótese de que obsessões religiosas intensificam o sofrimento emocional, sobretudo em contextos culturalmente mais conservadores. Adicionalmente, observou-se uma maior prevalência de comorbidades como depressão e ansiedade nesses casos, o que ressalta a importância de intervenções mais sensíveis às crenças morais e espirituais dos pacientes.

De acordo com o DSM-5-TR (APA, 2022), pensamentos considerados socialmente inaceitáveis, como os de cunho religioso ou sexual, são frequentes em pacientes com TOC. Ali (2021) reforça essa afirmação ao apontar que, entre pacientes predominantemente obsessivos, os temas mais recorrentes envolvem conteúdos blasfemos e sexuais, sendo os pensamentos religiosos a principal fonte de sofrimento em aproximadamente 5% dos casos.

A análise dos dados também mostra que as compulsões nem sempre acompanham as obsessões religiosas, o que caracteriza o subtipo conhecido como “TOC puramente obsessivo”, tornando o diagnóstico e o tratamento ainda mais desafiadores. Diferente de pacientes que apresentam compulsões visíveis, aqueles com obsessões religiosas tendem a ruminar intensamente, frequentemente com

sentimentos exacerbados de culpa, vergonha e inadequação (Almeida, 2007; Ali, 2021).

Esses sintomas podem se manifestar de forma variada: desde pensamentos intrusivos com conotação sexual envolvendo figuras religiosas, até impulsos de pronunciar blasfêmias em locais sagrados. A presença de compulsões como orações repetidas, rituais mentais, confissões constantes ou buscas incessantes por alívio espiritual também é comum, embora nem sempre tão evidente.

Culturalmente, a frequência dessas obsessões parece variar conforme o nível de rigidez moral e religiosidade do contexto social. Conforme afirmam Rasmussen e Eisen (1999), em países com códigos religiosos mais severos, há uma tendência maior ao desenvolvimento de obsessões de cunho religioso, enquanto em sociedades mais liberais, como os Estados Unidos contemporâneos, há uma aparente diminuição desses sintomas.

Outro ponto relevante é o impacto emocional dessas obsessões na saúde mental dos pacientes. Indivíduos com obsessões religiosas apresentam maior prevalência de depressão e ansiedade, além de uma auto imagem mais negativa, marcada por sentimentos persistentes de profanação, culpa e autodepreciação (Ali, 2021). Esse ponto ressalta a importância de abordagens terapêuticas que considerem tanto os aspectos psicopatológicos quanto as vivências espirituais dos pacientes.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no tratamento do TOC, incluindo os casos com conteúdo religioso. No entanto, os desafios permanecem, especialmente em relação à resistência de alguns pacientes em tratar sintomas que envolvem suas crenças mais íntimas. Pargament (2007) destaca que, quando há abertura do paciente, a incorporação de temas espirituais no processo psicoterapêutico pode promover maior engajamento e resultados positivos.

Tradicionalmente, a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) tem sido considerada o tratamento de escolha, por expor gradualmente o paciente a estímulos temidos enquanto impede a realização de compulsões, promovendo a dessensibilização e a redução da ansiedade (Rodrigues, 2011). A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) - também tem mostrado bons resultados, oferecendo um formato mais acessível e eficaz. A terapia comportamental em grupo

para pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma abordagem baseada nos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental, com foco na técnica de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR). Essa modalidade permite que os participantes compartilhem experiências, recebam psicoeducação sobre o transtorno e aprendam estratégias para enfrentar as obsessões sem recorrer às compulsões. As sessões são estruturadas e visam promover a redução da ansiedade, a reestruturação de pensamentos disfuncionais e o fortalecimento do enfrentamento por meio do apoio coletivo. Estudos demonstram que a terapia em grupo é eficaz, especialmente em contextos onde o acolhimento e a identificação com outros pacientes favorecem o engajamento no tratamento (Fals-Stewart et al., 1993).

Mais recentemente, a Terapia Cognitiva Processual (TCP) vem ganhando destaque como uma abordagem transdiagnóstica eficaz não apenas na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos, mas também em quadros com comorbidades, como a depressão. Um estudo comparativo realizado por Rodrigues et al. (2023) demonstrou que tanto a TCP quanto a EPR foram eficazes na diminuição dos sintomas do TOC, conforme avaliação pela escala Y-BOCS, sem diferença estatisticamente significativa entre os métodos.

Ainda assim, os dados indicam uma leve vantagem da TCP a longo prazo: enquanto a EPR mostrou uma redução de 44% dos sintomas após 12 meses, a TCP manteve uma redução de 52,6%, além de beneficiar pacientes com maior dificuldade em lidar com rituais ou comorbidades. Esses achados sugerem que ambas as abordagens são válidas e podem ser adaptadas conforme o perfil clínico do paciente, contribuindo para intervenções mais personalizadas e eficazes.

Dessa forma, este estudo contribui para ampliar o entendimento clínico sobre o TOC com conteúdo religioso, evidenciando a necessidade de intervenções culturalmente sensíveis e personalizadas. Futuramente, espera-se que estudos possam continuar investigando os efeitos duradouros de abordagens como a TCP e EPR e avaliar seu impacto em diferentes culturas religiosas, favorecendo a construção de uma psicoterapia mais inclusiva, empática e eficaz.

7. CONCLUSÃO

Mediante os resultados obtidos nesta revisão, é possível alcançar as seguintes conclusões: o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), especialmente em sua manifestação com conteúdo religioso, representa um grande desafio clínico devido à complexidade de seus sintomas e ao sofrimento intenso que provoca. Compreender suas origens multifatoriais e o impacto de aspectos culturais e espirituais é essencial para oferecer um tratamento mais sensível e eficaz.

Terapias como a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) e a Terapia Cognitiva Processual (TCP) têm demonstrado bons resultados, inclusive a longo prazo, sendo a TCP especialmente eficaz em casos com comorbidades, como a depressão.

Ainda assim, existem desafios importantes a serem superados nos próximos anos. É necessário expandir o alcance da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), adaptando suas estratégias para melhorar a adesão e eficácia em públicos mais amplos. Do ponto de vista da saúde pública, ampliar o acesso por meio de terapias em grupo e da capacitação de mais profissionais é fundamental. Além disso, o investimento em estratégias preventivas, com foco no diagnóstico e tratamento precoce de crianças e adolescentes, pode evitar a cronificação do transtorno e seus prejuízos sociais e emocionais.

Portanto, o avanço contínuo das abordagens terapêuticas e o fortalecimento das políticas públicas são caminhos promissores para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com TOC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALI, T. et al. Pensamentos blasfemos no transtorno obsessivo-compulsivo: uma série de casos. **Industrial Psychiatry Journal**, v.30, n.1 p. 258-262, out. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34908704/>. Acesso em: 13/11/24.

ALMEIDA, A.; SILVA, M. Utilização do canto gregoriano na saúde: uma revisão bibliográfica narrativa. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 556-561, jul./set. 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648964022.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2024.

ALMEIDA, M. **Contribuições da perspectiva evolucionista para a compreensão do transtorno obsessivo-compulsivo**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-23012008-161824/en.php> Acesso em: 8 mar. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed., revisão de texto. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BAHLS, S. et, al. Terapias Cognitivo-Comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista Utp Online**, n. 4, jul. 2004. Disponível em: <https://www.cursosavante.com.br/cursos/curso368/conteudo8329.pdf>. Acesso em: 14/11/2024.

CAROPRESO, L. et, al. Transtorno obsessivo-compulsivo no período perinatal. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 31–40, 2018. DOI: 10.25118/2236-918X-8-1-4. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/303>. Acesso em: 8 mar. 2024

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice**. [s.l.] Guilford Press, 2011.

CORDIOLI, A. V. **A terapia cognitivo-comportamental do TOC.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

CORDIOLI, A. V. **TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo.** [s.l.] Artmed Editora, 2014.

CORDIOLI, A. V. et al. **Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes e Terapeutas.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

CRIPPA, J. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM -5 -TR.** Porto Alegre: Artmed Editora LTDA, 2023.

GOULART, I. L. **T.O.C Religioso: Superando os Pensamentos Intrusivos.** São Paulo: Clube de Autores, 2021.

FALS-STEWART, W. et al. Group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 24, n. 2, p. 113–121, 1993.

HOUNIE, A. G. et al. Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. suppl 2, p. 13–16, out. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HXGQpS8JwbBKY9XNbP8d9Tt/?format=pdf>. Acesso em 15 fev. 2024.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico:** projetos de pesquisa, pesquisa bibliográfica, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso. 9 ed. – São Paulo: Atlas, 2021.

NEDER, P. **Caracterização de crianças e adolescentes em risco para o desenvolvimento de transtorno obsessivo-compulsivo.** 2015. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06082015-113154/en.php>. Acesso em 8 mar. 2024

PRAZERES, A. M. et al. Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 262–270, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/s53bpfMVcSqyCkyfBG6fhbL/>. Acesso em: 4 maio 2025.

RASMUSSEN, S; EISEN, J. Padrões de remissão e recaída no transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo prospectivo de 2 anos. **J Clin Psychiatry**. 1999. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/jcp/patterns-remission-relapse-obsessive-compulsive-disorder/>. Acesso em 8 mar 2025.

RODRIGUES, E. P. Comparação das terapias cognitiva e comportamental individual e em grupo versus farmacoterapia no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho)**, v. 8, p. 323-334, 2011. Disponível em: <https://www.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/466>. Acesso em 15 fev. 2024.

RODRIGUES, E. P. et al. Randomized trial of the efficacy of trial-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: preliminary findings. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 45, p. e20210247, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/trends/a/kS5BfHgsjzCH9Wb9wLZMd7c/?lang=en>. Acesso em: 12/11/2024.

SALKOVSKIS, P. M. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 37, supl. 1, p. S29–S52, 1 jul. 1999.

SILVA, T. A **Terapia Cognitivo-Comportamental com influência religiosa**: uma revisão sistemática. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-11122023164200/ptbr.php&sa=D&source=docs&ust=1709689305608993&usg=AOvVaw1-RbHBX_9Y3sRaf_kXq70n. Acesso em 13 fev. 2024.

ROSARIO-CAMPOS, M. C. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 16–19, 1 dez. 2000. Disponível em:

https://www.google.com/url?q=https://www.scielo.br/j/rbp/a/j4gxywDc7HNfcH5mzKhLPmz&sa=D&source=docs&ust=1709689305537573&usg=AOvVaw2tgzGJ0AfhnAT3T_3Ea96. Acesso em: 01 mar. 2024.

WRIGHT, J. et al. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado** - 2.ed. Artmed, Brasil, 2018. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=V2J9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1996&dq=terapia+cognitivo+comportamental+conceitos+e+principios&ots=01REQ9hVud&sig=9oaFbkPm4vwLbtoOV5udcyXrDzM&redir_esc=y#v=onepage&q=terapia%20cognitivo%20comportamental%20conceitos%20e%20principios&f=false>. Acesso em: 14 nov. 2024.