



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

FABRICIO EMANUEL CARVALHO ALMEIDA

**CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TERAPIA
DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTAS NO TRATAMENTO TOC**

TERESINA - PIAUÍ
2025

FABRICIO EMANUEL CARVALHO ALMEIDA

**CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TERAPIA
DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTAS NO TRATAMENTO TOC**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Psicologia da
Universidade Estadual do Piauí, como
requisito para a elaboração do trabalho
de conclusão de curso.

Orientador: Prof. Dr. Eleonardo Pereira
Rodrigues.

TERESINA - PIAUÍ
2025

AGRADECIMENTO

Com essa pesquisa, finalizo um ciclo muito importante da minha vida, repleto de desafios, reinvenções e conquistas. Por isso, digo com certeza: não teria chegado aqui sozinho. Dedico este breve agradecimento a todas as pessoas que me guiaram até aqui.

Agradeço aos meus pais e à minha família, por me permitirem ter tanto suporte durante essa jornada e por sempre confiarem nas minhas convicções e ideias. Obrigado por me permitirem dedicar tantas horas aos estudos, sem nunca questionarem minha perseverança, mesmo quando eu chegava em casa exausto. Agradeço por cada gesto de carinho, cada conselho e toda a compreensão.

Agradeço aos meus amigos, por me incentivarem, me divertirem e fazerem companhia. Sou grato por compartilhar risadas e perrengues com vocês. Obrigado por acreditarem no meu potencial nos momentos em que duvidei de mim mesmo.

Agradeço ao meu amor, por me apoiar, ouvir e acolher. Obrigado pela paciência em me escutar, por insistir em me fazer sorrir quando eu só queria me isolar. Saber que posso contar com alguém que me comprehende e me dá suporte, sem exigir nada em troca, fez toda a diferença nesta caminhada.

Agradeço às professoras, aos professores e aos profissionais da UESPI, pela dedicação, pelo compromisso e por acreditarem em mim.

Vocês são a razão pela qual cheguei até aqui e pela qual sigo adiante. Obrigado!

ALMEIDA, Fabricio E.C. **Contribuições das Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas no tratamento do TOC.** Trabalho de conclusão de curso orientado pelo Prof. Dr. Eleonardo Pereira Rodrigues. Graduação em Psicologia – Universidade Estadual do Piauí, Teresina, 2025.

RESUMO

Introdução: O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico caracterizado por pensamentos obsessivos indesejados e comportamentos compulsivos repetitivos. No âmbito do tratamento, são comuns intervenções psicoterapêuticas, destacando-se a Terapia de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), propondo a exposição gradual a estímulos ansiosos relacionados às obsessões, e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que busca identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais e comportamentos compulsivos. **Objetivos:** Este trabalho de conclusão de curso objetivou comparar as eficárias da TCC e da EPR em relação ao TOC, caracterizar os tratamentos de ambas as abordagens sobre o TOC, e descrever quais delas demonstram mais dados robustos de evidências científicas. Para tanto, foram selecionados artigos publicados nos últimos dez anos em bases de dados como PubMed, SciELO e Google Scholar seguidos de triagem e análise qualitativa dos resultados. **Metodologia:** Foram selecionados artigos publicados nos últimos dez anos nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Scholar, utilizando critérios de relevância e atualidade, seguidos de triagem e análise qualitativa do conteúdo. **Resultados:** Os achados apontaram que ambas as intervenções promovem reduções significativas nos escores de sintomas obsessivo-compulsivos, observando-se maior eficácia imediata da EPR na atenuação de compulsões comportamentais e vantagem da TCC na manutenção dos ganhos terapêuticos a longo prazo. **Conclusão:** Conclui-se que, embora tanto a TCC quanto a EPR apresentem eficácia comprovada, a escolha do protocolo deve considerar o perfil sintomatológico do paciente, sua tolerância à exposição ansiosa e a necessidade de intervenções cognitivas profundas.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Terapia Cognitivo-Comportamental. Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas.

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

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABRICIO EMANUEL CARVALHO ALMEIDA

**Contribuições das Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia de Exposição e
Prevenção de Respostas no tratamento do TOC.**

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

Aprovado em 18 de junho de 2025.

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).

Hadassa Lourenço Pinheiro Santiago
Mestra em Ciências da Educação (UESPI).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: CARACTERÍSTICAS, ETIOLOGIA, FATORES GENÉTICOS, CEREBRAIS E PSICOLÓGICOS	8
2.1 Características	8
2.2 Etiologia	9
3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E O TOC	11
3.1 Conceito e princípios fundamentais da TCC	11
3.2 Teoria e modelo cognitivo-comportamental do TOC	12
3.3 A eficácia da TCC no tratamento do TOC	14
4 TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTAS: CONCEITO E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS	17
4.1 Conceito e Princípios Fundamentais da EPR	17
4.2 Terapia de EPR no TOC	18
4.3 Teoria e Modelo Comportamental do TOC	19
4.4 Eficácia da EPR no TOC	21
5 METODOLOGIA	23
5.1 Tipo de pesquisa	23
5.2 Coleta de dados	23
5.3 Abordagem teórica	24
5.4 Procedimento de análise de dados	24
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
7 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição psicológica que impacta significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados por ele. Caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, pensamentos intrusivos recorrentes e comportamentos compulsivos repetitivos, o TOC se apresenta como um desafio clínico complexo (DSM-5 [APA], 2014). Assim, tendo em vista a natureza debilitante desse transtorno, a busca por intervenções terapêuticas eficazes é essencial.

Nesse contexto, existem vários tratamentos psicológicos para o manejo do TOC, no entanto, a partir de uma perspectiva da psicologia baseada em evidências, as eficácia científicas relatam pelo menos duas abordagens terapêuticas amplamente utilizadas: a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR). Ambas oferecem estratégias diferentes para lidar com os sintomas do TOC, cada uma com suas abordagens e técnicas específicas.

A EPR, desenvolvida a partir de estudos comportamentais nos anos 1970, é uma das intervenções mais estudadas e eficazes para o tratamento do TOC. Baseia-se na exposição repetida do paciente a estímulos que desencadeiam suas obsessões, sem permitir a realização das respostas compulsivas. Esse processo leva à habituação, uma redução gradual da ansiedade que ocorre quando o paciente é exposto à situação temida várias vezes sem realizar seus rituais (Cordioli, 2014). A teoria por trás da EPR sugere que a evitação compulsiva reforça as obsessões, enquanto a exposição sem a resposta compulsiva permite que o paciente perceba que seus medos não são justificados, levando à extinção dos comportamentos disfuncionais (Banaco; Zamignani, 2003).

Por outro lado, a TCC, amplamente utilizada para diversos transtornos mentais, é também eficaz no tratamento do TOC. A TCC combina técnicas cognitivas e comportamentais para ajudar o paciente a identificar e desafiar pensamentos distorcidos relacionados às obsessões e a mudar seus comportamentos compulsivos. O objetivo é modificar os padrões de pensamento disfuncionais que mantêm o ciclo obsessivo-compulsivo em funcionamento (Rodrigues, 2008).

Entre as técnicas cognitivas mais comuns utilizadas na TCC está o registro de pensamentos disfuncionais, que permite ao paciente identificar seus pensamentos automáticos e questioná-los de forma sistemática. Durante as sessões de TCC, os pacientes realizam exercícios práticos, como exposição gradual a situações temidas e prevenção de rituais, além de exercícios cognitivos, como a identificação de pensamentos disfuncionais. Essas sessões são estruturadas de forma a promover a prática dos exercícios em casa, entre as consultas, visando enfrentar gradualmente os sintomas do TOC (Cordioli, 2017).

Assim, dado o impacto debilitante do TOC na vida dos pacientes, é essencial que terapias eficazes sejam avaliadas e comparadas para se determinar quais abordagens proporcionam melhores resultados clínicos. Este estudo teve como proposta a realização de uma revisão de literatura narrativa sobre a eficácia comparativa da TCC e da EPR no tratamento do TOC, com o objetivo de fornecer subsídios teóricos e práticos para profissionais da saúde mental e contribuir para a escolha das abordagens mais adequadas para cada perfil de paciente.

Ao longo deste trabalho, tivemos como objetivos, comparar as eficácia da TCC e da EPR em relação ao TOC, caracterizar os tratamentos de ambas as abordagens sobre o TOC, e descrever quais delas demonstram mais dados robustos de evidências científicas. Para isso, foram analisadas as estratégias específicas de cada abordagem, suas evidências científicas, e os fatores que influenciam a eficácia de ambas no tratamento do TOC, contribuindo assim para um melhor entendimento das práticas terapêuticas no campo da psicologia clínica.

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

2.1 Características

De acordo com o DSM-5 (2014), manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, o TOC é um distúrbio psiquiátrico que se caracteriza por pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos, conhecidos como obsessões e compulsões, respectivamente, que podem interferir significativamente na vida diária do indivíduo. As obsessões variam, refletindo questões contemporâneas e preocupações culturais, enquanto as compulsões são frequentemente desencadeadas por experiências traumáticas ou necessidades de organização (Banaco; Zamignani, 2003). O TOC pode variar de leve a grave, afetando relacionamentos e desempenho profissional.

Os critérios diagnósticos do DSM-5 (2014) para o TOC envolvem a presença de obsessões, compulsões ou ambas, onde as obsessões são definidas por pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que causam ansiedade ou sofrimento, e as compulsões consistem em comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente obrigado a realizar para prevenir ou reduzir a ansiedade. Esses sintomas podem consumir uma quantidade significativa de tempo, causar sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento social e profissional.

Além disso, pessoas com TOC apresentam uma qualidade de vida significativamente inferior em todos os domínios, o que sugere uma grande incapacidade associada a esse transtorno. Os impactos negativos do TOC afetam diversas áreas da vida, como trabalho, relacionamentos interpessoais e atividades de lazer. Especificamente, o aspecto psicológico é o mais afetado, devido aos sentimentos negativos e à sensação de perda de controle causados pelas obsessões e compulsões (Scholl et al, 2017).

Ainda com base no DSM-5 (2014) sabe-se que a prevalência do TOC, por pelo menos 12 meses, entre pessoas ao redor do mundo é de entre 1,1% e 1,8%, enquanto Sadock, Sadock e Ruiz (2017) apontam taxas de prevalência vitalícia na população geral de 2 a 3%. Tendo o sexo feminino uma taxa levemente mais

elevada de TOC em comparação com o sexo masculino na fase adulta (DSM-5, 2014).

A idade média de início do TOC é geralmente em torno dos 20 anos, sendo que homens tendem a apresentar sintomas um pouco mais cedo, em média aos 19 anos, enquanto mulheres tendem a manifestá-los por volta dos 22 anos. A maioria dos afetados desenvolvem sintomas antes dos 25 anos, com menos de 15% apresentando início após os 35 anos. O TOC pode surgir tanto na infância quanto na adolescência, podendo em alguns casos até ocorrer em crianças com apenas 2 anos de idade (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

2.2 Etiologia

Segundo Sorte e Zanini (2022), a causa do TOC é complexa e envolve fatores genéticos e ambientais. Assim, Pesquisas realizadas com gêmeos e estudos familiares sugerem uma forte influência genética, sendo essa herdabilidade mais acentuada em casos que surgem na infância em comparação com os de adultos. Embora os genes específicos ainda não tenham sido identificados, há indícios de uma predisposição hereditária associada ao desenvolvimento do TOC (Pauls et al, 2024).

É importante notar também que esse transtorno está fortemente ligado a mecanismos biológicos, especialmente no sistema serotoninérgico, onde desregulações podem causar sintomas de obsessões e compulsões. De acordo com Fernandes e Carvalho (2016), a origem do TOC parece estar associada a uma disfunção no circuito orbitofrontal-subcortical. Este circuito envolve áreas como o córtex orbitofrontal, córtex cingulado anterior, núcleo caudado e putâmen, todas envolvidas com as características do TOC.

Em uma explicação voltada para os fatores comportamentais, as obsessões surgem quando estímulos neutros se associam ao medo ou ansiedade, enquanto as compulsões se desenvolvem como estratégias para reduzir essa ansiedade. Esses comportamentos se tornam padrões compulsivos devido à sua eficácia em aliviar a ansiedade (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

De forma mais aprofundada, os fatores genéticos no TOC têm sido amplamente estudados, revelando uma base biológica significativa para o desenvolvimento desse transtorno. Embora as causas do TOC sejam multifatoriais,

estudos sugerem que genes específicos estão associados ao seu aparecimento, reforçando a ideia de que aspectos hereditários desempenham um papel crucial na manifestação da patologia. Evidências indicam que o TOC pode ser influenciado por anomalias em circuitos cerebrais, particularmente naqueles relacionados ao controle inibitório. Esses déficits afetam a capacidade do indivíduo de exercer autocontrole sobre pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos, uma característica marcante do transtorno. Esse comprometimento neurobiológico é, em grande parte, mediado geneticamente (Facco et al, 2024).

Pacientes com TOC apresentam volumes reduzidos de substância cinzenta em áreas corticais específicas do cérebro. Essas alterações neuroanatômicas estão diretamente ligadas aos prejuízos cognitivos observados nos indivíduos afetados pelo transtorno (Cardoz et. al., 2024).

Ao tratar dos fatores psicológicos e comportamentais do TOC, percebe-se que esses estão diretamente ligados a interações entre o indivíduo e o ambiente, sendo influenciados por processos de aprendizado e regulação emocional. Experiências familiares e sociais desempenham um papel crucial na formação das estratégias de autocontrole, que podem impactar diretamente a manifestação de comportamentos obsessivos e compulsivos. Além disso, a relação do portador de TOC com as obsessões e os estímulos que causam ansiedade é sustentada por um padrão de comportamento de esquiva. O comportamento compulsivo é uma resposta à ansiedade causada pelas obsessões, e a compulsão atua como uma forma de alívio temporário (Facco et al, 2024).

Muitos indivíduos com TOC têm crenças disfuncionais, como um senso aumentado de responsabilidade, perfeccionismo, intolerância à incerteza e importância excessiva dos pensamentos (DSM-5, 2014).

3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E O TOC

3.1 Conceito e princípios fundamentais da TCC

A TCC, proposta por Aaron Beck nos anos 1960, destaca-se como uma abordagem terapêutica estruturada, voltada principalmente para o presente e para a resolução de problemas. Segundo Beck (2013), a TCC é baseada no modelo cognitivo, o qual propõe que os pensamentos disfuncionais influenciam diretamente as emoções e comportamentos dos indivíduos, sendo essa característica comum a diversos transtornos mentais. Com o avanço das pesquisas e técnicas, a TCC ampliou sua aplicação para o tratamento de uma vasta gama de transtornos psicológicos, demonstrando flexibilidade em sua adaptação às necessidades individuais dos pacientes (Beck, 2013).

Muito importante para entender a TCC é conhecer uma de suas técnicas centrais chamada Descoberta Guiada, que, conforme Meyer (2014), é um processo colaborativo em que o terapeuta auxilia o paciente a explorar e compreender seus pensamentos, incentivando o paciente a desenvolver soluções mais saudáveis para seus problemas. Além disso, o Questionamento Socrático, inspirado no método do filósofo Sócrates, é uma ferramenta amplamente usada na TCC para desafiar crenças iracionais por meio de perguntas abertas que incentivam a autorreflexão (Meyer, 2014).

Essas técnicas permitem que o paciente desenvolva uma maior compreensão de seus próprios processos mentais e tome controle sobre seus pensamentos, emoções e comportamentos. A ênfase na resolução de problemas atuais e no controle das cognições, como discutido por Turcato, Calistro e Hneda (2021), faz com que a TCC seja um modelo terapêutico de curta duração, mais focado na melhoria imediata da qualidade de vida do paciente do que na análise profunda do passado.

Outro conceito relevante na prática da TCC é o uso da "reestruturação cognitiva", uma técnica que tem como objetivo modificar as distorções cognitivas identificadas durante a terapia. Essa técnica se alinha diretamente à proposta de Beck, de trabalhar com a tríade cognitiva – um conjunto de representações

negativas de si mesmo, do mundo e do futuro. A reestruturação cognitiva permite que os pacientes percebam as situações de forma mais equilibrada e realista, diminuindo a intensidade das emoções negativas associadas a esses pensamentos distorcidos. A literatura recente, como a de Hofmann et al. (2018), reforça a eficácia dessa técnica, não apenas na TOC, mas também em tratamentos para transtornos de ansiedade, depressão e até em condições físicas, como dores crônicas.

Além disso, a aplicação de experimentos comportamentais, como mencionado por Turcato et al (2021), também se destaca na prática da TCC. Esses experimentos permitem que o paciente teste suas crenças disfuncionais na vida real, proporcionando uma experiência direta que pode levar à alteração dessas crenças. Com o tempo, os pacientes começam a perceber que suas interpretações iniciais estavam equivocadas, o que contribui para um ciclo positivo de mudanças cognitivas e comportamentais.

A flexibilidade da TCC foi ampliada nos últimos anos, com pesquisas que demonstraram sua eficácia em contextos mais amplos, como no tratamento de transtornos relacionados ao trauma, como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Terapias cognitivas adaptadas, como a Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT), também têm ganhado destaque no tratamento de pacientes com recaídas de transtornos depressivos, oferecendo uma integração entre práticas de aceitação e as técnicas cognitivas tradicionais.

Um dos princípios fundamentais da TCC é que os indivíduos interpretam o mundo à sua volta através de crenças e pensamentos automáticos, que muitas vezes são distorcidos e contribuem para problemas emocionais e comportamentais. Conforme Wright, Basco e Thase (2008), a TCC busca identificar esses pensamentos automáticos e crenças subjacentes (ou esquemas) que moldam a forma como as pessoas percebem e reagem às situações. O objetivo principal da terapia é substituir esses pensamentos distorcidos por padrões de pensamento mais funcionais, o que impacta positivamente o comportamento e as emoções do indivíduo.

3.2 Teoria e modelo cognitivo-comportamental do TOC

O modelo cognitivo-comportamental do TOC propõe que os pensamentos obsessivos são desencadeados por interpretações errôneas de eventos cotidianos

ou estímulos neutros, associados a medos ou ansiedades intensas. As compulsões, por sua vez, surgem como estratégias para neutralizar ou reduzir essa ansiedade (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). O ciclo de obsessões e compulsões é reforçado pelo alívio temporário que as compulsões proporcionam, o que solidifica o padrão repetitivo do transtorno.

Ou seja, o TOC é entendido como resultado de uma interação entre pensamentos automáticos intrusivos e crenças centrais disfuncionais, que intensificam a percepção de ameaça e levam à ativação de comportamentos compulsivos. Essas crenças frequentemente envolvem temas como responsabilidade excessiva, necessidade de controle absoluto e intolerância à incerteza (Bortoli; Francke, 2018).

Do ponto de vista cognitivo, os pensamentos intrusivos, comuns em indivíduos com TOC, não são inherentemente patológicos. Contudo, a interpretação catastrófica desses pensamentos é o que os torna problemáticos. Por exemplo, interpretar um pensamento de "esquecer de trancar a porta" como equivalente a "provocar um desastre iminente" leva à intensificação da ansiedade e ao uso de compulsões como tentativa de neutralização (Cordioli, 2014).

A TCC busca intervir através da reestruturação cognitiva e da modificação comportamental. Técnicas como a descoberta guiada e o questionamento socrático são usadas para identificar e alterar crenças disfuncionais (Meyer, 2014). O modelo cognitivo-comportamental enfatiza a importância de abordar tanto os pensamentos automáticos quanto as crenças centrais, integrando aspectos cognitivos e comportamentais para uma intervenção eficaz no TOC (Cordioli, 2014).

Essa estrutura básica do TOC se conecta diretamente ao modelo cognitivo proposto inicialmente por Aaron Beck, que defende que os pensamentos disfuncionais influenciam negativamente o humor e o comportamento dos pacientes (Beck, 2013).

Diante disso, o modelo cognitivo-comportamental do TOC oferece uma compreensão robusta das interações entre pensamento, emoção e comportamento, proporcionando uma estrutura clara para a intervenção terapêutica. Contudo, é fundamental que o terapeuta personalize o tratamento, ajustando técnicas cognitivas e comportamentais de acordo com as necessidades específicas de cada paciente, para superar as barreiras frequentemente encontradas no tratamento desse transtorno debilitante.

Portanto, o modelo cognitivo-comportamental do TOC oferece uma base teórica abrangente que não apenas explica os mecanismos subjacentes ao transtorno, mas também guia o desenvolvimento de intervenções terapêuticas baseadas em evidências.

3.3 A eficácia da TCC no tratamento do TOC

A TCC no tratamento do TOC é amplamente respaldada por pesquisas contemporâneas, destacando-a como uma abordagem consistente e robusta. A TCC, que inclui técnicas cognitivas e comportamentais, tem mostrado ser especialmente eficaz na modificação de crenças disfuncionais e pensamentos intrusivos que perpetuam os sintomas do TOC. Diversos estudos recentes reforçam a importância da TCC, apontando que essa intervenção oferece benefícios tanto na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos quanto no tratamento de comorbidades frequentemente associadas, como a depressão (Cordioli, 2014; Belloch et al., 2016; Fernandes; Carvalho, 2016; Bortoli; Francke, 2018; Rodrigues et al, 2023).

A TCC no tratamento do TOC tem sido sustentada por estudos que destacam uma significativa redução dos sintomas entre pacientes submetidos a essa abordagem. Wilhelm et al (2005), por exemplo, conduziram uma pesquisa com 15 participantes, dos quais 10 nunca haviam recebido terapia comportamental e 5 já tinham feito tratamento prévio sem obter melhora satisfatória. Observou-se que, após o tratamento com TCC, houve uma redução de 42% nos sintomas do TOC e de 41% nos sintomas de depressão, conforme mensurado pela escala Y-BOCS. Ademais, os pacientes sem histórico de terapia comportamental mostraram maior melhoria nos sintomas e crenças em relação aos participantes previamente tratados, embora estes últimos apresentassem maior gravidade nos sintomas iniciais de ansiedade e depressão, o que poderia explicar a resposta mais moderada ao tratamento. Além disso, 55,6% dos pacientes submetidos à Terapia Cognitiva Processual (TCP) atingiram recuperação clínica (definida por escores ≤ 7 na escala Y-BOCS), contra 7,7% no grupo tratado com EPR. Esses achados, apesar de derivarem de uma amostra pequena e requererem interpretações cautelosas, ressaltam a possibilidade de que a TCC possa ser uma alternativa promissora para

pacientes com TOC, especialmente quando há presença concomitante de sintomas depressivos (Sookman, 2018; Rodrigues et al, 2023).

Em um estudo posterior, Wilhelm et al. (2008) compararam a TCC com uma condição de lista de espera, aumentando a frequência de sessões para 22, o que gerou uma melhora ainda mais expressiva entre os participantes. O estudo mostrou uma redução média de 57% nos sintomas do TOC ao final do tratamento, em comparação aos pacientes da lista de espera, cujos sintomas permaneceram inalterados. Adicionalmente, estudos apontam que a TCC, por incluir experimentos comportamentais e técnicas que testam hipóteses dos pacientes, pode ser menos estressante e mais aceitável do que métodos que envolvem bloqueio de rituais desde o início, o que leva mais pacientes a preferirem essa modalidade (Riggs; Foa, 1993; van Oppen et al., 1995). Dessa forma, a TCC tem se mostrado uma abordagem eficaz e com boa aceitação, sugerindo uma alternativa viável para o tratamento de TOC, especialmente em subtipos com crenças de responsabilidade excessiva e perfeccionismo (Wilhelm et al., 2004, Sookman, 2018).

Uma pesquisa recente de Rodrigues et al. (2023) trouxe evidências importantes sobre a eficácia da TCC no TOC, avaliando especificamente uma nova modalidade, a TCP. Neste estudo clínico randomizado, foram comparadas a TCP e a EPR, duas abordagens relevantes no tratamento do TOC.

Com uma amostra de 26 participantes diagnosticados com TOC, os tratamentos consistiram em 12 sessões individuais, realizadas semanalmente, e os resultados foram acompanhados em períodos de 3, 6 e 12 meses após o término. Tanto a TCP quanto a EPR demonstraram reduções significativas nos sintomas obsessivo-compulsivos, mensurados pela escala Y-BOCS (Goodman, 1989). No entanto, a TCP se destacou por apresentar uma maior proporção de pacientes que atingiram recuperação clínica após um ano de acompanhamento, com 55,6% dos pacientes tratados com TCP atendendo aos critérios de recuperação, em comparação a apenas 7,7% no grupo tratado com EPR (Rodrigues et al, 2023).

A TCP adota uma abordagem inovadora que foca na reestruturação de crenças centrais disfuncionais através de uma metáfora judicial, onde o paciente desempenha diferentes papéis, como advogado de defesa e juiz. Essa metodologia permite uma reformulação cognitiva profunda sem depender exclusivamente de exposições diretas, tornando-se uma opção menos aversiva para alguns pacientes.

Esses achados corroboram a literatura existente ao reforçar a eficácia da TCC no tratamento do TOC, ao mesmo tempo que destacam o potencial da TCP como uma alternativa viável e promissora, especialmente para pacientes com dificuldades em aderir à EPR. A manutenção dos ganhos terapêuticos em ambos os grupos após 12 meses ressalta a robustez das intervenções baseadas em TCC. Estudos futuros, com amostras maiores, poderão aprofundar a compreensão sobre as vantagens específicas da TCP e seu papel no tratamento do TOC.

Embora a EPR seja frequentemente mencionada como uma componente fundamental da TCC, a ênfase crescente nas técnicas cognitivas ressalta seu valor. A TCC tem seu foco em mudanças cognitivas, ou seja, na identificação e modificação de avaliações catastróficas, que pode ser eficaz por si só na redução dos sintomas (Wilhelm et al, 2015). Nesse sentido, a TCC baseada no modelo de Aaron Beck se destaca pela capacidade de reduzir sintomas obsessivos, como verificações e compulsões, e por melhorar o bem-estar emocional dos pacientes (Cordioli, 2014).

A eficácia da TCC também se destaca por sua abordagem estruturada e pela capacidade de envolver o paciente de forma ativa no processo terapêutico. Conforme Duarte (2006), o terapeuta trabalha de maneira colaborativa com o paciente para identificar e reformular as regras disfuncionais que contribuem para o surgimento e manutenção dos sintomas. Essa reformulação permite uma mudança no repertório de respostas do indivíduo, reduzindo o sofrimento causado pelos sintomas obsessivos (Facco et al, 2024).

A combinação de intervenções cognitivas com os exercícios de EPR oferece uma estrutura mais flexível, permitindo que o tratamento seja ajustado conforme a evolução do paciente. Isso se reflete em uma melhora na adesão ao tratamento e em uma redução mais significativa dos sintomas ao longo do tempo (Cordioli, 2014). Este leque de intervenções, quando bem aplicadas, permite resultados mais duradouros e um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes com TOC.

4 TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTAS: CONCEITO E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

4.1 Conceito e Princípios Fundamentais da EPR

A EPR se baseia na ideia de que, ao enfrentar gradativamente os objetos ou situações ansiogênicas e ao resistir aos rituais compulsivos, o paciente aprende a tolerar a ansiedade gerada pelas obsessões. Cordioli (2014) enfatiza que essa abordagem terapêutica consiste em expor o paciente a situações que evocam ansiedade e, simultaneamente, impedir as respostas de alívio imediato, ou seja, as compulsões.

Conforme o paciente é exposto gradualmente essas situações e evita as respostas compulsivas, ocorre uma redução significativa nos níveis de ansiedade, o que leva à habituação e a uma mudança no padrão de respostas disfuncionais (Calvano, 2023). Esse modelo de tratamento visa, portanto, interromper o ciclo obsessivo-compulsivo ao criar novas associações entre as obsessões e a ausência de resposta ansiosa, o que reforça a eficácia da EPR (Rodrigues et al, 2023).

No entanto, essa técnica não está livre de limitações; por exemplo, observou-se que os rituais mentais e os sintomas obsessivos podem não responder adequadamente apenas com a EPR, devido à ausência de comportamentos observáveis que poderiam ser evitados, o que ressalta a necessidade de adaptações e técnicas complementares no tratamento desses casos (Boisseau et al, 2020, Petersen, 2019). Outra limitação da EPR, apesar de sua eficácia amplamente comprovada, é a dificuldade em garantir a adesão dos pacientes durante o tratamento. Isso ocorre porque, ao iniciar o processo de exposição, há um aumento temporário da ansiedade, que pode ser vivenciado de forma intensa, levando muitos pacientes a abandonarem a terapia (Neufeld et al, 2015). Esse efeito, muitas vezes descrito como uma barreira para a continuidade do tratamento, é especialmente acentuado em pacientes com níveis mais graves de sintomas obsessivo-compulsivos, como pensamentos de conteúdo sexual ou religioso, que demandam maior esforço para resistir aos rituais mentais associados (Brandt et al., 2018).

Outro aspecto fundamental é o papel das variáveis ambientais, como reforçadores contextuais, que podem ser cuidadosamente manipulados pelo

terapeuta para aumentar a adesão do paciente ao tratamento (Gonçales; Pessini, 2016). Essa abordagem integrada fortalece a base científica da EPR como uma técnica que transcende a mera exposição ao estímulo ansiogênico, atuando também na reestruturação de crenças centrais que sustentam os sintomas do TOC (Facco et al, 2024).

Os princípios fundamentais da EPR, ao desafiarem os rituais e o evitamento característicos do TOC, representam uma abordagem prática e eficiente na psicoterapia para este transtorno, e sua base em evidências experimentais e comportamentais demonstra o potencial de uma intervenção psicológica direta e baseada em princípios da aprendizagem (Cordioli, 2014; Leite, 2020).

4.2 Terapia de EPR no TOC

A Terapia de EPR é uma abordagem terapêutica, fundamentada nos princípios da Análise do Comportamento (AC), amplamente empregada no tratamento do TOC. De acordo com Cordioli (2014), a Terapia de EPR visa expor gradualmente o paciente a estímulos que provocam obsessões enquanto o desencoraja a realizar as respostas compulsivas associadas. Esse método possibilita ao indivíduo experimentar e, portanto, se habituar à ansiedade causada pelas obsessões, sem recorrer a rituais compulsivos (Cordioli, 2014).

A EPR tem como objetivo principal ajudar o paciente a enfrentar e tolerar as obsessões sem recorrer às compulsões (Calvano, 2023). Dada a sua eficácia comprovada, essa terapia ocupa um papel central nas abordagens comportamentais para o TOC (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017; Cordioli; Vivan; Braga, 2017; Fernandes, 2019; Petersen, 2019).

Um dos avanços mais notáveis no uso da EPR para o TOC foi observado em estudos recentes que reforçam sua eficácia na quebra do ciclo obsessivo-compulsivo. Facco et al. (2024) apontam que a análise detalhada das contingências de reforço envolvidas nos rituais compulsivos é essencial para compreender como as obsessões e compulsões são mantidas. Esses autores sugerem que a eficácia da EPR pode ser aumentada quando aliada a estratégias que integrem os aspectos culturais e sociais do paciente, visto que o TOC muitas vezes reflete valores e crenças do contexto em que o indivíduo está inserido. Além disso, a EPR tem demonstrado ser particularmente eficaz quando combinada com

outras técnicas comportamentais, como o treinamento em habilidades de regulação emocional e exercícios de enfrentamento gradativo (Leite, 2020; Cordioli, 2014).

Um aspecto fundamental no sucesso da EPR é a integração de técnicas complementares que auxiliam na adesão ao tratamento. Estudos recentes destacam a importância da entrevista motivacional como uma ferramenta eficaz para superar barreiras de adesão. Essa técnica visa motivar o paciente a se comprometer com o processo terapêutico, especialmente em situações em que há resistência inicial ou baixa aceitação da exposição aos estímulos ansiogênicos (Meyer et al, 2010; Bandinelli, Gonçalves & Fonseca, 2013; Bortoli; Francke, 2018). A combinação de EPR com intervenções motivacionais tem mostrado resultados promissores na redução da ansiedade e na habituação a estímulos geradores de obsessões, ampliando os benefícios terapêuticos da abordagem.

4.3 Teoria e Modelo Comportamental do TOC

A AC proporciona uma compreensão robusta do TOC por meio de uma visão que enfatiza a interação entre comportamentos e contingências ambientais, em detrimento de uma abordagem puramente biológica, como é comumente observada nas ciências médicas (Copque; Guilhardi, 2008; Gonçales; Pessini, 2016). Partindo do modelo de causalidade da seleção por consequências, a AC postula que o desenvolvimento de comportamentos obsessivos e compulsivos pode ser entendido como um processo de aprendizagem que ocorre em duas etapas distintas: a aquisição de respostas pelo condicionamento respondente e a manutenção dessas respostas por meio do condicionamento operante (Gonçales; Pessini, 2016; Duarte, 2006).

Nesse contexto, o comportamento compulsivo é visto como uma forma de esquiva frente a estímulos aversivos, que se intensifica com o reforço intermitente, um mecanismo que fortalece o vínculo entre o pensamento obsessivo e o comportamento compulsivo (Facco et al, 2024). Para Copque e Guilhardi (2008), essa relação funciona como um “elo de encadeamento”, onde a obsessão e a compulsão se interligam de modo a perpetuar o ciclo do TOC (Facco et al, 2024).

Com base na Análise do Comportamento, é importante destacar que o TOC também pode ser compreendido como uma adaptação evolutiva disfuncional. Modelos filogenéticos sugerem que comportamentos obsessivos e compulsivos

podem ter origem em mecanismos de sobrevivência, como o controle de riscos e a evitação de perigos. Abed e Pauw (1998) argumentam que esses comportamentos representam uma hiperatividade de sistemas cognitivos primitivos voltados para a prevenção de ameaças (Facco et al, 2024). Além disso, os níveis ontogenéticos e culturais influenciam diretamente a expressão do TOC, sendo que as experiências de reforçamento no ambiente social moldam a intensidade e a frequência dos comportamentos compulsivos (Copque; Guilhardi, 2008; Facco et al., 2024). Assim, uma abordagem integrada que considere essas influências pode ampliar significativamente a eficácia das intervenções terapêuticas.

Seguindo os princípios behavioristas, Skinner (2003) argumenta que as obsessões podem atuar como estímulos aversivos, promovendo a emissão de respostas de esquiva para reduzir o desconforto causado por esses pensamentos intrusivos (Skinner, 2003). Desse modo, a AC foca em identificar e modificar as contingências ambientais e históricas que sustentam o TOC, visto que esses comportamentos se manifestam em resposta a estímulos aversivos, os quais desencadeiam respostas de esquiva e evitativas características do transtorno (Abreu e Hübner, 2019).

Esse fenômeno, amplamente descrito na literatura analítico-comportamental, contribui para a perpetuação dos sintomas do TOC ao reforçar os comportamentos compulsivos que buscam evitar ou eliminar os sentimentos ansiosos associados a pensamentos negativos (Banaco; Zamignani, 2003; Duarte, 2006; Abreu e Hübner, 2019). Como resultado, o indivíduo que emite esses comportamentos tende a experimentar um alívio imediato, o que, consequentemente, reforça a frequência de tais respostas em situações futuras semelhantes (Duarte, 2006). Assim, Segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017), essas compulsões tornam-se habituais pela redução momentânea da ansiedade, que reforça o comportamento compulsivo.

Além disso, a AC distingue o papel das contingências sociais e culturais na modulação do comportamento obsessivo-compulsivo, sugerindo que, embora os padrões de esquiva possam ser inicialmente aprendidos de forma individual, eles são reforçados pelo ambiente social (Sampaio; Andery, 2012; Almeida, 2019). A manutenção desses comportamentos, assim, não se limita ao indivíduo, mas se estende ao seu grupo social, gerando uma cultura de respostas que reforça a esquiva de situações aversivas. Em última análise, a abordagem analítico-comportamental oferece uma explicação integrada, ao considerar que os

comportamentos relacionados ao TOC envolvem uma complexa interação entre estímulos ambientais, respostas comportamentais e reforçadores sociais, contribuindo para a persistência do transtorno (Gonçales; Pessini, 2016).

4.4 Eficácia da EPR no TOC

Dentre os tratamentos para o TOC, a EPR tem sido amplamente reconhecida por sua eficácia comprovada em diversos estudos, consolidando-se como uma das abordagens mais eficazes para a redução dos sintomas obsessivo-compulsivos. De acordo com Cordioli (2014), a EPR apresenta uma abordagem direta e sistemática, que visa à eliminação dos comportamentos compulsivos por meio do enfrentamento gradual e ordenado dos estímulos ansiógenos, promovendo a habituação e a consequente redução da resposta de ansiedade associada aos rituais compulsivos (Leite, 2020).

Além disso, a prática de EPR tem mostrado resultados positivos em pacientes humanos ao reduzir progressivamente a necessidade de realização dos rituais, como evidenciado nos experimentos clínicos realizados no Reino Unido nos anos 70 (Wolpe, 1981; Cordioli, 2014). Nesses estudos, foi constatado que os rituais de verificação e os comportamentos de evitação associados a diferentes fobias poderiam ser enfraquecidos e até mesmo eliminados com a prática da exposição gradual aos estímulos causadores de ansiedade, proporcionando aos pacientes uma significativa redução na frequência e intensidade dos sintomas de TOC. Segundo Cordioli (2014), essa abordagem permite ao paciente uma melhoria substancial na qualidade de vida, uma vez que promove a extinção dos comportamentos de verificação e evitações obsessivas que normalmente perpetuam o ciclo do TOC (Leite, 2020). Ademais, a EPR mostra-se eficaz em longo prazo, visto que pacientes que passam por essa terapia apresentam melhora consistente nos sintomas (Rodrigues et al, 2023; Cordioli, 2017).

Meyer (1966) foi pioneira ao aplicar técnicas comportamentais, como a exposição em vivo, em pacientes com TOC, demonstrando que a dessensibilização sistemática também poderia ser efetiva no tratamento de sintomas obsessivo-compulsivos (Cordioli, 2014). Essa técnica, que consistia em expor o paciente a situações ansiogênicas sem a realização dos rituais compulsivos, revelou-se eficaz na quebra do ciclo de reforço negativo que mantém os sintomas

do TOC. Para Meyer (1966), EPR poderiam ajudar os pacientes a desenvolverem uma nova resposta frente aos estímulos, promovendo uma dessensibilização progressiva e favorecendo a quebra do círculo vicioso de ansiedade e compulsão (Leite, 2020).

Cordioli (2014) enfatiza que a eficácia da EPR reside no seu enfoque em quebrar esse ciclo, pois ao impedir que o paciente execute os comportamentos de evitação, a EPR permite a habituação e a extinção gradual da resposta de ansiedade frente aos estímulos fóbicos, alcançando taxas de sucesso significativas, superiores a 70% entre os pacientes que aderem ao tratamento (Gonçales; Pessini, 2016). Assim, em comparação com outras abordagens, a EPR é considerada uma das estratégias mais robustas e efetivas, pois visa modificar diretamente o mecanismo de manutenção das compulsões (Rodrigues et al, 2023).

Além disso, é importante ressaltar que a EPR tem sua eficácia comparada de tratamentos farmacológicos especialmente com Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e clomipramina, que tem sido amplamente utilizada e com bons resultados (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017; Calvano, 2023; Oliveira,). Desse modo, a EPR é amplamente recomendada como intervenção de primeira linha para o TOC, contribuindo para o avanço das práticas clínicas em saúde mental (Scholl et al, 2017; Cavalcante et al, 2024).

Estudos recentes corroboram a eficácia da EPR ao enfatizar sua aplicação em contextos diversos, incluindo populações que enfrentam barreiras culturais ou sociais para acesso ao tratamento. Martins e da Silva (2022) destacam que o sucesso da EPR depende não apenas da aplicação técnica, mas também da compreensão do ambiente e das contingências que reforçam os comportamentos obsessivo-compulsivos. Por outro lado, estudos como os de Leite (2020) evidenciam que a EPR é particularmente eficaz em casos onde há alta aderência às tarefas entre sessões, sugerindo que a combinação de estratégias de reforço positivo pode ampliar a resposta terapêutica. A integração dessa técnica com terapias baseadas em aceitação tem mostrado promissor efeito na redução de recaídas em longo prazo (Gonçales; Pessini, 2016).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Este trabalho tem natureza de revisão narrativa de literatura, em outras palavras uma revisão bibliográfica. Ou seja, consiste em um trabalho acadêmico que se baseia em material já publicado, como livros, revistas, jornais, teses e dissertações (Gil, 2017). Através desse tipo de pesquisa é possível destacar a contribuição de autores, demonstrar contradições e discrepâncias entre estudos e comparar resultados obtidos em diferentes contextos (Marconi; Lakatos, 2017). Assim, essa pesquisa tem como foco a narração e descrição do conhecimento existente para proporcionar uma compreensão narrativa e contextualizada do tema.

A escolha pela revisão narrativa da literatura apresenta vantagens importantes para este trabalho. Por sua flexibilidade metodológica, essa abordagem permite integrar diferentes perspectivas teóricas e empíricas, favorecendo uma análise mais ampla do tema. Além disso, possibilita o resgate histórico e conceitual das terapias analisadas, permitindo uma construção interpretativa que vai além da simples descrição de resultados, sendo especialmente útil em contextos onde há diversidade de métodos e enfoques nos estudos disponíveis.

5.2 Coleta de dados

A coleta de dados seguiu as fases recomendadas por Marconi e Lakatos (2017) para pesquisa bibliográfica. Inicialmente, o problema de pesquisa foi formulado com base na questão central: "Quais as diferenças de eficácia entre a TCC e a EPR no tratamento do TOC?". Em seguida, elaborou-se o plano de trabalho e, a partir disso, foi feita a identificação das fontes de pesquisa. A coleta de material bibliográfico foi realizada utilizando bases de dados como Google Scholar, Scielo, Pubmed e BVS. As palavras-chave utilizadas incluíram "Transtorno Obsessivo-Compulsivo", "Terapia Cognitivo-Comportamental" e "Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas". Foram selecionadas publicações relevantes dos últimos 10 anos, com exceção de trabalhos de alta relevância anterior a esse período, que ainda influenciam a área de estudo.

Os materiais coletados passaram por um processo de triagem, onde obras que não se adequavam diretamente ao tema ou apresentavam dados redundantes foram descartadas. Somente os estudos mais pertinentes e com maior relevância científica foram selecionados para análise.

5.3 Abordagem teórica

As bases teóricas deste estudo fundamentam-se nas abordagens Cognitiva e Comportamental através das psicoterapias: TCC e EPR, cujas aplicações têm sido amplamente estudadas no contexto do TOC. A TCC, como descrita por Beck (2013), foca na modificação de pensamentos e crenças disfuncionais que mantêm o ciclo de obsessões e compulsões; enquanto a EPR, como definida por Cordioli (2014), utiliza a exposição gradual a estímulos que provocam ansiedade com a prevenção dos comportamentos compulsivos, visando à habituação e à redução do sofrimento. Ambos os métodos são comparados de forma crítica neste trabalho, utilizando-se uma revisão ampla de estudos que mensuram a eficácia de cada abordagem.

5.4 Procedimento de análise de dados

A análise dos dados seguiu uma abordagem qualitativa, com a interpretação crítica da literatura revisada. O processo de análise consistiu em identificar, comparar e discutir os resultados obtidos nos estudos sobre a eficácia da TCC e da EPR. Essa análise foi realizada a partir de uma decomposição dos elementos centrais encontrados na bibliografia, conforme sugerido por Lakatos (2017), para articular os diferentes referenciais teóricos e alcançar uma compreensão aprofundada do problema. A análise buscou identificar padrões, discrepâncias e lacunas na literatura existente, com o objetivo de responder à pergunta de pesquisa de maneira objetiva e fundamentada.

Com base nas evidências reunidas, o estudo se propõe a realizar uma comparação detalhada entre as duas abordagens terapêuticas. A interpretação dos resultados focará em identificar quais intervenções são mais eficazes para reduzir sintomas, melhorar a qualidade de vida e garantir benefícios terapêuticos duradouros para pacientes com TOC. Assim, espera-se que a pesquisa ofereça

subsídios teóricos e práticos tanto para profissionais da área da saúde mental quanto para futuros estudos sobre o tema

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise crítica dos estudos revisados permitiu identificar padrões e divergências na eficácia das TCC e EPR no tratamento do TOC. Assim, tanto a TCC quanto a EPR se consolidam como estratégias bem fundamentadas empiricamente, mas suas particularidades revelam diferentes níveis de efetividade dependendo de fatores como o tipo de sintoma, a gravidade do quadro e o perfil do paciente. Além disso, ambos os métodos demonstraram reduções significativas nos sintomas obsessivo-compulsivos, conforme mensurado por escalas validadas, como a Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Contudo, diferenças sutis em eficácia, adesão e manutenção dos resultados emergiram como pontos centrais para discussão.

Estudos como os de Sookman (2018) e Rodrigues et al. (2023) evidenciaram que a TCC promoveu reduções médias de 42% a 57% nos sintomas do TOC. A ênfase na reestruturação cognitiva, especialmente em modalidades como a TCP, mostrou-se particularmente eficaz em casos associados a crenças disfuncionais de responsabilidade excessiva e perfeccionismo. Adicionalmente, observou-se que a TCC oferece benefícios adicionais ao atuar também sobre comorbidades frequentemente associadas ao TOC, como depressão e ansiedade generalizada (Hofmann et al., 2018). Esse achado reforça o valor de uma abordagem que não apenas atua sobre os sintomas centrais do transtorno, mas também considera o bem-estar emocional global do indivíduo.

Conforme Rodrigues et al. (2023), a TCP reduziu os sintomas em 47,1% do pré-tratamento para o pós-tratamento, enquanto a EPR alcançou 43,1%. Em acompanhamento de 12 meses, a TCP manteve uma redução de 52,6%, contrastando com 44% na EPR. Esses achados corroboram que a abordagem cognitiva, ao modificar esquemas centrais, gera mudanças mais sustentáveis, mesmo em pacientes com histórico de resistência a tratamentos anteriores, destacando-se pela estabilidade dos resultados em longo prazo.

Por outro lado, a EPR destacou-se pela eficácia imediata na redução de comportamentos compulsivos, com taxas de sucesso superiores a 70% em pacientes que aderiram integralmente ao protocolo (Cordioli, 2014; Gonçales; Pessini, 2016). A exposição gradual, aliada à prevenção de rituais, mostrou-se eficaz na quebra do ciclo de reforço negativo, especialmente em compulsões

motoras, como verificações e lavagens. Contudo, a adesão à EPR enfrentou desafios significativos, principalmente em pacientes com sintomas graves ou rituais mentais, nos quais a ausência de comportamentos observáveis dificulta a aplicação clássica da técnica (Boisseau et al., 2020; Petersen, 2019). A ansiedade inicial exacerbada durante as exposições também foi apontada como fator de abandono precoce, destacando a necessidade de estratégias complementares, como entrevistas motivacionais, para aumentar a tolerância ao desconforto (Bandinelli et al., 2013; Bortoli; Francke, 2018).

A comparação direta entre as abordagens revelou que, embora ambas sejam eficazes, a TCC apresentou vantagens em termos de manutenção dos ganhos terapêuticos. Estudos de follow-up (Rodrigues et al., 2023; Cordioli, 2017) indicaram que pacientes submetidos à TCC mantiveram reduções sintomáticas estáveis após 12 meses, enquanto os tratados com EPR tiveram taxas modestas de recaída, possivelmente devido à menor ênfase na modificação de crenças subjacentes. Essa diferença ressalta a importância de integrar componentes cognitivos e comportamentais, conforme proposto por Cordioli (2014), que defende a combinação de técnicas de exposição com reestruturação cognitiva para otimizar resultados.

As limitações metodológicas dos estudos revisados, como amostras pequenas e heterogeneidade nos protocolos terapêuticos, impedem generalizações amplas. Por exemplo, a pesquisa de Wilhelm et al. (2005) incluiu apenas 15 participantes, enquanto Rodrigues et al. (2023) analisaram 26 casos, o que não interfere na coerência dos ensaios clínicos, mas restringe sua robustez estatística. Além disso, a maioria dos estudos focou em populações adultas, deixando lacunas sobre a eficácia em adolescentes e idosos. Futuras pesquisas devem priorizar ensaios clínicos randomizados com amostras maiores, além de investigar adaptações culturais e a integração de tecnologias, como terapia online, para ampliar o acesso a tratamentos baseados em evidências.

Os resultados corroboram a TCC e a EPR como intervenções válidas para o TOC, cada uma com nichos de aplicação preferenciais. A EPR é indicada para compulsões comportamentais e casos com alta adesão inicial, enquanto a TCC, especialmente em formatos inovadores como a TCP, mostra-se superior em pacientes com crenças disfuncionais enraizadas e demandas por resultados duradouros. A escolha entre as abordagens deve considerar o perfil

sintomatológico, a disponibilidade do paciente para enfrentar exposições aversivas e a necessidade de intervenções cognitivas profundas.

7 CONCLUSÃO

A conclusão deste trabalho reafirma que, frente ao TOC, tanto a TCC quanto EPR demonstram eficácia no manejo dos sintomas obsessivo-compulsivos, ainda que cada abordagem apresente características e vantagens distintas. A análise aprofundada dos estudos revisados permitiu constatar que, embora ambas as intervenções resultem em reduções significativas dos sintomas, conforme evidenciado por escalas validadas como a Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, a EPR mostra-se consistentemente capaz de proporcionar uma redução imediata dos comportamentos compulsivos, embora desafios referentes à adesão e à tolerância à ansiedade tenham sido observados, sugerindo que, em certos casos, a eficácia imediata pode ser comprometida por fatores externos, como a intensidade dos sintomas ou a resistência do paciente. Por sua vez, a TCC destacou-se na manutenção dos ganhos terapêuticos a longo prazo, principalmente por sua capacidade de promover alterações nos padrões de pensamento disfuncionais e na reestruturação de crenças centrais.

Este trabalho também evidenciou que a integração de elementos motivacionais, tais como a entrevista motivacional, ao protocolo da EPR pode melhorar significativamente a adesão e, consequentemente, os resultados terapêuticos, uma estratégia que deve ser considerada em futuras investigações. Assim, recomenda-se que pesquisas futuras investiguem a eficácia das terapias em diferentes contextos culturais e faixas etárias, incluindo a população infantil, adolescente e idosa.

Por fim, a presente revisão narrativa conclue que a escolha entre TCC e EPR deve ser pautada no perfil sintomatológico e na capacidade de adesão do paciente, além de considerar a necessidade de intervenções mais profundas que promovam mudanças cognitivas duradouras. Assim, embora ambas as abordagens sejam viáveis e eficazes, a TCC aparece como uma possível alternativa que, ao agir tanto na esfera cognitiva quanto comportamental, sugerindo uma superação mais consistente dos sintomas do TOC. Essa conclusão não apenas reforça a importância da utilização de terapias fundamentadas em evidências, mas também abre caminho para que futuras pesquisas possam aprimorar e integrar técnicas que potencializem os benefícios terapêuticos, contribuindo para o avanço das práticas clínicas e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABED, Riadh T; DE PAUW, Karel W. An evolutionary hypothesis for obsessive compulsive disorder: a psychological immune system?. **Behavioural neurology**, v. 11, n. 4, p. 245–250, 1998.
- ALMEIDA, Paola E. de M. et al. Estratégias metodológicas para avaliação e análise funcional do comportamento obsessivo-compulsivo. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 21, n. 3, p. 366-385, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BANACO, Roberto Alves; ZAMIGNANI, Denis Roberto. Lavar... Arrumar... Contar... Quando as manias se tornam um problema. In: BRANDÃO, Maria Zilah da Silva; CONTE, Fátima de Souza; MEZZAROBA, Solange Maria Beggiato. **Comportamento humano:** tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor. Santo André: Esetec, 2003. p. 100-128.
- BANDINELLI, Lucas Poitevin; GONÇALVES, Hosana Alves; FONSECA, Rochele Paz. **A entrevista motivacional e sua aplicabilidade em diferentes contextos:** uma revisão sistemática. *Diaphora*, v. 2, n. 1, p. 26-34, 2013.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BELLOCH, Amparo; RONCERO, María; PERPIÑÁ, Conxa. Obsessional and eating disorder-related intrusive thoughts: Differences and similarities within and between individuals vulnerable to OCD or to EDs. **European Eating Disorders Review**, v. 24, n. 6, p. 446-454, 2016.
- BOISSEAU, Christina L. et al. **Phenomenology of OCD.** The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Anxiety, Trauma, and OCD-Related Disorders, p. 249, 2020.
- BORTOLI, Bruno Almeida de; FRANCKE, Ingrid Ávila. Tratamento psicoterápico do transtorno obsessivo-Compulsivo: perspectivas da terapia cognitivo-comportamental e terapia analítico-comportamental. **Aletheia**, v. 51, n. 1 e 2, 2018.
- BRANDT, Valerie C. et al. **The temporal relationship between premonitory urges and covert compulsions in patients with obsessive-compulsive disorder.** *Psychiatry Research*, v. 262, p. 6-12, 2018.
- CALVANO, Renata Abadi et al. **Análise da terapia de exposição e prevenção de resposta no transtorno obsessivo compulsivo (TOC): uma revisão narrativa.** TCC do curso de medicina UFSC, Florianópolis, 2023.

CAVALCANTE, Rafael Leituga de Carvalho. et al. FARMACOTERAPIA NO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC): BENEFÍCIOS E DESAFIOS NA PERSONALIZAÇÃO DO TRATAMENTO. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 4928-4935, 2024.

CARVALHO, Marcele Regine de; NARDI, Antonio Egidio; RANGÉ, Bernard. Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, p. 66-73, 2008.

CARDOZO, Jhessyka Burgatti et al. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) E NEUROIMAGEM. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 1711-1736, 2024.

COPQUE, HELEN; GUILHARDI, HÉLIO JOSÉ. O modelo comportamental na análise do TOC. **Sobre comportamento e cognição. Análise comportamental aplicada**, v. 21, p. 61-72, 2008.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **A terapia de exposição e prevenção de resposta: histórico, fundamentos e técnicas**. Capítulo 2 do livro “TOC” 2a Edição: Artmed, 2014.

CORDIOLI, Aristides Volpato; VIVAN, Analise de Souza; BRAGA, Daniela Tusi. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas**. 3. ed Artmed Editora, 2017.

DUARTE, Ana Luiza Rabello Mendes. **A aprendizagem comportamental por regras no transtorno obsessivo-compulsivo**. 2006.

FACCO, Raphael Cabral et al. Um estudo do toc sob a ótica da análise do comportamento a partir das variáveis de controle dos três níveis de seleção por consequências: filogenético, ontogenético e cultural. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 5, n. 5, 2024.

FERNANDES, Priscila Assumpção; CARVALHO, Marcele Regine de. Alterações neurobiológicas verificadas a partir do tratamento com Terapia Cognitivo-comportamental no Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, 2016.

FERNANDES, Ângela Rayane Rodrigues. **O Transtorno obsessivocompulsivo (TOC) e suasrepercussões no processo de ensino aprendizagem**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONÇALES, Anderson Aguiar; PESSINI, Maria Adelaide. Técnicas interventivas baseadas na análise do comportamento adotadas para o tratamento de transtorno obsessivo compulsivo (TOC). **Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 24, n. 1, 2016.

GOODMAN, Wayne K. et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. **Archives of general psychiatry**, v. 46, n. 11, p. 1006-1011, 1989.

HOFMANN, Stefan G.; HAYES, Steven C. TCC Moderna CBT: Movendo-se em direção a terapias baseadas em processos. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 14, n. 2, p. 77-84, 2018.

KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Artmed Editora, 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 8 ed. - São Paulo: Atlas, 2017.

LEITE, Madson Marcio de Farias. **A eficácia da análise do comportamento no tratamento a pacientes com transtorno obsessivo compulsivo (TOC)**. Id on Line Rev.Mult. Psic., Maio/2020, vol.14, n.50, p. 513-529. ISSN: 1981-1179.

NEUFELD, C. B.; FALCONE, E. M. O.; RANGÉ, B. **ProCognitiva: Programa de atualização em terapia cognitiva comportamental (ciclo 2, Vol. 2)**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

OLIVEIRA, Tamires Cardoso de et al. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 9, p. 303-310, 2024.

PAULS, David L. et al. **Obsessive-compulsive disorder**: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 15, n. 6, p. 410-424, 2014.

PETERSEN, Marcela Leão. **A terapia cognitivo-comportamental no tratamento das compulsões mentais**. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 15, n. 2, p. 92-99, 2019.

RODRIGUES, Leonardo Pereira 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, 2023.

RODRIGUES, Leonardo. Comparação das terapias cognitiva e comportamental individual e em grupo versus farmacoterapia no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista FSA (Centro Universitário Santo Agostinho)**, v. 5, n. 1, 2014.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Acott; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SAMPAIO, Angelo AS; ANDERY, M. A. P. A. Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental. **Clínica Analítico-Comportamental**, p. 77-86, 2012.

SCHOLL, Carolina Coelho et al. **Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo**: um estudo com usuários da Atenção Básica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1353-1360, 2017.

SOOKMAN, Debbie. Specialized cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. **Science and Practice in Cognitive Therapy: Foundations, Mechanisms, and Applications**, p. 335, 2018.

SORTE, Débora Amorim Meira Boa; ZANINI, Marcio. **Estimulação cerebral profunda para tratamento de casos refratários de transtorno obsessivo compulsivo**. Revista Científica do Iamspe, v. 11, n. 3, 2022.

MARTINS, Mayra Fernandes; DA SILVA, Maria Romilda. Estudo sobre transtornos obsessivocompulsivos: diagnóstico, influências dos mecanismos neuropsicológicos, causas e tratamento. **Multitemas**, p. 89–110, 2022.

MEYER, Elisabeth, SHAVITT, Roseli G; LEUKEFELD, Carl; et al. **Adding motivation interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral therapy: Results from a randomized clinical trial**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 32(1), 20-29. 2014.

MEYER, Victor. **Modification of expectations in cases with obsessional rituals**. Behaviour research and therapy, v. 4, n. 4, p. 273-280, 1966.

NEIL, Nicole et al. **Effects of group functional behavior-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive behavior in a youth with autism spectrum disorder**. Child & Family Behavior Therapy, v. 39, n. 3, p. 179-190, 2017.

TURCATO, Vitoria; DOS SANTOS CALISTRO, Sarah Renata; HNEDA, Michelly. Fundamentos básicos sobre a terapia cognitivo comportamental. **Anais da Jornada Científica dos Campos Gerais**, v. 19, n. 1, 2021.

WRIGHT, Jesse Harrison; BASCO, Monica Ramirez; THASE, Michael Edward. **Aprendendo a terapia cognitivocomportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed. 2008

WILHELM, Sabine et al. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. **Behaviour research and therapy**, v. 65, p. 5-10, 2015.

WOLPE, Joseph. The dichotomy between classical conditioned and cognitively learned anxiety. **Journal of behavior therapy and experimental psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 35-42, 1981.