

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA: AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA DOENÇA E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Trabalho submetido por
Natália Maria Lameira Barata
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Outubro de 2025

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA: AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA DOENÇA E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Trabalho submetido por
Natália Maria Lameira Barata
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Prof.^a Doutora Isabel Margarida Costa

e coorientado por
Prof.^a Doutora Alexandra Figueiredo

Outubro de 2025

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de expressar a minha profunda gratidão para com a minha orientadora, Prof.^a Doutora Isabel Margarida Costa, pela orientação atenta, pelos conselhos valiosos e pela disponibilidade constante ao longo deste trabalho. Agradeço também à minha co-orientadora, Prof.^a Doutora Alexandra Figueiredo, pela sua orientação e por sempre se ter demonstrado inteiramente disponível para me ajudar. Não podia também deixar de agradecer à instituição, a Egas Moniz, que durante cinco anos se tornou numa segunda casa e que será sempre recordada com muito orgulho.

Aos grandes amigos que a faculdade me deu - Tatiana, Pedro e Inês - que se tornaram verdadeiros irmãos, um enorme obrigada. Obrigada por serem um apoio e uma motivação constante neste processo de escrita e, sobretudo, ao longo deste nosso percurso académico.

Ao meu namorado, pelo suporte a todos os níveis durante todo o meu percurso. Foste sempre um pilar para mim e sempre me apoiaste mesmo nos momentos mais desafiantes.

À minha família - mãe, irmão, cunhada e sobrinha - por serem um apoio incondicional, por me darem sempre a força de que precisava e por me demonstrarem constantemente o quão orgulhosos estão de mim e do meu percurso.

Este meu percurso académico foi um desafio enorme e, este trabalho, encerra um ciclo muito importante para mim. Assim, não posso deixar de expressar o orgulho que tenho em mim mesma por todo o esforço e força de vontade até aqui.

Resumo

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma condição psiquiátrica crónica e incapacitante, caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões. Estima-se que afete aproximadamente 1 a 4% da população mundial, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos doentes. Apesar da sua prevalência, persistem ainda concepções erradas e algum estigma em torno da doença, o que pode dificultar o diagnóstico precoce e até mesmo a adesão ao tratamento.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a perceção da população relativamente à POC e às suas opções terapêuticas, através de uma investigação exploratória realizada sob a forma de questionário. Adicionalmente, através de um infográfico disponibilizado no final do questionário, pretendeu-se contribuir para a literacia em saúde sobre a POC e corrigir perceções erróneas sobre a doença.

Foi realizada uma revisão da literatura relativamente à POC e feita uma investigação mista através de um questionário aplicado online com 546 participantes.

Os resultados mostraram que 90,3% dos participantes já tinham ouvido falar da POC, contudo apenas 58% sabiam que se tratava de uma perturbação de ansiedade.

Apesar do satisfatório conhecimento geral da população sobre a POC, persistem ainda lacunas no que diz respeito ao papel dos medicamentos no seu tratamento. A população encontra-se mais sensibilizada para o recurso à psicoterapia no tratamento da POC do que para a terapêutica farmacológica. Estes resultados destacam a importância de promover a literacia em saúde sobre esta perturbação, especialmente em relação às opções de tratamento disponíveis, contribuindo para um diagnóstico precoce, incentivo à procura de ajuda e adesão ao tratamento.

Palavras-chave: POC; tratamento; obsessões; compulsões

Abstract

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a chronic and disabling psychiatric condition characterized by the presence of obsessions and/or compulsions. It is estimated to affect approximately 1 to 4% of the global population, significantly compromising patients' quality of life. Despite its prevalence, misconceptions and stigma surrounding the disorder still persist, which may hinder early diagnosis and even adherence to treatment.

The present study aimed to assess the population's perception regarding OCD and its therapeutic options through an exploratory investigation conducted via a questionnaire. Additionally, by providing an infographic at the end of the questionnaire, the study sought to contribute to health literacy about OCD and correct erroneous perceptions about the disorder.

A literature review on OCD was conducted, and a mixed-methods investigation was carried out using an online questionnaire completed by 546 participants.

The results showed that 90.3% of participants had heard of OCD; however, only 58% knew that it is an anxiety disorder. Despite the generally satisfactory level of public knowledge about OCD, gaps remain regarding the role of medications in its treatment. The population appears to be more aware of psychotherapy as a treatment for OCD than pharmacological therapy. These findings highlight the importance of promoting health literacy about this disorder, particularly regarding the available treatment options, contributing to early diagnosis, encouraging help-seeking behavior, and improving adherence to treatment.

Keywords: OCD; treatment; obsessions; compulsions

Índice

<i>Índice de Figuras</i>	7
<i>Índice de Tabelas</i>	9
<i>Lista de abreviaturas</i>	11
<i>Introdução</i>	13
<i>Parte I: CARACTERIZAÇÃO DA POC, TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA</i>	17
1. <i>Caracterização da POC</i>	17
1.1. <i>Definição e Classificação</i>	17
1.2. <i>Fisiopatologia</i>	18
1.2.1. <i>Alterações neurofisiológicas</i>	18
1.2.2. <i>Alterações neuroquímicas</i>	19
1.2.3. <i>Alterações genéticas</i>	20
1.3. <i>Epidemiologia</i>	21
1.4. <i>Etiologia e Fatores de Risco</i>	22
1.5. <i>Sintomatologia</i>	23
1.6. <i>Diagnóstico</i>	25
2. <i>Terapêutica Farmacológica</i>	27
2.1. <i>Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina</i>	27
2.1.1. <i>Mecanismo de Ação</i>	27
2.1.2. <i>Efeitos Adversos</i>	27
2.1.3. <i>Crítérios de seleção, dosagem e duração do tratamento</i>	29
2.1.4. <i>Alterações Terapêuticas</i>	30
2.2. <i>Clomipramina</i>	31
2.2.1. <i>Mecanismo de Ação</i>	32
2.2.2. <i>Efeitos Adversos</i>	32
2.2.3. <i>Contraindicações</i>	33
2.3. <i>Outras abordagens terapêuticas</i>	33
2.3.1. <i>Antipsicóticos</i>	33
2.3.2. <i>Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina</i> ..	35
2.3.3. <i>Cetamina</i>	35
2.3.4. <i>N-acetilcisteína</i>	36
3. <i>Terapêutica não Farmacológica</i>	39
3.1. <i>Psicoterapia</i>	39
3.1.1. <i>Exposição e Prevenção de Resposta</i>	39
3.1.2. <i>Terapia Cognitiva</i>	40
3.2. <i>Neuromodulação</i>	41
3.2.1. <i>Estimulação Cerebral Profunda</i>	41
3.2.2. <i>Estimulação Magnética Transcraniana</i>	42
3.3. <i>Capsulotomia anterior radiocirúrgica estereotática</i>	43

3.4.	<i>Suplementos alimentares</i>	43
3.4.1.	<i>Vitaminas e minerais</i>	43
3.4.2.	<i>Produtos à base de plantas</i>	44
3.5.	<i>Outras abordagens não farmacológicas</i>	45
3.5.1.	<i>Alimentação</i>	45
3.5.2.	<i>Exercício físico</i>	46
3.5.3.	<i>Meditação e acupuntura</i>	46
3.5.4.	<i>Nicotina</i>	47
<i>Parte II - ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A PERCEÇÃO DA DOENÇA</i>		49
4.	<i>Materiais e Métodos</i>	49
4.1.	<i>Tipo de estudo</i>	49
4.2.	<i>Conceção do questionário</i>	49
4.3.	<i>Divulgação do questionário</i>	50
4.4.	<i>Crítérios de inclusão e de exclusão</i>	50
4.5.	<i>Recolha e análise dos dados</i>	51
5.	<i>Resultados e Discussão</i>	53
5.1.	<i>Caracterização sociodemográfica dos participantes</i>	53
5.2.	<i>Caracterização da percepção da doença por parte da população</i>	54
5.3.	<i>Caracterização da percepção da terapêutica nos doentes com POC</i>	60
5.4.	<i>Profissionais de saúde</i>	64
5.3.	<i>Discussão dos resultados</i>	71
5.4.	<i>Limitações do estudo</i>	72
<i>Conclusão</i>		75
<i>Anexos</i>		
<i>Anexo I – Questionário</i>		
<i>Anexo II – Infográfico</i>		
<i>Anexo III – Consentimento Informado</i>		

Índice de Figuras

Figura 1 - Principais alvos da ECP utilizados em pacientes com POC resistente.....	42
Figura 2 – Distribuição percentual dos participantes que já tinham ouvido falar da POC (N=546)	55
Figura 3 - Distribuição percentual dos participantes com diagnóstico médico de POC (N=493)	56
Figura 4 - Distribuição percentual dos participantes com um familiar ou amigo diagnosticado com POC (N=493)	56
Figura 5 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto ao tipo de perturbação que consideram ser a POC (N=493)	57
Figura 6 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto ao que pensam ser os principais sintomas da POC (N=493)	58
Figura 7 - Distribuição percentual das respostas dos participantes sobre os fatores percebidos como causas do surgimento da POC (N=493)	59
Figura 8 - Distribuição percentual das respostas dos participantes à questão sobre a possibilidade de tratamento da POC com psicoterapia (N=493).....	60
Figura 9 - Distribuição percentual das respostas dos participantes à questão sobre a possibilidade de tratamento da POC com medicamentos (N=493).....	60
Figura 10 - Distribuição percentual das respostas dos participantes relativamente à classe farmacológica dos medicamentos mais utilizados no tratamento da POC (N=286).	61
Figura 11 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto aos efeitos secundários mais comuns associados aos antidepressivos no tratamento da POC (N=286).....	62
Figura 12 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto ao tempo, em média, que o tratamento farmacológico deve ser mantido (N=286)	63
Figura 13 - Distribuição percentual dos participantes acerca da possibilidade da recorrência dos sintomas da POC após descontinuação dos medicamentos (N=286)	63
Figura 14 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto aos sintomas de descontinuação mais comuns associados ao uso prolongado de ISRS (% , N=286).....	64
Figura 15 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=52) e dos NPS (N=441) quanto ao tipo de perturbação que consideram ser a POC	65
Figura 16 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=52) e dos NPS (N=441) sobre os fatores percebidos como causas do surgimento da POC.....	67
Figura 17 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=52) e dos NPS (N=441) sobre a possibilidade de tratamento da POC com medicamentos	68
Figura 18 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=50) e dos NPS (N=236) relativamente à classe farmacológica dos medicamentos mais utilizados no tratamento da POC	68
Figura 19 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=50) e NPS (N=236) quanto aos efeitos secundários mais comuns dos antidepressivos no tratamento da POC.....	69
Figura 20 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=50) e dos NPS (N=236) quanto ao tempo, em média, que o tratamento farmacológico deve ser mantido	69
Figura 21 - Distribuição percentual dos PS (N=50) e NPS (N=236) acerca da possibilidade da recorrência dos sintomas da POC após descontinuação dos medicamentos	70
Figura 22 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=50) e dos NPS (N=236) quanto aos sintomas de descontinuação mais comuns associados ao uso prolongado de ISRS	70

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Prevalência da POC de acordo com os dados da <i>World Mental Health</i>	21
Tabela 2 - Fatores de risco e sintomas da POC	25
Tabela 3 - Frequência dos efeitos adversos da sertralina, escitalopram e fluoxetina	28
Tabela 4 - Dosagens dos ISRS no tratamento da POC	29
Tabela 5 - Dosagens da clomipramina no tratamento da POC	31
Tabela 6 - Efeitos adversos da clomipramina	32
Tabela 7 - Resumo da terapêutica farmacológica de 1ª e 2ª linha	33
Tabela 8 - Distribuição percentual dos participantes do questionário segundo as características sociodemográficas	53
Tabela 9 - Distribuição percentual dos estudantes universitários pelos diferentes cursos...54	
Tabela 10 - Distribuição percentual das respostas dos PS e dos NPS quanto ao que pensam ser os principais sintomas da POC	66

Lista de abreviaturas

ALIC – Membro Anterior da Cápsula Interna (*Anterior Limb of the Internal Capsule*)

BNST – Núcleo do Leito da Estria Terminal (*Bed Nucleus of Stria Terminalis*)

CA – Capsulotomia Anterior

CCA – Córtex Cingulado Anterior

COF – Córtex Orbitofrontal

CSTC – Circuito Cortico-Estriado-Talamo-Cortical (*Cortico-Striato-Thalamo-Cortical loop*)

CTeSP – Curso Técnico Superior Profissional

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

ECP – Estimulação Cerebral Profunda

EMA – Agência Europeia do Medicamento (*European Medicines Agency*)

EMT – Estimulação Magnética Transcraniana

ENIGMA – *Enhancing Neuro Imaging Genetics through Meta-Analysis*

EPR – Exposição e Prevenção de Resposta

FDA – *Food and Drug Administration*

GABA – Ácido gama-aminobutírico (*Gamma-Aminobutyric Acid*)

ICD-11 – Classificação Internacional de Doenças 11^a Revisão (*International Classification of Diseases 11th Revision*)

ISRSN – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

ITP – Pedúnculo Talâmico Inferior (*Inferior Thalamic Peduncle*)

MFB – Feixe Procencefálico Medial (*Medial Forebrain Bundle*)

NA – Noradrenalina

NAc – Núcleo Accumbens (*Nucleus Accumbens*)

NAC – N-acetilcisteína (*N-acetylcysteine*)

NPS – Não Profissional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PS – Profissional de Saúde

STN – Núcleo Subtalâmico (*Subthalamic Nucleus*)

TC – Terapia Cognitiva

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

VC – Cápsula Ventral (*Ventral Capsule*)

VS – Estriado Ventral (*Ventral Striatum*)

Y-BOCS – Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*)

Introdução

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma perturbação neuropsiquiátrica crónica (Singh et al., 2023) e debilitante (Song et al., 2022), que afeta aproximadamente 1-4% da população mundial (Brock et al., 2024; Pampaloni et al., 2024). Esta condição é caracterizada pela presença de obsessões e/ou compulsões, sendo as obsessões tipicamente pensamentos, imagens ou impulsos, percebidos como indesejados e frequentemente associados a ansiedade, enquanto as compulsões correspondem a comportamentos ou atos mentais repetitivos que o indivíduo sente necessidade de executar em resposta a uma obsessão (WHO, 2025).

A fisiopatologia da POC envolve alterações a nível neurofisiológico, sobretudo no circuito cortico-estriado-talamo-cortical (CSTC); neuroquímico, nomeadamente nas vias serotoninérgica, dopaminérgica e glutamatérgica (Mattina et al., 2020; Pastre et al., 2025; Pittenger, 2023); e a nível genético (Jalal et al., 2023; Pastre et al., 2025).

No tratamento da POC, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) encontram-se amplamente estudados e são recomendados como primeira linha farmacológica e não farmacológica, respetivamente (Mahjani et al., 2021). Estas abordagens terapêuticas podem ser utilizadas em monoterapia ou em combinação, de acordo com a gravidade da POC (Mao et al., 2022). Contudo, 40-60% dos doentes não respondem adequadamente ao tratamento com ISRS, sendo necessário recorrer a alternativas farmacológicas, como a clomipramina ou a associação de antipsicóticos (Brock et al., 2024). Outros fármacos, como a N-acetilcisteína e a cetamina, também têm demonstrado potencial terapêutico, embora sejam ainda necessários mais estudos para confirmar a sua eficácia (Palma et al., 2024; Roh et al., 2023; Sonia et al., 2025).

No que respeita à psicoterapia, a TCC, e em particular a Terapia de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), apresenta boas taxas de sucesso no tratamento da POC (Mao et al., 2022). Ainda assim, em casos refratários, que não respondem às opções terapêuticas convencionais, pode ser necessário recorrer a estratégias adicionais, incluindo técnicas de neuromodulação, como a estimulação cerebral profunda ou a estimulação magnética transcraniana (Brock et al., 2024), e, em situações mais graves, procedimentos cirúrgicos, como a Capsulotomia Anterior (CA) (Gupta et al., 2024).

Medidas complementares, como alimentação (Dawson et al., 2025; Lounici et al., 2024; Nguyen et al., 2021), prática de exercício físico (Bottoms et al., 2023), meditação e acupuntura (Lee et al., 2022; Tian et al., 2020) têm demonstrado benefícios como adjuvantes na POC. Contudo, as evidências disponíveis ainda são limitadas, sendo necessários mais estudos para validar a eficácia destas intervenções na POC.

Problemáticas

Apesar da POC ser uma perturbação relativamente frequente, com opções terapêuticas eficazes disponíveis, o conhecimento da população sobre a doença e sobre os seus tratamentos continua a ser limitado (Alves et al., 2025). Esta falta de literacia pode dificultar a compreensão da POC, levar a conceções erradas e influenciar negativamente a procura de ajuda e a adesão às terapêuticas (Semahegn et al., 2020).

Deste modo, torna-se necessário avaliar como a população em geral percebe a POC, quais os conhecimentos existentes sobre as abordagens terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas), bem como identificar lacunas de informação que possam ser colmatadas através de estratégias educativas.

Objetivos e organização da monografia

Perante o contexto e as problemáticas mencionadas, esta monografia tem como principais objetivos a revisão da literatura científica sobre a doença e o seu tratamento e avaliar a percepção da população relativamente à POC e às suas abordagens terapêuticas através da aplicação de um questionário.

Como objetivo secundário, procurou-se contribuir para a literacia em saúde sobre a POC, promovendo a compreensão informada e o acesso a informações educativas, recorrendo para isso a um infográfico disponibilizado a todos os participantes no final do questionário.

A presente monografia encontra-se organizada em duas partes principais, permitindo assim uma análise aprofundada do tema. A primeira parte consiste numa revisão da literatura científica, onde são abordados os principais aspetos relacionados com a POC, bem como as terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas no seu tratamento. A pesquisa da literatura foi efetuada em bases de dados científicas como PubMed, SciELO, B-On, ScienceDirect e Google Scholar, de novembro de 2024 a setembro de 2025, utilizando várias palavras-chave como: “POC”, “tratamento da POC” e outras, bem como os seus equivalentes em inglês. Foram consideradas publicações científicas que datam de 2018 a 2025 e as línguas utilizadas na pesquisa foram o português e o inglês. Foram ainda realizadas pesquisas adicionais no Google para explorar sites internacionais como, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Medscape.

A segunda parte corresponde a um estudo exploratório e descritivo acerca da perceção da população relativamente à POC e às suas abordagens terapêuticas, concebido sob a forma de questionário. A metodologia detalhada do questionário será desenvolvida na parte 2 da monografia.

Parte I: CARACTERIZAÇÃO DA POC, TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA

1. Caracterização da POC

1.1. Definição e Classificação

A POC é uma perturbação neuropsiquiátrica crónica (Singh et al., 2023), caracterizada pela presença persistente de obsessões e/ou compulsões, sendo que, na maioria dos casos, ambas estão presentes (WHO, 2025). Trata-se de uma doença altamente debilitante e incapacitante, que compromete a produtividade e o funcionamento global do indivíduo, afetando não apenas a sua qualidade de vida, mas gerando também repercussões significativas a nível social (Song et al., 2022).

Segundo a mais recente edição da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), a POC está classificada na categoria “Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas”, juntamente com condições como a Tricotilomania e a Perturbação de Acumulação. Porém, no DSM-4 a POC era anteriormente classificada como uma perturbação de ansiedade (Brock et al., 2024; Pampaloni et al., 2022).

As obsessões presentes na POC incluem pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e intrusivos, percebidos como indesejados e frequentemente associados a ansiedade. O indivíduo pode tentar ignorá-los, suprimi-los ou neutralizá-los através da realização de compulsões. De acordo com a *International Classification of Diseases 11th Revision* (ICD-11), as compulsões são comportamentos ou atos mentais repetitivos que a pessoa sente necessidade de executar em resposta a uma obsessão, seguindo regras rígidas, com o objetivo de alcançar uma sensação de "plenitude" (WHO, 2025).

Embora os indivíduos com POC possam ter características em comum, a perceção, ou *insight*, de cada um sobre a veracidade das crenças associadas aos seus sintomas obsessivo-compulsivos varia significativamente de doente para doente. Alguns doentes conseguem reconhecer que os pensamentos que lhes causam angústia e ansiedade e que os levam às compulsões são exagerados e irrealistas, enquanto outros não. Contudo, não se trata de algo linear e, mesmo aqueles que reconhecem a irracionalidade dessas obsessões, podem, em certos momentos, ter a perceção alterada dos seus pensamentos por curtos

períodos de tempo, dependendo do nível de ansiedade e angústia nesse momento (WHO, 2025). Assim, a POC pode ser classificada em subtipos de acordo com o grau de percepção do indivíduo (Jalal et al., 2023; WHO, 2025):

- i. POC com uma percepção razoável a boa;
- ii. POC com percepção fraca a ausente;
- iii. POC não especificada.

1.2. Fisiopatologia

Numerosos estudos apontam que a fisiopatologia da POC está relacionada com diversas alterações, principalmente a nível neurofisiológico e neuroquímico (Pittenger, 2023).

1.2.1. Alterações neurofisiológicas

As alterações ao nível da neurofisiologia dos indivíduos com POC incidem sobretudo numa disfunção do circuito CSTC (Jalal et al., 2023; Mahjani et al., 2021; Pittenger, 2023). Estas alterações verificam-se no córtex orbitofrontal (COF), no córtex pré-frontal medial, no córtex cingulado anterior (CCA), no corpo estriado, no hipocampo e no globo pálido (Pittenger, 2023).

Estudos realizados pelo consórcio *Enhancing Neuro Imaging Genetics through Meta-Analysis* (ENIGMA) revelaram alterações estruturais no cérebro de indivíduos com POC, nomeadamente, em adultos com a perturbação, observou-se uma redução do volume do hipocampo em comparação com indivíduos sem a perturbação. Já em crianças com POC não medicadas, foi identificado um aumento do volume do tálamo. Adicionalmente, tanto em adultos quanto em crianças com POC, foi reportado um córtex parietal inferior mais fino (Kong et al., 2020).

O modelo CSTC descreve a interação entre as áreas corticais do cérebro, como o COF e o CCA, com o tálamo, mediada pelo corpo estriado. Essa interação é crucial para o processamento de informações, mas um desequilíbrio entre as vias diretas e indiretas dentro desse circuito pode resultar numa disfunção que contribui para o desenvolvimento da POC. Nas vias diretas, a excitação cortical é aumentada, enquanto nas vias indiretas ocorre a inibição dessa excitação. Um desequilíbrio entre essas duas vias leva a uma hiperatividade no tálamo, o que resulta num feedback excitatório para as

regiões frontais, incluindo o COF. Este aumento de atividade no COF tem sido relacionado a pensamentos repetitivos e persistentes, ou seja, obsessões (Jalal et al., 2023; Mahjani et al., 2021).

Na tentativa de aliviar o desconforto emocional causado pelas obsessões, os indivíduos com POC frequentemente recorrem a comportamentos compulsivos e repetitivos – as compulsões, que são sustentadas pela ativação do corpo estriado. Esse processo cria um ciclo de feedback positivo, no qual a hiperatividade da via direta contribui para a inibição deficiente do tálamo e a continuidade do comportamento obsessivo-compulsivo. Portanto, acredita-se que o desequilíbrio entre as vias direta e indireta no circuito CSTC desempenha um papel fundamental na hiperatividade do circuito, perpetuando o ciclo de obsessões e compulsões característico desta doença (Jalal et al., 2023; Mahjani et al., 2021). Além disso, estudos de neuroimagem funcional têm demonstrado que indivíduos com POC apresentam uma hiperconectividade entre regiões orbitofrontais e o corpo estriado, a qual tende a normalizar após intervenção terapêutica (Poli et al., 2022).

No entanto, sabe-se que existe uma desregulação cerebral na POC ao nível de múltiplos circuitos cerebrais, não sendo esta a única explicação fisiológica da POC (Pittenger, 2023). Também os gânglios basais parecem estar ligados à fisiopatologia desta perturbação. Esta hipótese é fundamentada a partir de relatos associados a condições como a Coreia de Sydenham ou a eventos isquêmicos, que resultam em perturbações nas regiões dos gânglios basais, nomeadamente o globo pálido e o caudado, e que levam ao desenvolvimento de comportamentos obsessivo-compulsivos (Brock et al., 2024). Também a síndrome neuropsiquiátrica pediátrica de início agudo pode levar à inflamação desses gânglios e, assim, causar os sintomas característicos da POC (Pittenger, 2023).

1.2.2. Alterações neuroquímicas

As anormalidades neuroquímicas que ocorrem na POC têm como hipótese alterações da concentração de serotonina, de dopamina e/ou de glutamato, ou desregulação dos seus sistemas (Mattina et al., 2020; Pastre et al., 2025; Pittenger, 2023).

A hipótese serotoninérgica foi sustentada pela eficácia dos ISRS, como a fluoxetina e a paroxetina, que parecem atenuar os sintomas ao modularem circuitos neurais como o COF e o núcleo caudado. No entanto, uma proporção significativa dos

pacientes não responde completamente a esses fármacos, sugerindo que outros sistemas estão implicados (Jalal et al., 2023; Pastre et al., 2025).

A dopamina, por exemplo, tem sido apontada como relevante, dado que antipsicóticos moduladores da atividade da dopamina demonstram ser eficazes na redução dos sintomas da perturbação. Estudos de imagem revelaram níveis aumentados de dopamina em regiões como os gânglios basais, incluindo maior densidade do transportador de dopamina no núcleo caudado e no putamen em indivíduos não medicados com POC (Pittenger, 2021).

Paralelamente, o glutamato, principal neurotransmissor excitatório envolvido no circuito CSTC, também apresenta alterações. Investigações mostraram concentrações elevadas de glutamato no núcleo caudado e no líquido cefalorraquidiano de pacientes com POC. Curiosamente, estas concentrações podem ser normalizadas após tratamento com um ISRS, sugerindo que a serotonina pode exercer um efeito regulador sobre a atividade glutamatérgica, cuja desregulação poderá contribuir para a manutenção dos sintomas obsessivo-compulsivos (Jalal et al., 2023).

1.2.3. Alterações genéticas

Sabe-se que existe uma implicação genética na POC. Algumas variações genéticas no sistema serotoninérgico têm sido associadas ao desenvolvimento da POC, em particular o polimorfismo 5-HTTLPR, localizado no gene que codifica o transportador da serotonina (SERT), e o rs6311, no gene do recetor 5-HT2A. Apesar destes marcadores serem frequentemente estudados, os resultados obtidos até agora são inconsistentes e não permitem estabelecer uma ligação conclusiva. Ainda assim, estas variantes genéticas continuam entre as mais frequentemente associadas à POC na literatura científica recente (Jalal et al., 2023; Pastre et al., 2025). Além disso, investigações centradas no sistema glutamatérgico também sugerem uma possível contribuição genética deste sistema para a POC. Um dos genes mais estudados neste contexto é o SLC1A1, que codifica o transportador neural de glutamato EAAT3. Este gene tem sido apontado como um candidato relevante devido ao seu papel na regulação da transmissão glutamatérgica nas vias neurais envolvidas na perturbação (Brock et al., 2024).

1.3. Epidemiologia

A POC afeta aproximadamente 1 a 4% da população global (Brock et al., 2024; Pampaloni et al., 2024).

Um estudo recente, realizado em 10 países, com uma amostra de 26136 indivíduos diagnosticados, estimou valores médios de $4,1\% \pm 0,2$ (média \pm erro padrão) para a prevalência vitalícia da POC e de $3,0\% \pm 0,1$ para a prevalência em 12 meses. Em Portugal, os dados apontam para uma prevalência ao longo da vida de $5,3\% \pm 1,1$ e uma prevalência de 12 meses de $4,4\% \pm 0,9$. Os resultados detalhados das prevalências da POC em cada país, segundo as pesquisas da *World Mental Health*, encontram-se indicados na tabela 1 (Stein et al., 2025).

Tabela 1 - Prevalência da POC de acordo com os dados da *World Mental Health* (adaptado de Stein et al., 2025)

<i>País</i>	N	POC ao longo da vida (prevalência, %)		POC em 12 meses (prevalência, %)	
		%	Erro padrão	%	Erro Padrão
<i>Países de baixo/médio rendimento</i>	12 567	4,9	0,3	3,9	0,3
<i>Medellín, Colômbia</i>	541	2,8	0,8	2,4	0,8
<i>Iraque</i>	4 332	4,6	0,5	3,6	0,4
<i>Shenzhen, República da China</i>	7 132	5,5	0,4	4,5	0,4
<i>Roménia</i>	562	0,6	0,3	0,5	0,3
<i>Países de alto rendimento</i>	13 569	3,4	0,2	2,2	0,1
<i>Argentina</i>	692	2,9	0,8	2,5	0,8
<i>Austrália</i>	8 463	3,7	0,3	2,6	0,2
<i>Polónia</i>	1 607	1,3	0,4	0,3	0,1
<i>Portugal</i>	539	5,3	1,1	4,4	0,9
<i>Arábia Saudita</i>	1 789	4,0	0,7	1,8	0,4
<i>Múrcia, Espanha</i>	479	0,4	0,3	0,3	0,2
<i>Amostra Total</i>	26 136	4,1	0,2	3,0	0,1

A POC pode afetar ambos os sexos (Brock et al., 2024; Huang et al., 2023), embora o sexo feminino apresente uma predisposição superior em aproximadamente 1,6% em relação ao sexo masculino (Brock et al., 2024; Fawcett et al., 2020).

Tipicamente, a POC tende a surgir em duas fases distintas da vida: a primeira entre os 7 e 12 anos, e a segunda no início da vida adulta, por volta dos 21 anos (Pampaloni et al., 2022). Verifica-se, contudo, uma diferença no padrão de início da doença, em que o sexo masculino tende a manifestar sintomas mais precocemente, ainda na infância, enquanto o sexo feminino é mais propenso a desenvolver a perturbação durante a adolescência ou início da vida adulta (Brock et al., 2024; Huang et al., 2023; Pampaloni et al., 2022). De salientar ainda que, o sexo feminino demonstra uma maior suscetibilidade ao surgimento da perturbação nos períodos pré e pós-parto. Por sua vez, a evolução da POC tende a ser mais crónica no sexo masculino e de evolução mais episódica no sexo feminino (Brock et al., 2024; Pampaloni et al., 2022).

1.4. Etiologia e Fatores de Risco

Existem diversos fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento da POC. Estes incluem fatores de risco genéticos e ambientais (Blanco-Vieira et al., 2023; Mahjani et al., 2021), acreditando-se que a interação entre ambos desempenhe um papel importante no surgimento da doença (Blanco-Vieira et al., 2023).

Do ponto de vista genético, estudos estimam que a hereditariedade da POC é de cerca de 40% (Smit et al., 2020). Sabe-se, ainda, que ter pais ou outros familiares com a doença é um fator de risco para o seu desenvolvimento (WHO, 2023); inclusive, pesquisas em famílias revelaram um aumento de cerca de 23% de risco de desenvolver POC em familiares de primeiro grau de indivíduos com esta perturbação. Um estudo com 80 participantes com diagnóstico de POC, mostrou que os seus familiares apresentavam uma maior prevalência de obsessões e compulsões do que os familiares do grupo de controlo (Pampaloni et al., 2022).

Entre os fatores ambientais que podem contribuir para o surgimento desta condição, estão a aprendizagem de comportamentos com familiares (WHO, 2023) e a exposição a situações stressantes e/ou traumáticas, especialmente durante a infância (Hühne et al., 2024; Pinciotti & Fisher, 2022; WHO, 2023). Estima-se que a prevalência

do início da POC após a exposição a vivência de eventos potencialmente traumáticos varie entre 30% e 82% (Pinciotti & Fisher, 2022).

Outros fatores, como flutuações hormonais, podem influenciar o desenvolvimento da POC. O início da perturbação ou a sua exacerbação foi descrita em períodos pré-menstruais e perinatais (Pittenger, 2023). Também a presença de outras perturbações mentais concomitantes é um importante fator e pode aumentar este risco (Pittenger, 2023; WHO, 2023). A maioria dos indivíduos com POC, cerca de 90% (Brock et al., 2024), apresentam pelo menos uma condição associada, nomeadamente, depressão, perturbação de ansiedade generalizada, perturbações de humor, fobias específicas, entre outras (Mahjani et al., 2021; Pittenger, 2023; WHO, 2023).

1.5. Sintomatologia

A POC é caracterizada pela presença de obsessões, nomeadamente sob a forma de pensamentos intrusivos, e/ou por compulsões, isto é, ações repetitivas (Brock et al., 2024; WHO, 2025). A maioria dos indivíduos com POC manifesta tanto obsessões quanto compulsões (Pittenger, 2023).

As obsessões são normalmente pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e persistentes, que ocorrem de forma intrusiva e indesejada, causando uma grande ansiedade e angústia na maioria dos indivíduos. Os doentes tentam ignorar estes pensamentos ou neutralizá-los com um outro pensamento ou com a realização de uma ação, as compulsões.

As compulsões são caracterizadas como sendo comportamentos repetitivos, rituais, ou atos mentais que a pessoa sente necessidade de realizar em resposta a uma obsessão, muitas vezes de acordo com regras rígidas, com o intuito de reduzir a ansiedade e a angústia ou prevenir alguma situação temida (Brock et al., 2024; Pittenger, 2023; WHO, 2025). Embora certas compulsões possam ser visíveis, como lavar as mãos de forma repetitiva ou verificar algo várias vezes, outras são mais discretas ou ocorrem apenas mentalmente, como repetir números em silêncio ou recitar mentalmente uma frase específica (Pittenger, 2023).

As obsessões e as compulsões podem manifestar-se de inúmeras formas, contudo alguns padrões tendem a surgir com mais frequência. Uma das obsessões mais comuns é o receio de contaminação, o que leva a comportamentos repetitivos de limpeza ou higienização (Brock et al., 2024; Pittenger, 2023), como por exemplo, tomar banho

diariamente durante horas para evitar doenças ou lavar excessivamente as mãos (WHO, 2025). Também é frequente a necessidade intensa de simetria ou precisão, que se traduz em ações como organizar objetos de maneira rigorosa, repetir movimentos, ordenação ou contagem. Outros casos incluem pensamentos intrusivos relacionados com causar danos a si próprio ou a outras pessoas. Nestes casos, as compulsões podem incluir verificações constantes, como confirmar várias vezes se uma porta está trancada, ou rituais mentais realizados com o intuito de prevenir algo negativo, como repetir palavras ou fazer orações. Por fim, há ainda obsessões de conteúdo considerado inaceitável ou “tabu”, como ideias de teor agressivo, sexual ou religioso, que levam a condutas compulsivas de neutralização e de verificação ou à procura compulsiva de segurança, para aliviar a ansiedade provocada por esses pensamentos (Brock et al., 2024; Pittenger, 2023).

Estes sintomas afetam os doentes, não apenas por consumir uma parte significativa de seu tempo, mas também por causar sofrimento acentuado e comprometimento funcional significativo (Brock et al., 2024; WHO, 2025).

A POC pode ainda ser influenciada por fatores externos. A pandemia de COVID-19, por exemplo, constituiu um fator de risco para o agravamento significativo dos sintomas dos doentes com POC (Alonso et al., 2021; Chaves et al., 2022). Num estudo efetuado em Espanha, envolvendo 127 indivíduos com POC, verificou-se que 65,3% dos pacientes relataram uma intensificação dos sintomas, e 31,4% apresentou um aumento superior a 25% na pontuação da escala *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS). Adicionalmente, quase metade dos participantes desenvolveu como nova obsessão o receio de contrair a infeção por SARS-CoV-2 (Alonso et al., 2021).

Importa ainda sublinhar que os sintomas obsessivo-compulsivos não surgem nem se explicam por efeitos fisiológicos de substâncias, como drogas de abuso ou medicamentos (Brock et al., 2024; WHO, 2025).

A Tabela 2 apresenta um resumo dos principais fatores de risco e sintomas associados à POC.

Tabela 2 - Fatores de risco e sintomas da POC

Fatores de Risco	Sintomas de POC
<p>Genéticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hereditariedade estimada ~40% - Familiares de 1º grau: risco aumentado ~23% - Maior prevalência de sintomas em familiares 	<p>Obsessões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos - Conteúdo indesejado e gerador de ansiedade
<p>Ambientais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizagem de comportamentos - Exposição a situações traumáticas - Prevalência de início pós-trauma: 30–82% 	<p>Compulsões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamentos/rituais repetitivos - Atos mentais: contar, repetir frases - Execução para reduzir ansiedade
<p>Outros Fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flutuações hormonais (pré-menstruais, perinatais) - Presença de outras doenças psiquiátricas: depressão, ansiedade, fobias, perturbações de humor - 90% pacientes apresentam no mínimo uma condição associada 	<p>Exemplos Clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Receio de contaminação: rituais de limpeza - Preocupação com simetria/ordem: organizar, contar, ordenar - Dúvidas: verificações constantes - Medo de causar dano: verificar portas, rituais mentais - Obsessões de conteúdo inaceitável/tabu - Sofrimento acentuado/comprometimento funcional

1.6. Diagnóstico

O diagnóstico da POC faz-se através de avaliação clínica e de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5. Assim, para um indivíduo ser diagnosticado com POC deve atender aos seguintes critérios (Jalal et al., 2023; Pampaloni et al., 2022; Pittenger, 2023; WHO, 2025):

- presença de obsessões e/ou compulsões persistentes. Frequentemente, o indivíduo procura suprimir ou neutralizar os pensamentos intrusivos através de outros pensamentos ou ações, o que representa uma característica fundamental da perturbação e contribui para o seu reconhecimento e diagnóstico;
- obsessões ou compulsões demoradas, que consomem um tempo considerável do dia (mais de uma hora por dia) e provocam sofrimento ou comprometimento significativo na vida quotidiana. Mesmo que o indivíduo consiga manter o seu funcionamento normal, isso ocorre à custa de um esforço mental e emocional acrescido;

- os sintomas ou comportamentos não são uma manifestação de outra condição médica ou devido aos sintomas de outra perturbação mental, e não se devem aos efeitos de substâncias, medicamentos ou aos efeitos de abstinência dos mesmos;
- a perturbação não pode ser melhor explicada pelos sintomas de outra perturbação mental, como por exemplo, uma perturbação de ansiedade ou do humor. Este ponto destaca a importância de um diagnóstico diferencial.

Ter uma visão abrangente das obsessões e compulsões do paciente é fundamental, tanto para o diagnóstico, como para a avaliação da gravidade da doença e dos sintomas. Contudo, os indivíduos com POC frequentemente experienciam sentimentos de vergonha, o que pode dificultar a partilha de certos pensamentos intrusivos, especialmente os de natureza sexual ou relacionados com o receio de causar dano aos outros. Nesse sentido, a lista de verificação de sintomas da Y-BOCS representa uma ferramenta importante para identificar tanto sintomas atuais como anteriores de obsessões e compulsões (Pampaloni et al., 2022).

No processo de diagnóstico de perturbações mentais, como a POC, é ainda fundamental excluir possíveis causas físicas. Para isso, recorrem-se a exames de imagem, como a ressonância magnética, que ajudam a garantir que os sintomas não estão associados a doenças de origem física (Huang et al., 2023).

Adicionalmente, evidências provenientes de um número crescente de estudos indicam que a gravidade dos sintomas da POC apresenta uma relação diretamente proporcional com a sua duração. Assim, a realização de um diagnóstico precoce revela-se particularmente importante, de forma a possibilitar a implementação célere de uma intervenção terapêutica adequada (Song et al., 2022).

2. Terapêutica Farmacológica

2.1. Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

De acordo com evidências científicas, a combinação de ISRS com a TCC proporcionam uma melhoria significativa dos sintomas da POC (Mahjani et al., 2021). As diretrizes clínicas atuais recomendam, por isso, os ISRS como terapêutica farmacológica de primeira linha da POC (Brock et al., 2024; Huang et al., 2023; Suhas et al., 2023), sustentada pela sua eficácia, perfil de segurança e tolerabilidade comprovadas (Brock et al., 2024).

Os ISRS atualmente utilizados na prática clínica incluem a fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina (Miller et al., 2019).

2.1.1. Mecanismo de Ação

Estes fármacos atuam predominantemente através da inibição do transportador responsável pela recaptação da serotonina (SERT) na fenda pré-sináptica (Fasipe, 2018), causando um aumento da concentração de serotonina na sinapse (Edinoff et al., 2021). A utilização dos ISRS no tratamento da POC baseia-se na hipótese serotoninérgica (Pastre et al., 2025).

2.1.2. Efeitos Adversos

No tratamento da POC, são utilizadas dosagens mais elevadas dos ISRS do que as usadas para outras perturbações de ansiedade ou para a depressão *major*. Este ajuste visa maximizar a eficácia terapêutica, embora possa incrementar o risco de efeitos adversos, o que torna essencial a sua monitorização cuidadosa para permitir a individualização e a otimização da dose (Brock et al., 2024).

Efeitos adversos relevantes, como o prolongamento do intervalo QT e hiponatremia, devem ser tidos em conta na utilização destes fármacos (Menchon et al., 2019), embora os efeitos mais comuns associados aos ISRS sejam a nível gastrointestinal e sexual.

No entanto, cada ISRS apresenta o seu perfil de efeitos adversos (Brock et al., 2024; Edinoff et al., 2021). Na tabela 3 estão apresentados alguns dos efeitos adversos de três ISRS (escitalopram, fluoxetina e sertralina) obtidos num estudo realizado a um total de 100 pessoas a tomar diferentes ISRS (sertralina, N=53; escitalopram, N=39; fluoxetina, N=8).

Tabela 3 - Frequência dos efeitos adversos da sertralina, escitalopram e fluoxetina (adaptado de Anagha et al., 2021)

Efeito adverso	Sertralina (%)	Escitalopram (%)	Fluoxetina (%)
Cefaleia	24,5	41,0	0
Fadiga/astenia	49,1	46,2	12,5
Sintomas gripais	11,3	20,5	12,5
Palpitações	20,8	30,8	12,5
Vasodilatação	9,4	25,6	12,5
Hipotensão ortostática	24,5	33,3	12,5
Náuseas	18,9	23,1	0
Xerostomia	41,5	56,4	12,5
Obstipação	32,1	30,8	0
Diarreia	7,5	2,6	0
Diminuição de apetite	34,0	12,8	12,5
Dispepsia	20,8	12,8	0
Flatulência	56,6	76,9	50,0
Suores	32,1	46,2	37,5
Irritação na pele	1,9	10,3	0
Prurido	7,5	33,3	25,0
Insónia	30,2	38,5	12,5
Sonolência	52,8	69,2	50,0
Disfunção erétil	7,5	2,6	0
Pouca satisfação sexual	22,6	33,3	0

2.1.3. Critérios de seleção, dosagem e duração do tratamento

Embora todos os ISRS aparentem ter eficácia semelhante, um doente pode responder a um tratamento e não a outro (Menchon et al., 2019). Assim, os critérios de seleção de um ISRS para a POC incluem (Brock et al., 2024; Menchon et al., 2019):

- Resposta prévia ao tratamento, se aplicável;
- Potencial de eventos adversos;
- Interações medicamentosas;
- Condições médicas coexistentes;
- Custo e disponibilidade do medicamento.

As diretrizes terapêuticas recomendam um período inicial com ISRS de, pelo menos, 8 a 12 semanas, com o objetivo de avaliar a eficácia e a resposta clínica. No entanto, estudos recentes provenientes de meta-análises indicam que podem ocorrer melhorias significativas dos sintomas nas primeiras duas semanas de tratamento (Brock et al., 2024).

A duração ideal do tratamento de manutenção é desconhecida e pode variar de caso para caso (Menchon et al., 2019), mas é geralmente recomendada por um período de 12 a 24 meses após a remissão dos sintomas (Brock et al., 2024; Menchon et al., 2019), embora possa ser necessária uma duração mais prolongada devido ao risco de recaída após a descontinuação da medicação (Brock et al., 2024). Após o período de manutenção e quando se considerar a sua descontinuação, esta deve ser feita de forma gradual (Menchon et al., 2019). Na tabela 4 apresentam-se as doses mínimas e máximas diárias recomendadas para cada ISRS:

Tabela 4 - Dosagens dos ISRS no tratamento da POC (adaptado de Xu et al., 2021)

ISRS	Dose mínima (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Dose máxima prescrita ocasionalmente * (mg/dia)
<i>Citalopram</i>	20	80	120
<i>Escitalopram</i>	10	40	60
<i>Fluoxetina</i>	20	80	120
<i>Fluvoxamina</i>	50	300	400
<i>Paroxetina</i>	20	60	100
<i>Sertralina</i>	50	200	400

* Estas doses são, por vezes, usadas em pacientes com metabolização rápida ou com efeitos adversos leves ou inexistentes, com resposta terapêutica inadequada após 8 semanas ou mais na dose máxima usual.

2.1.4. Alterações Terapêuticas

Apesar da eficácia reconhecida dos ISRS, que os consagram como tratamento farmacológico de primeira linha para a POC, cerca de 40% a 60% dos doentes não respondem ao tratamento inicial com estes fármacos (Brock et al., 2024; Huang et al., 2023; Pastre et al., 2025).

Esta taxa elevada de falta de resposta ao tratamento de primeira linha pode estar relacionada com diversos fatores, entre os quais se destacam a gravidade dos sintomas, a idade de início precoce, a duração prolongada da doença e o tempo decorrido sem intervenção terapêutica. Outros fatores como o tipo predominante de obsessões ou compulsões também pode influenciar significativamente os resultados terapêuticos. Por exemplo, indivíduos cujas obsessões principais envolvem conteúdos sexuais, religiosos ou relacionadas a danos tendem a responder melhor ao tratamento com ISRS. Por outro lado, aqueles com sintomas centrados em contaminação/limpeza e em simetria/ordenação, são menos propensos a responder a este tipo de intervenção farmacológica (van Roessel et al., 2023). Assim sendo, face à elevada percentagem de doentes com ausência de resposta, diversas alternativas terapêuticas têm sido utilizadas. Entre estas, incluem-se a substituição por outro ISRS, a utilização de doses supratrapêuticas ou a transição para um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (ISRSN) (Brock et al., 2024). Contudo, entre os pacientes que mudam para outro fármaco da mesma classe, aproximadamente dois terços não conseguem alcançar os resultados terapêuticos pretendidos (Huang et al., 2023). Desta forma, no caso da POC refratária, impõem-se estratégias terapêuticas alternativas, nomeadamente a potencialização do tratamento com ISRS mediante a adição de antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos (como a clomipramina) ou agentes moduladores do sistema glutamatérgico (Brock et al., 2024).

A combinação de fluoxetina com clomipramina demonstrou, em alguns estudos, superioridade em relação à associação de fluoxetina com um antipsicótico, contudo, esta primeira combinação, acarreta o risco de elevação dos níveis sanguíneos de ambos os fármacos, podendo desencadear efeitos adversos graves, como convulsões, arritmias cardíacas e síndrome serotoninérgica (Brock et al., 2024).

A adição de antipsicóticos a um ISRS, especialmente risperidona e aripiprazol, tem revelado alguma eficácia (Brock et al., 2024; Roh et al., 2023b). Contudo, apenas cerca de um terço dos doentes resistentes aos ISRS manifesta melhorias clinicamente

relevantes, o que reforça a necessidade de uma cuidadosa avaliação da relação risco-benefício em cada caso (Brock et al., 2024).

Os moduladores do sistema glutamatérgico têm sido investigados como terapia adjuvante ao tratamento com ISRS, apresentando resultados promissores. Entre os agentes glutamatérgicos destacam-se a memantina, N-acetilcisteína, lamotrigina, topiramato, riluzol, troriluzol e cetamina. Entre estes, a N-acetilcisteína é, até ao momento, o composto que conta com maior volume de evidência disponível (Brock et al., 2024; Roh et al., 2023b).

2.2. Clomipramina

A clomipramina é um antidepressivo tricíclico, considerada uma opção farmacológica de segunda linha no tratamento da POC (Mahjani et al., 2021; Menchon et al., 2019). A sua utilização é recomendada em adultos com POC que não apresentaram uma resposta terapêutica satisfatória ou que não toleraram adequadamente o tratamento com pelo menos um ISRS (Menchon et al., 2019).

Este fármaco foi o primeiro a demonstrar eficácia no tratamento da POC (Brock et al., 2024) e a ser aprovado para esta indicação (Wilson & Tripp, 2024). Aliás, em diversos estudos, a clomipramina demonstrou uma eficácia comparável e, por vezes, ligeiramente superior à dos ISRS no tratamento da POC. No entanto, devido ao seu perfil de efeitos adversos menos favorável (Mao et al., 2022; Xu et al., 2021), os ISRS são geralmente preferidos a este fármaco como opção terapêutica inicial e para tratamentos prolongados, pois apresentam melhores perfis de segurança e de tolerabilidade (Brock et al., 2024; Menchon et al., 2019). Na tabela 5 estão apresentadas as doses diárias de clomipramina.

Tabela 5 - Dosagens da clomipramina no tratamento da POC (adaptado de Xu et al., 2021)

	Dose mínima (mg/dia)	Dose máxima (mg/dia)	Dose máxima prescrita ocasionalmente (mg/dia)
<i>Clomipramina</i>	25	250	*

*Os níveis plasmáticos combinados de clomipramina mais desmetilclomipramina, 12h após a dose, devem ser mantidos abaixo de 500 ng/ml para minimizar o risco de convulsões e atraso na condução cardíaca.

2.2.1. Mecanismo de Ação

Trata-se de um antidepressivo tricíclico cujo mecanismo de ação envolve a inibição da recaptação de noradrenalina (NA) e da serotonina na membrana pré-sináptica (Xu et al., 2021), através do bloqueio dos seus transportadores, e pouco ou nenhum bloqueio no transportador de dopamina (Fasipe, 2018). A sua administração resulta num aumento das concentrações de NA e serotonina na fenda sináptica, aumentando, assim, a transmissão nervosa (Wilson & Tripp, 2024). Um estudo pioneiro de Thoren et al., em 1980, reportou uma correlação entre a melhoria dos sintomas da POC com a administração de clomipramina e uma redução dos níveis de 5-HIAA, um metabolito da serotonina, no líquido cefalorraquidiano. Esta associação sugere que o efeito terapêutico da clomipramina na POC se deve, em grande parte, à sua elevada capacidade em afetar a neurotransmissão serotoninérgica (Pastre et al., 2025).

2.2.2. Efeitos Adversos

Apesar da sua eficácia reconhecida no tratamento da POC, a clomipramina está associada a um perfil de efeitos adversos considerável. A Tabela 6 indica os efeitos adversos mais comuns deste fármaco, assim como as suas reações adversas graves, algumas potencialmente fatais (Wilson & Tripp, 2024).

Tabela 6 - Efeitos adversos da clomipramina

Efeitos adversos ligeiros a moderados (mais comuns)	Efeitos adversos graves (menos frequentes)
<ul style="list-style-type: none">- Náuseas- Aumento do apetite- Ganho de peso- Sedação- Boca seca- Obstipação- Retenção urinária- Visão turva- Cefaleias- Tonturas- Fadiga- Hipotensão ortostática- Ansiedade- Agitação psicomotora- Sudorese excessiva- Alterações urinárias- Disfunção sexual	<ul style="list-style-type: none">- Taquicardia- Arritmias- Prolongamento do intervalo QT- Convulsões- Hipertermia- Disfunção hepática- Aumento da pressão intraocular- Episódios de mania em indivíduos com perturbação bipolar- Risco de indução ou agravamento de ideação suicida

2.2.3. Contraindicações

Devido ao perfil de efeitos adversos graves deste fármaco, antes de iniciar a terapêutica com clomipramina em adultos com risco significativo de doença cardiovascular, recomenda-se a realização prévia de um eletrocardiograma e a monitorização da pressão arterial (Menchon et al., 2019).

Adicionalmente, em doentes com fatores de risco cardiovasculares conhecidos, como hipocaliémia, devem ser evitadas doses elevadas deste fármaco (Menchon et al., 2019).

A tabela 7 apresenta os fármacos utilizados na terapêutica de primeira e segunda linha da POC.

Tabela 7 - Resumo da terapêutica farmacológica de 1ª e 2ª linha

Linha de tratamento	Classe	Fármacos
1ª linha	ISRS	Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram e Citalopram
2ª linha	Antidepressivos tricíclicos	Clomipramina

Apenas os ISRS e a clomipramina possuem aprovação formal na Europa para o tratamento da POC. No entanto, existem outros fármacos usados *off-label* na terapêutica na perturbação obsessivo-convulsiva.

2.3. Outras abordagens terapêuticas

2.3.1. Antipsicóticos

Torna-se pertinente considerar a adição de um antipsicótico ao regime terapêutico com ISRS ou clomipramina quando não se observa uma resposta clínica adequada após (Menchon et al., 2019):

- Um ensaio terapêutico completo com um ISRS em monoterapia;
- Combinação de um ISRS com TCC;
- Um tratamento completo com clomipramina.

A evidência disponível aponta para uma maior eficácia adjuvante com o uso de antipsicóticos, principalmente de segunda geração, como a risperidona e o aripiprazol mas, também, do haloperidol, um antipsicótico típico (Conti et al., 2024; Menchon et al., 2019).

Esta classe terapêutica é utilizada não só para potenciar o tratamento com ISRS nos casos de POC resistente ao tratamento, mas também nos casos em que existem contraindicações para o uso da primeira linha, como é o caso dos doentes com comorbilidades como a perturbação bipolar, em que existe contraindicação relativa ao uso de ISRS (van Roessel et al., 2023).

Na prática clínica, os antipsicóticos são frequentemente utilizados como estratégia de aumento na POC resistente ao tratamento (Brock et al., 2024), mas também em doentes que com baixo *insight*, sugerindo que esses pacientes podem ter disfunção nos circuitos neurais dopaminérgicos. A combinação de um ISRS com um antipsicótico atípico pode gerar um efeito sinérgico, quer pela intensificação da neurotransmissão serotoninérgica, quer pela ação conjunta sobre diferentes vias neuroquímicas, nomeadamente as dopaminérgicas, potencialmente envolvidas na fisiopatologia da POC. Além disso, nestes casos de pacientes com pouca percepção, os sintomas tendem a ser mais graves e podem, por vezes, atingir um grau paranóico, justificando a introdução de fármacos antipsicóticos na abordagem terapêutica. No entanto, mesmo com a utilização destes fármacos como adjuvantes, a taxa de resposta efetiva em doentes com POC refratária continua a limitar-se a cerca de 40 a 55% (Huang et al., 2023).

Segundo uma revisão crítica sobre o uso de antipsicóticos de segunda geração na POC, a risperidona e o aripiprazol destacam-se como os fármacos com maior evidência de benefício quando utilizados em associação com um ISRS (Kim et al., 2018) Também o haloperidol, antipsicótico típico, mostrou resultados positivos na POC refratária enquanto adjuvante (Burk et al., 2023). Em contraste, as evidências são menos promissoras para a quetiapina, olanzapina e paliperidona. (Burk et al., 2023; Kim et al., 2018). Curiosamente, embora alguns antipsicóticos apresentem benefícios no tratamento de casos refratários de POC, alguns antipsicóticos, como a clozapina e a olanzapina, estão associados ao agravamento ou mesmo ao desencadeamento de sintomas obsessivo-compulsivos, pioram ou induzem os sintomas da POC, evidência essa sustentada por um número elevado de casos clínicos publicados em comparação com outros antipsicóticos (van Roessel et al., 2023).

Mecanismo de Ação

Embora o sistema neurotransmissor serotoninérgico seja o principal mecanismo fisiológico subjacente da POC, o sistema neurotransmissor dopaminérgico parece desempenhar um papel relevante como mecanismo subjacente. A utilização de antipsicóticos como agentes potenciadores da terapêutica com ISRS em casos de POC refratário deve-se, por isso, à sua capacidade de bloqueio dos recetores dopaminérgicos D2, afetando assim a atividade dos circuitos neuronais dopaminérgicos implicados na POC (Zhou et al., 2019).

Efeitos Adversos

O uso de antipsicóticos como adjuvante no tratamento da POC pode também estar associado a efeitos adversos significativos, sobretudo quando administrados a longo prazo. Entre os efeitos adversos mais comuns destacam-se alterações no metabolismo, sedação e sintomas extrapiramidais, como distonia, crises oculogíricas e parkinsonismo induzido por fármacos (Conti et al., 2024).

2.3.2. Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

Os antidepressivos ISRSN, nomeadamente a venlafaxina e a duloxetina, também parecem ser eficazes no tratamento da POC, inclusive, apresentam perfis de segurança e tolerabilidade comparáveis aos ISRS. No entanto, nenhum dos dois fármacos mencionados foi ainda aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) especificamente para o tratamento da POC (Greenberg, 2024a). Na *European Medicines Agency* (EMA), a POC também não consta entre as indicações autorizadas para a duloxetina e a venlafaxina (European Medicines Agency, 2024; European Medicines Agency, 2008).

2.3.3. Cetamina

Como mencionado anteriormente, as vias glutamatérgicas parecem estar envolvidas na fisiopatologia da POC, o que tem motivado a investigação do potencial

terapêutico da cetamina, um antagonista não competitivo do glutamato que atua nos recetores de ácido N-metil-D-aspartico (Palma et al., 2024; Roh et al., 2023).

Relata-se o caso clínico de um homem de 42 anos, com sintomas obsessivo-compulsivos desde os 20 anos e diagnóstico formal há apenas três anos. Este doente apresentava obsessões relacionadas com contaminação e comportamentos compulsivos de lavagem e evitação. Na avaliação inicial, obteve uma pontuação de 29 na Y-BOCS e iniciou tratamento com escitalopram, obtendo uma melhoria parcial (Y-BOCS 23). Posteriormente, o paciente relatou ter autoadministrado, por via intravenosa e em contexto recreativo, uma dose única de 2 g de cetamina, observando uma melhoria imediata e significativa dos sintomas. Quatro meses após o evento, manteve-se assintomático, com pontuação de 2 na Y-BOCS (Palma et al., 2024).

A rápida ação da cetamina na redução de sintomas obsessivos sugere a sua utilidade como alternativa em casos resistentes ao tratamento convencional. No entanto, são necessários estudos adicionais, com metodologias mais robustas e amostras ampliadas, para melhor estabelecer a sua eficácia (Palma et al., 2024; Roh et al., 2023).

2.3.4. N-acetilcisteína

A N-acetilcisteína (NAC) constitui uma abordagem terapêutica promissora para adultos com POC, atuando como modulador do glutamato e influenciando a neurotransmissão glutamatérgica nas regiões subcorticais do cérebro, de forma direta e indiretamente (Roh et al., 2023; Sonia et al., 2025). É reconhecida pela sua capacidade de regular os níveis intracelulares de glutatona e de modificar o sistema glutamatérgico, podendo contribuir para o controlo dos neurotransmissores extracelulares, bem como para a redução do stress oxidativo e dos processos neuroinflamatórios. O efeito adverso mais frequente reportado foi de natureza gastrointestinal, geralmente bem tolerado, e a sua introdução na terapêutica foi bem aceite pelos doentes, sem repercussões negativas (Sonia et al., 2025).

Apesar do seu potencial, persistem recomendações divergentes relativamente à utilização clínica da NAC na POC. Embora a maioria dos ensaios clínicos tenha testado doses entre 2000 e 2400 mg/dia, consideradas benéficas, a dose ótima permanece indefinida. Este fármaco apresenta um perfil de tolerabilidade elevado e, devido à sua disponibilidade, acessibilidade e boa aceitação, surge como uma opção de adjuvância

promissora para determinados doentes. Contudo, subsistem ainda questões relevantes que requerem investigação pré-clínica e clínica aprofundada para clarificar o papel específico da NAC, isolada ou em associação, no tratamento da POC (Sonia et al., 2025).

3. Terapêutica não Farmacológica

3.1. Psicoterapia

Segundo diversos estudos, a TCC é considerada a técnica de psicoterapia com maior eficácia no tratamento da POC (Song et al., 2022), sendo, por isso, recomendada como primeira linha de tratamento não farmacológico (Greenberg, 2024b). Estima-se que cerca de 70% dos indivíduos com POC respondem à TCC, registrando-se ainda taxas de recaída inferiores e menor incidência de efeitos adversos em comparação com a farmacoterapia (Poli et al., 2022). Aliás, em casos de POC leves a moderadas, a psicoterapia pode ser utilizada como monoterapia e em casos graves e resistentes é aconselhada a combinação de psicoterapia com um ISRS como primeira linha de tratamento (Mao et al., 2022).

A TCC pode ser subdividida em dois tipos: Exposição e Prevenção de Resposta (EPR) e Terapia Cognitiva (TC) (Poli et al., 2022; Song et al., 2022).

3.1.1. Exposição e Prevenção de Resposta

No âmbito da TCC, a EPR destaca-se como a técnica comportamental com maior fundamento empírico (Brock et al., 2024). A sua eficácia é considerada comparável à dos ISRS, embora os dados clínicos possam variar consideravelmente: cerca de 25% dos doentes desistem do tratamento, aproximadamente 60% apresentam recuperação, e cerca de 25% obtêm cura (Mao et al., 2022).

A EPR consiste na exposição dos doentes a estímulos que desencadeiam ansiedade, enquanto são orientados a abster-se da execução dos comportamentos compulsivos subsequentes (Brock et al., 2024; Greenberg, 2024b). Assim, a exposição refere-se à indução intencional de ansiedade num paciente, quer com o apoio de um terapeuta, quer através do confronto direto com situações temidas (por exemplo, tocar num assento de sanita). Por sua vez, a prevenção da resposta implica a abstenção da realização de rituais ou de outros comportamentos compulsivos (por exemplo, não tomar banho durante o resto do dia mesmo após ter tocado na sanita) (Song et al., 2022).

Apesar da robusta evidência científica que sustenta a sua eficácia no tratamento da POC, a EPR apresenta algumas limitações. Entre elas, destacam-se o encargo financeiro associado, a relutância inicial em iniciar o protocolo terapêutico e o receio relativamente à execução de exercícios deliberadamente indutores de ansiedade. Tais

barreiras podem não só contribuir para que alguns doentes recusem a terapia, como também conduzir à sua interrupção precoce (Swierkosz-Lenart et al., 2023).

Esta terapia demonstra maior eficácia em indivíduos que apresentam, em estado de repouso, uma conectividade funcional reduzida entre o córtex pré-frontal e a amígdala basolateral ventromedial. Estas duas estruturas desempenham um papel subjacente nos processos de condicionamento e regressão do medo, podendo, assim, constituir preditores da resposta ao tratamento com EPR (Mao et al., 2022).

A sua eficácia pode ainda ser influenciada negativamente por diversos fatores, nomeadamente, a ausência de motivação, a baixa adesão ao tratamento, a falta de consciência da própria condição, limitações nas capacidades cognitivas, percepção inadequada da doença e insuficiente envolvimento familiar. Adicionalmente, estima-se que aproximadamente 75% dos indivíduos com POC apresentem comorbilidades, como depressão, perturbação bipolar, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares, abuso de substâncias, síndrome de Tourette, esquizofrenia e outras perturbações relacionadas. Estas condições associadas não só interagem com a POC, como também exercem um impacto significativo na resposta e na eficácia do tratamento (Huang et al., 2023). Ainda assim, diversos estudos indicam que a terapia de EPR exerce um impacto significativo na redução da ansiedade em indivíduos com POC que apresentam ansiedade comórbida ou sintomas de depressão.

Um estudo de Feuner e colaboradores (2022) evidenciou que a EPR pode conduzir a uma diminuição aproximada de 44,2% nos sintomas depressivos e cerca de 47,8% nos sintomas de ansiedade nesses doentes. Adicionalmente, tem sido demonstrada uma relação do tipo dose-resposta entre a eficácia da EPR e a duração das sessões terapêuticas, sendo que, tempos mais longos de tratamento tendem a resultar em maior eficácia da EPR (Song et al., 2022).

3.1.2. Terapia Cognitiva

A terapia cognitiva baseia-se na utilização de eventos de aprendizagem, de natureza cognitiva ou socioafetiva, especificamente estruturados e acompanhados de restrições comportamentais, aplicados de forma escalável e reproduzível, com o objetivo de promover melhorias no funcionamento do sistema neural. Este processo recorre aos mecanismos de neuroplasticidade para restaurar o desempenho ótimo ou para compensar défices cognitivos existentes. Nas perturbações psiquiátricas, parte-se do pressuposto

adicional de que, se circuitos cerebrais disfuncionais desempenham um papel etiológico na origem da patologia, a restauração do seu funcionamento normal, por meio da TC, poderá conduzir à redução dos sintomas (Bhattacharya et al., 2024).

3.2. Neuromodulação

Embora a associação do tratamento farmacológico com a psicoterapia presente, na maioria dos casos, resultados eficazes, evidências recentes sustentam o uso de técnicas de neuromodulação, tais como a Estimulação Cerebral Profunda (ECP) e a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), em situações de resistência ao tratamento (Brock et al., 2024).

3.2.1. Estimulação Cerebral Profunda

A ECP parece ser eficaz na POC resistente ao tratamento farmacológico, (Cruz et al., 2022), apresentado taxas de resposta entre 40% e 70%. Trata-se de uma técnica reversível e ajustável, que atua sobre as fibras do circuito CSTC (Brock et al., 2024; Cruz et al., 2022). O procedimento envolve a implantação neurocirúrgica de elétrodos no cérebro para regular a atividade cerebral anormal associada à POC (Ibrahim et al., 2024). Estes elétrodos são implantados num alvo cerebral específico, como o membro anterior da cápsula interna (ALIC), o corpo estriado ventral (VS) ou o tálamo. A ECP modula a atividade elétrica dessas regiões, influenciando áreas cerebrais associadas à POC, sendo que o grau de modulação apresenta correlação com a melhoria dos sintomas (Brock et al., 2024; Cruz et al., 2022). Diferentes alvos de estimulação podem produzir benefícios específicos; a cápsula ventral (VC) e a segmentação do VS estão associados à melhoria da depressão comórbida, enquanto a segmentação do núcleo subtalâmico (STN) favorece a flexibilidade cognitiva (Brock et al., 2024).

Uma das vantagens desta abordagem é a possibilidade do psiquiatra ajustar a intensidade da estimulação, modificando a tensão usada durante a estimulação, para otimizar a resposta terapêutica. Os principais alvos da ECP utilizados em pacientes com POC resistente estão representados na Figura 1.

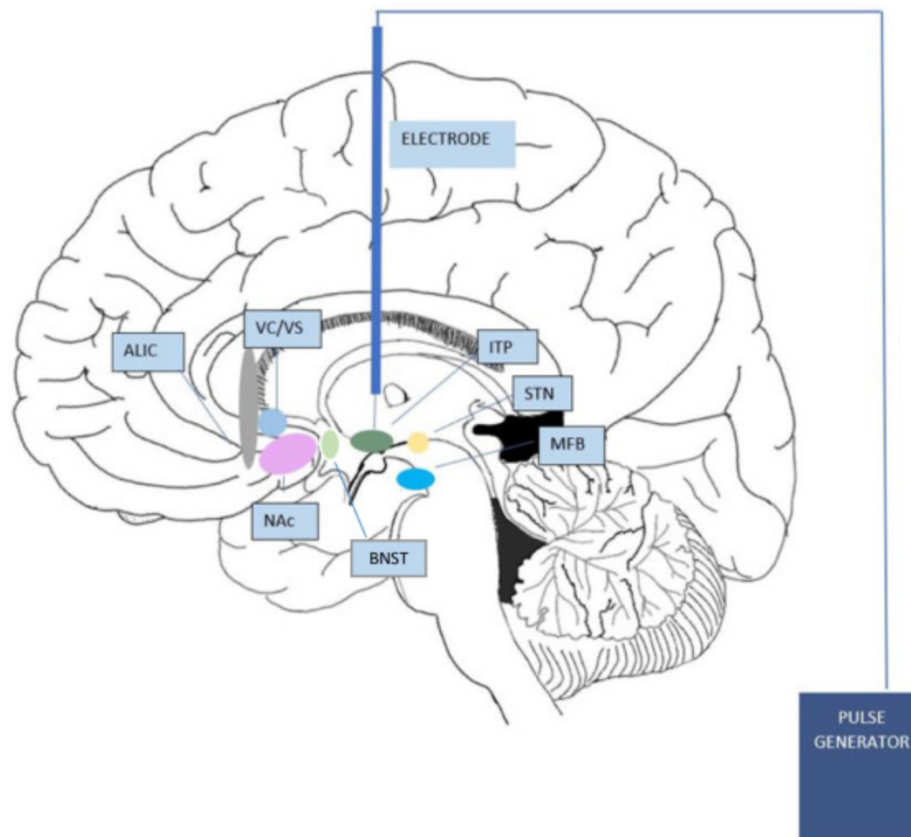


Figura 1 - Principais alvos da ECP utilizados em pacientes com POC resistente (Cruz et al., 2022)

Legenda - Núcleo accumbens (NAc); núcleo subtalâmico (STN); núcleo do leito da estria terminal (BNST); membro anterior da cápsula interna (ALIC); pedúnculo talâmico inferior (ITP); feixe prosencefálico medial (MFB).

Quanto à definição do alvo mais eficaz, os resultados disponíveis permanecem inconclusivos, sendo levantada a hipótese de que a variabilidade na resposta esteja relacionada a diferenças nos perfis sintomáticos e nos substratos neurais parcialmente distintos entre os pacientes (Cruz et al., 2022).

3.2.2. Estimulação Magnética Transcraniana

A EMT constitui uma técnica emergente de estimulação cerebral não invasiva com eficácia no tratamento na depressão major, tendo emergido mais recentemente como potencial adjuvante às intervenções comportamentais e farmacológicas na POC. Este método baseia-se na aplicação de campos magnéticos breves e intensos, gerados por uma

bobina condutora, capazes de induzir correntes elétricas que modulam a atividade neuronal em regiões corticais específicas. A resposta terapêutica depende de variáveis como o tipo e a orientação da bobina, a frequência de estimulação e a proximidade do alvo cortical (Cocchi et al., 2018).

3.3. Capsulotomia anterior radiocirúrgica estereotática

Doentes com POC grave e refratário aos tratamentos convencionais são potenciais candidatos a intervenções neurocirúrgicas, incluindo técnicas neuroablativas. A capsulotomia anterior constitui um procedimento neuroablativo utilizado no tratamento da POC. Este método consiste na criação de lesões no membro anterior da ALIC, afetando fibras da substância branca que conectam o córtex pré-frontal ao tálamo mediodorsal. A interrupção deste circuito resulta na redução da hiperatividade observada no circuito corticoestriatal, envolvendo regiões como o COF, o córtex cingulado anterior e o núcleo caudado, áreas estas associadas à fisiopatologia da POC. As taxas de resposta após a realização da CA variam entre 47% e 79%, com remissão total dos sintomas reportada em 11% a 24% dos casos (Gupta et al., 2024).

3.4. Suplementos alimentares

3.4.1. Vitaminas e minerais

A vitamina D exerce efeitos antioxidantes, anti-inflamatórios e imunomoduladores, essenciais para o funcionamento cerebral, incluindo a regulação da neurotransmissão e neuroproteção. Deficiências de vitamina D podem afetar a produção de serotonina e catecolaminas, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento da POC. Estudos mostram que níveis baixos de vitamina D estão associados a maior gravidade da perturbação (Eynde et al., 2024).

Também a vitamina B12 e o ácido fólico são fundamentais para o metabolismo cerebral, especialmente para a metilação de neurotransmissores como a serotonina. A deficiência dessas vitaminas, evidenciadas por níveis elevados de homocisteína, podem causar stress oxidativo e danos celulares, associados à etiologia da POC, e constituir um

facto de risco para o seu desenvolvimento (Eynde et al., 2024; Yan et al., 2022). Meta-análises indicam uma correlação inversa entre níveis de vitamina B12 e a gravidade dos sintomas da POC, reforçando um papel potencial no seu tratamento (Eynde et al., 2024).

O selénio e o zinco, pelo seu efeito antioxidante, também podem ser usados como terapias complementares (Eynde et al., 2024).

3.4.2. Produtos à base de plantas

Diversos produtos à base de plantas têm demonstrado potencial no tratamento da POC, sendo usados como complementares ou alternativas às terapias convencionais (Ayati et al., 2020; Eynde et al., 2024).

Entre as plantas que demonstraram melhora significativa nos sintomas da POC estão o açafrão (*Crocus sativus*), a erva-de-São-João (*Hypericum perforatum*), a borragem (*Echium amoenum*), o ashwagandha ou ginseng (*Withania somnifera*), a raiz de valeriana (*Valeriana officinalis*) e o cardo-de-leite (*Silybum marianum*). Assim como os tratamentos tradicionais para a POC, estes compostos atuam principalmente pela modulação de vias neuroquímicas importantes, como as glutamatérgicas e serotoninérgicas., envolvidas nesta perturbação (Ayati et al., 2020; Eynde et al., 2024).

Algumas plantas, como *C. sativus*, *V. officinalis* e *E. amoenum*, oferecem evidências preliminares baseadas nas suas ações psicofarmacológicas, que incluem a inibição da recaptação de monoaminas (serotonina e dopamina), modulação no sistema gabaminérgico e modulação neuroendócrina (Ayati et al., 2020).

É ainda importante ter em conta que, certos produtos à base de plantas podem ser combinados com fármacos, mas alguns deles, como a erva-de-São-João, podem interagir com medicamentos, por exemplo, provocando síndrome serotoninérgica quando usados com ISRS (Eynde et al., 2024).

Apesar dos resultados encorajadores, a evidência clínica ainda é limitada, com poucos estudos clínicos e baixa qualidade metodológica, o que torna necessária a realização de pesquisas mais robustas para confirmar a eficácia e segurança da utilização destes produtos à base de plantas para o tratamento da POC. Também é importante considerar possíveis interações medicamentosas e aspetos de segurança para garantir o uso adequado destas plantas (Ayati et al., 2020; Eynde et al., 2024).

3.5. Outras abordagens não farmacológicas

3.5.1. Alimentação

A dieta cetogénica, já consolidada como eficaz na epilepsia refratária, tem despertado interesse como possível intervenção na POC, uma vez que ambas as condições partilham alterações neurobiológicas relacionadas ao metabolismo cerebral, como disfunção mitocondrial, inflamação, stress oxidativo e desequilíbrios energéticos. Ao induzir corpos cetónicos como fonte alternativa de energia, este regime alimentar pode restaurar a homeostase neuronal, reduzir a inflamação e modular neurotransmissores, nomeadamente pelas vias glutamatérgicas e GABAérgicas, que estão envolvidas nos sintomas obsessivo-compulsivos (Lounici et al., 2024).

Um artigo recente, de 2025, sugere que padrões alimentares baseados em alimentos integrais e regimes alimentares inspirados na dieta cetogénica também podem ter impacto positivo no metabolismo associado à POC. Alterações como resistência à insulina, disfunção intestinal, inflamação crónica e desequilíbrios no eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal podem contribuir para a manutenção dos sintomas, e uma alimentação com baixo consumo de processados, rica em gorduras saudáveis e pobre em açúcares refinados poderia mitigar esses mecanismos. Apesar de ser ainda uma hipótese teórica, a intervenção dietética é apontada como acessível e com baixo risco de efeitos adversos (Dawson et al., 2025).

Por outro lado, estudos observacionais mostram que a qualidade alimentar global de adultos com POC tende a estar em linha com recomendações nacionais, sem diferenças claras na ingestão de macro e micronutrientes em função da gravidade dos sintomas. Ainda assim, há indícios de que menor consumo de cafeína e magnésio pode associar-se a maior gravidade da POC, embora estes achados devam ser interpretados com precaução devido ao tamanho reduzido da amostra e ao carácter transversal do estudo (Nguyen et al., 2021).

Em suma, embora estas evidências sugiram que intervenções dietéticas e nutricionais possam ter um papel no POC, a literatura ainda é limitada, e são necessários mais estudos e ensaios clínicos para confirmar a sua eficácia e segurança (Dawson et al., 2025; Lounici et al., 2024; Nguyen et al., 2021).

3.5.2. Exercício físico

De acordo com uma revisão sistemática e meta-análise recentes, o exercício físico, como atividades aeróbicas e ioga, pode reduzir significativamente os sintomas da POC, além de melhorar sintomas associados de depressão e ansiedade. No entanto, muitos dos estudos carecem de grupos controle, dificultando a distinção entre os efeitos específicos do exercício e os efeitos relacionados à atenção ou interação social. Assim, são necessários estudos futuros, especialmente ensaios clínicos randomizados, para confirmar a eficácia do exercício e determinar as melhores modalidades, duração e intensidade para seu uso como terapia adjuvante na POC (Bottoms et al., 2023).

3.5.3. Meditação e acupuntura

Embora os tratamentos convencionais sejam eficazes, alguns doentes procuram terapias alternativas devido aos seus efeitos adversos ou falta de resposta (Tian et al., 2020).

A prática de meditação e *mindfulness*, por exemplo, tem demonstrado benefícios na POC. Estudos indicam que essas práticas podem reduzir a intensidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, melhorar a regulação emocional e diminuir a ansiedade associada à perturbação (Lee et al., 2022; Tian et al., 2020). Além disso, num estudo intitulado “*Meditation-based intervention for obsessive-compulsive disorder*” os participantes relataram maior aceitação dos pensamentos intrusivos e menor reatividade aos mesmos. Essas evidências sugerem que a meditação pode ser uma terapia complementar eficaz no tratamento da POC (Lee et al., 2022).

Alguns estudos relativos à acupuntura sugerem que esta pode também ajudar a reduzir os sintomas obsessivo-compulsivos, possivelmente por meio da modulação de neurotransmissores e da redução do stress (Tian et al., 2020).

No entanto, é importante salientar que, embora promissores, os resultados destas terapêuticas complementares são preliminares e mais pesquisas são necessárias para estabelecer a eficácia das mesmas (Tian et al., 2020).

3.5.4. Nicotina

A nicotina tem sido estudada como potencial tratamento da POC. Pensa-se que esta substância possa melhorar os sintomas de doentes com POC grave e refratária, devido à sua ação sobre os recetores nicotínicos da acetilcolina, que regulam a libertação de neurotransmissores como a dopamina, a serotonina, o glutamato e o ácido gama-aminobutírico (GABA), envolvidos na fisiopatologia da doença. Estes recetores estão presentes em circuitos relacionados com as compulsões e a memória, podendo a nicotina reduzir a atividade colinérgica e estabilizar a glutamatérgica, o que teoricamente atenua a hiperativação orbitofrontal e comportamentos repetitivos. Contudo, os estudos clínicos são poucos, heterogêneos e com resultados mistos, e o seu uso implica risco de dependência, não sendo por isso recomendado fora de investigação (Piacentino et al., 2020).

Parte II - ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A PERCEÇÃO DA DOENÇA

4. Materiais e Métodos

4.1. Tipo de estudo

Em complementaridade com a revisão da literatura, foi desenvolvido um trabalho de campo com o objetivo de avaliar, de forma exploratória e descritiva, a percepção da população relativamente à POC e às respetivas abordagens terapêuticas.

A escolha de um estudo de carácter exploratório prende-se ao facto da percepção da população relativamente à POC e às suas abordagens terapêuticas constituir uma área ainda pouco investigada em contexto nacional, não existindo dados consistentes que permitam caracterizar, de forma sistemática, o conhecimento comum sobre a doença. Assim, um estudo exploratório possibilita obter uma visão inicial e abrangente sobre a perturbação em estudo, identificando lacunas de conhecimento, percepções erróneas e padrões de utilização de terapias.

Adicionalmente, a metodologia adotada é de natureza mista, integrando abordagens quantitativas e qualitativas.

4.2. Conceção do questionário

Foi elaborado e aplicado um questionário online intitulado “Questionário sobre POC (Perturbação Obsessivo-Compulsiva)”, com o objetivo de recolher dados relativos à percepção da população sobre esta perturbação (Anexo I).

Trata-se de um questionário online, de participação voluntária, anónimo e confidencial, com uma duração aproximada de 5 minutos. A sua estrutura encontra-se organizada em duas secções principais: (A) dados sociodemográficos e (B) conhecimentos sobre a POC. Adicionalmente, no final do questionário, é apresentado um infográfico sobre a POC (Anexo II), com o intuito de contribuir para a literacia em saúde e sensibilizar para aspetos relevantes da doença.

O questionário foi desenvolvido numa plataforma online para o efeito e implementado através da internet, de forma a facilitar a recolha de dados. O mesmo foi disponibilizado exclusivamente em língua portuguesa. Antes de participar no estudo, os

indivíduos foram convidados a ler e assinar um termo de consentimento informado, garantindo que os participantes compreendiam de forma clara o propósito da investigação e as condições da sua participação.

Este estudo foi conduzido em estrita conformidade com os princípios éticos e deontológicos, seguindo as Diretrizes da Declaração de Helsínquia, com vista à proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos participantes. Todos os envolvidos foram devidamente informados sobre os objetivos, métodos e procedimentos do estudo, e o consentimento informado foi obtido previamente, assegurando a autonomia e a confidencialidade dos seus dados (Anexo III). Adicionalmente, a investigação foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética da Egas Moniz (PT-409/24) garantindo o cumprimento integral dos procedimentos metodológicos e éticos de forma a cumprir os requisitos necessários para uma pesquisa ética e responsável.

4.3. Divulgação do questionário

O questionário esteve disponível entre 09 de janeiro de 2025 e 01 de fevereiro de 2025, tendo sido divulgado através de um link partilhado nas redes sociais, como WhatsApp, Instagram e Facebook. Esta abordagem de divulgação foi adotada com o propósito de garantir uma amostra heterogénea composta por perfis variados, contemplando diferentes tipos de participantes e assegurando diversidade de utilizadores, sem favorecer grupos específicos. Cada participante podia responder apenas uma vez, de modo a preservar a integridade dos dados recolhidos.

Antes da sua disponibilização, procedeu-se à realização de um pré-teste com o objetivo de avaliar a clareza, funcionalidade e eficácia do questionário, assegurando a adequação do instrumento de recolha de dados para os fins da investigação.

4.4. Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão definidos para a participação no estudo foram, de forma cumulativa, os seguintes:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Saber ler e escrever;
- Acesso à internet.

Foram excluídos do estudo participantes que apresentaram:

- Declaração de não aceitação em participar no estudo, no consentimento informado;
- Respostas consideradas inválidas, comprometendo a qualidade dos dados coletados.

4.5. Recolha e análise dos dados

Após a recolha, os dados foram organizados e harmonizados no Microsoft Excel. A análise foi conduzida através de estatística descritiva, recorrendo a medidas de tendência central (médias) e de distribuição (percentagens). Os resultados foram posteriormente apresentados em tabelas e gráficos, de modo a facilitar a sua interpretação.

5. Resultados e Discussão

5.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

QUESTÃO 1 A 7 – Dados sociodemográficos

A amostra do estudo integrou um total de 546 participantes, com idade média de 34,6 anos e idades compreendidas entre os 18 anos e os 78 anos, com uma predominância do sexo feminino (79,1%). Além disso, a maioria dos inquiridos era de nacionalidade portuguesa (95,6%) e tinha a frequência do ensino superior (74,9%), conforme indicado na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição percentual dos participantes do questionário segundo as características sociodemográficas

Variável	N (546)	Percentagem (%)
Sexo		
Feminino	432	79,10
Masculino	114	20,90
Idade (anos)		
18-24	226	41,39
25-34	96	17,58
35-44	70	12,82
45-54	84	15,38
55-64	54	9,89
65 ou +	16	2,93
Nacionalidade		
Portuguesa	524	95,97
Angolana	1	0,18
Austríaca	1	0,18
Brasileira	8	1,47
Espanhola	1	0,18
Francesa	9	1,65
Italiana	1	0,18
Moçambicana	1	0,18
Habilitações académicas		
1º Ciclo	2	0,32
2º Ciclo	4	0,73
3º Ciclo	9	1,65
Ensino Secundário	95	17,40
Bacharelato	27	4,95
Licenciatura	275	50,37
Mestrado	128	23,44
Doutoramento	6	1,10

Relativamente à situação profissional, 36,08% dos participantes encontravam-se a frequentar o ensino superior, identificando-se como estudantes universitários. No conjunto das profissões exercidas, destacaram-se os professores (5,86%), seguidos dos terapeutas ocupacionais (5,68%), farmacêuticos (4,03%), psicólogos (2,93%) e médicos (1,28%). Verificou-se ainda que 1,46% dos participantes se encontravam desempregados e 0,92% reformados. O grupo mais heterogêneo correspondeu aos restantes 41,76% que mencionaram outras profissões, nomeadamente enfermagem, fisioterapia, advocacia, atividades administrativas, auxiliares de ação educativa, educador de infância, empregado de mesa, música, comércio, polícia, entre outras.

Relativamente aos 197 estudantes universitários, existe uma ampla distribuição por diferentes cursos, detalhada na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição percentual dos estudantes universitários pelos diferentes cursos

Curso	N (N=197)	Percentagem (%)
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas	40	20,30
Licenciatura/Mestrado em Direito	30	15,23
Licenciatura em Ciências Biomédicas Laboratoriais	22	11,17
Licenciatura em Psicologia	19	9,64
CTeSP de Apoio à Infância	18	9,14
Mestrado Integrado em Medicina Dentária	9	4,57
Licenciatura em Enfermagem	7	3,55
Outros	52	26,40

5.2. Caracterização da percepção da doença por parte da população

QUESTÃO 8 - “Sabe o que é ou já alguma vez ouviu falar de POC (Perturbação Obsessivo-Compulsiva)?”

Antes de iniciarem a secção B, sobre o conhecimento da POC, foi questionado aos participantes de já tinham ouvido falar desta perturbação. A grande maioria respondeu afirmativamente (90,3%), enquanto 9,7% indicou que nunca tinha ouvido falar da POC

(Figura 2). Para este último grupo, o questionário terminou na secção A, não sendo possível prosseguir para a secção dedicada aos conhecimentos sobre a POC, e sendo os mesmos encaminhados diretamente para o final do questionário, o infográfico.

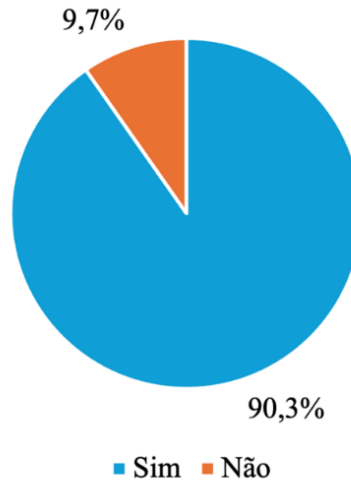


Figura 2 – Distribuição percentual dos participantes que já tinham ouvido falar da POC (N=546)

Entre os participantes que referiram desconhecer a POC, a distribuição das respostas pelos diferentes níveis escolaridade revelou-se heterogénea, não permitindo identificar uma tendência clara.

O questionário terminou na questão 8 para os participantes que declararam não saber o que era a POC, sendo estes direcionados para o infográfico. Por sua vez, os participantes que afirmaram conhecer a POC (N=493) prosseguiram para a secção seguinte.

QUESTÃO 9 - “Possui diagnóstico médico de *Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)*?”

À questão relativa ao diagnóstico médico de POC, tendo apenas 4,7% confirmaram o diagnóstico (Figura 3).

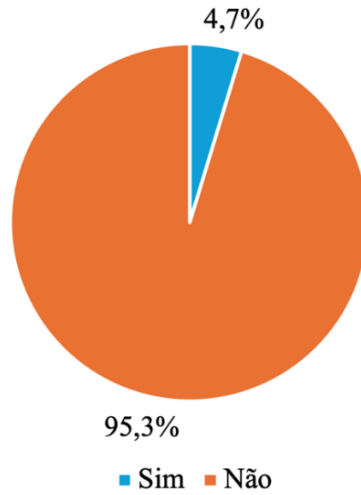


Figura 3 - Distribuição percentual dos participantes com diagnóstico médico de POC (N=493)

QUESTÃO 10 - “Já teve contacto prévio com algum familiar ou amigo diagnosticado com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)?”

Cerca de um terço dos participantes (32,9%) respondeu afirmativamente a esta questão (Figura 4).

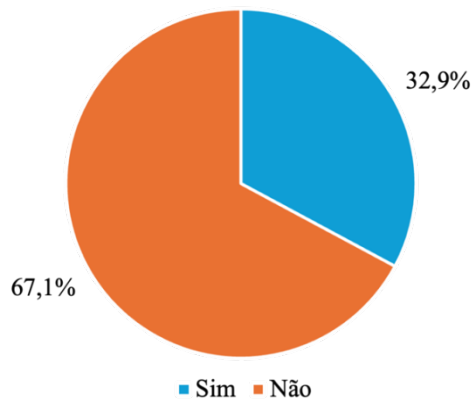


Figura 4 - Distribuição percentual dos participantes com um familiar ou amigo diagnosticado com POC (N=493)

QUESTÃO 11 - “O que é a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)?”

Dos 493 participantes que seguiram para a Secção B, podemos constatar que 58,0% sabem que a POC é uma perturbação de ansiedade, tendo os restantes revelado desconhecimento ou atribuído a POC a outro tipo de perturbações (Figura 5).

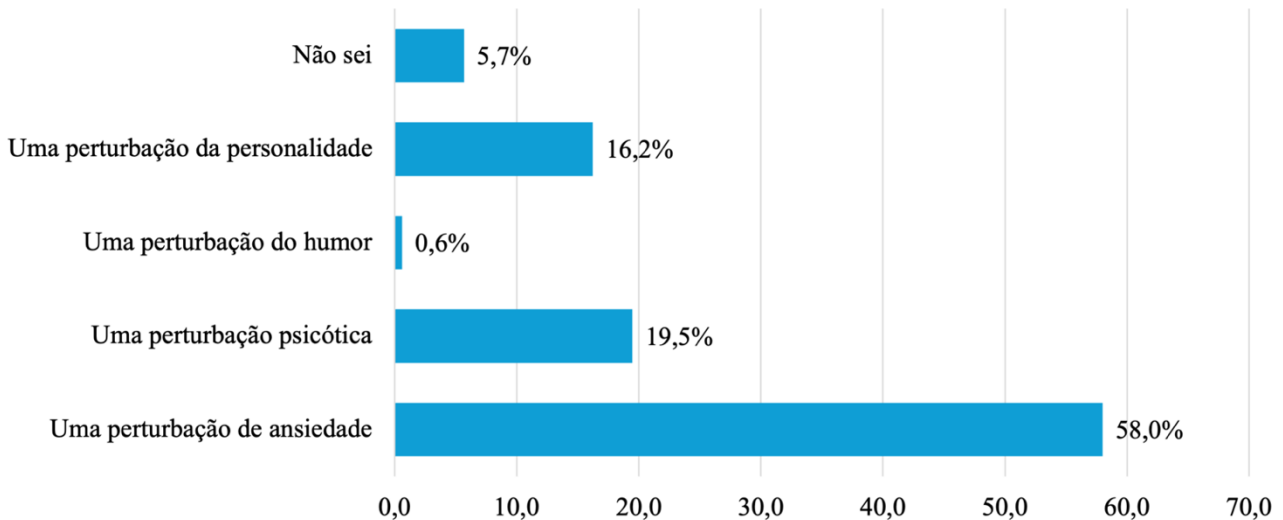


Figura 5 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto ao tipo de perturbação que consideram ser a POC (N=493)

QUESTÃO 12 - “Qual/quais são os principais sintomas da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)?”

Para avaliar a perceção da população relativamente às manifestações clínicas mais frequentemente associadas à POC, foi solicitado aos participantes que indicassem se consideravam que determinados comportamentos ou sintomas faziam parte da perturbação. A Figura 6 apresenta a distribuição das respostas obtidas, discriminando as opções “Sim”, “Não” e “Não sei” para cada um dos sintomas analisados.

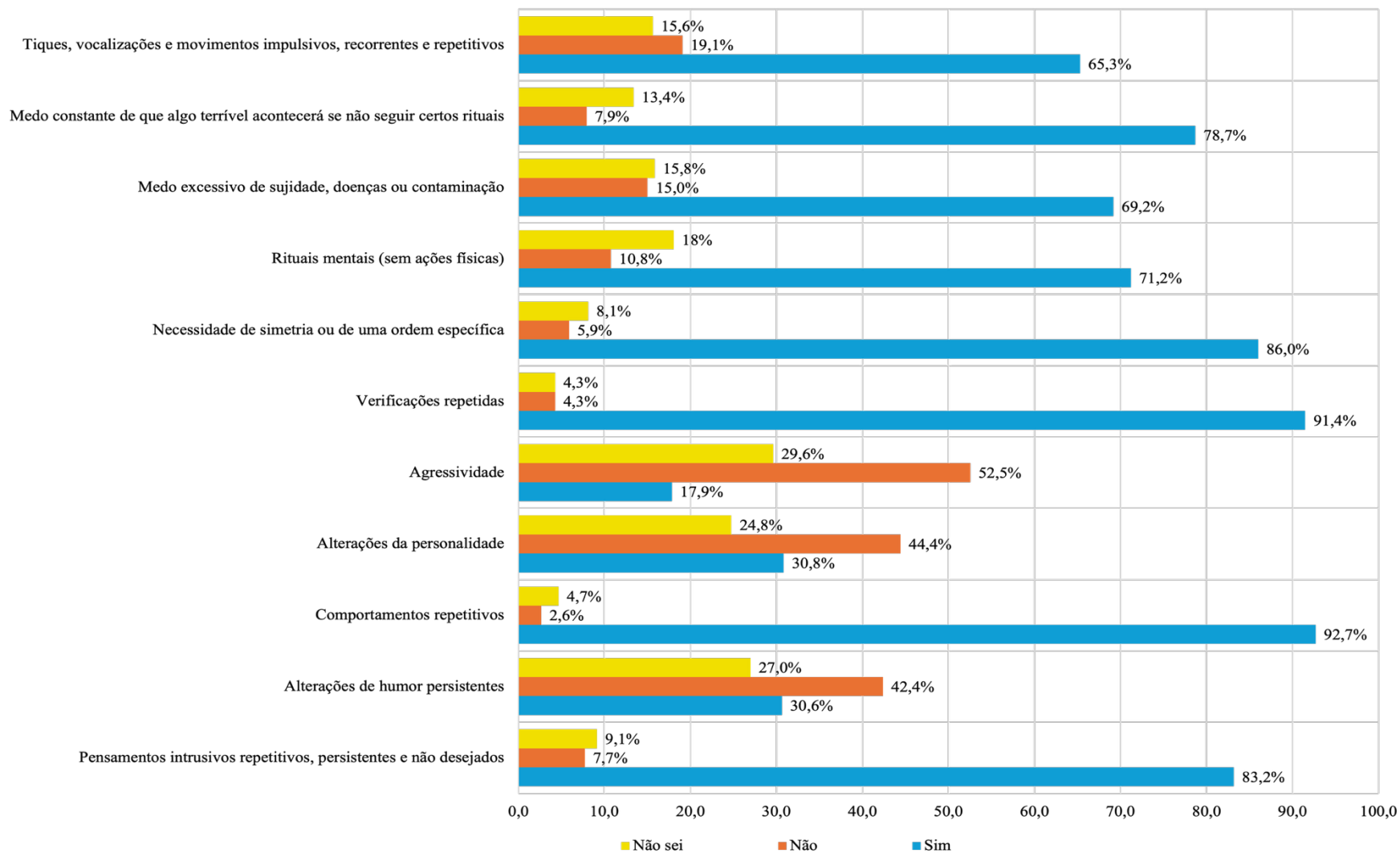


Figura 6 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto ao que pensam ser os principais sintomas da POC (N=493)

QUESTÃO 13 - “Qual/quais das seguintes opções considera ser a ou as causas principais do surgimento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)?”

A percepção da população foi avaliada quanto às possíveis causas do surgimento da POC. Para tal, os inquiridos tiveram de indicar se consideravam que determinados fatores estavam ou não relacionados com a origem da mesma. A Figura 7 apresenta a distribuição das respostas para cada um dos fatores propostos.

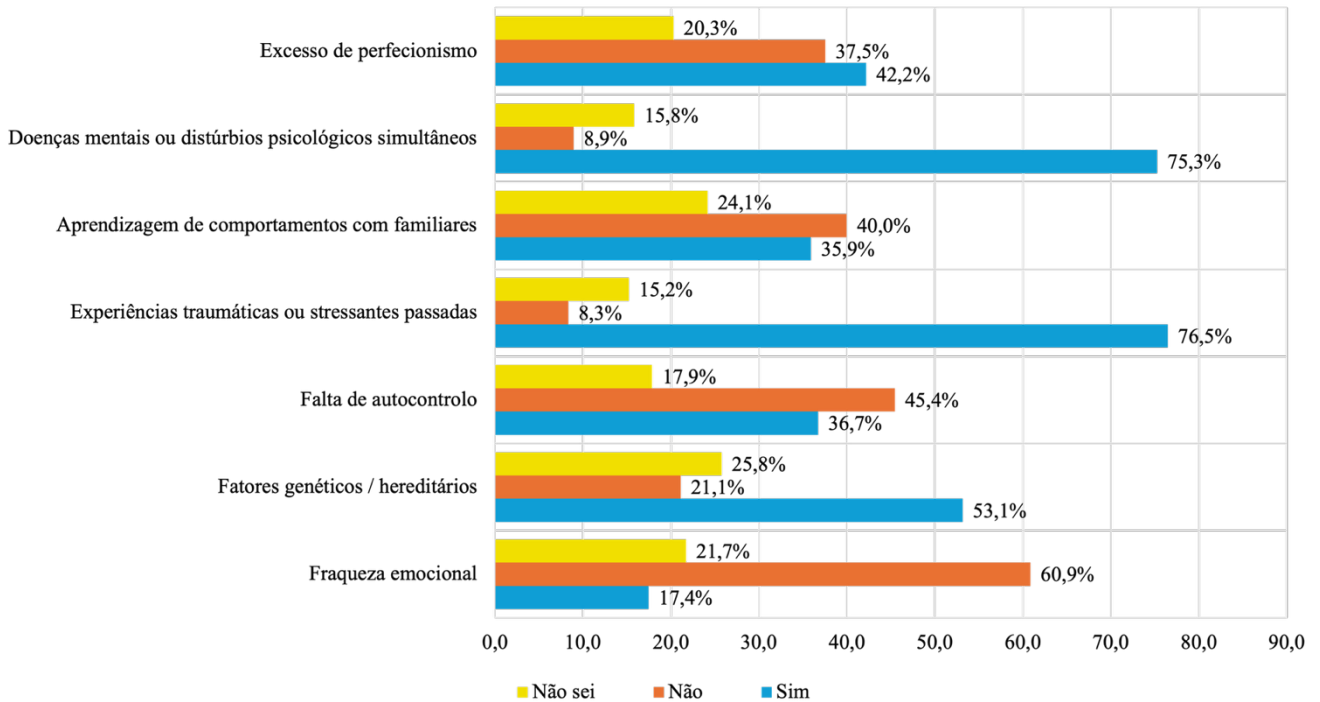


Figura 7 - Distribuição percentual das respostas dos participantes sobre os fatores percebidos como causas do surgimento da POC (N=493)

5.3. Caracterização da percepção da terapêutica nos doentes com POC

QUESTÃO 14 - “A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) pode ser tratada com psicoterapia?”

Relativamente ao tratamento da POC, verificou-se que a maioria dos participantes (77,9%) reconhece a psicoterapia como uma opção terapêutica, enquanto 19,1% referiram não saber e 3,0% acreditam não poder ser tratável com psicoterapia (Figura 8).

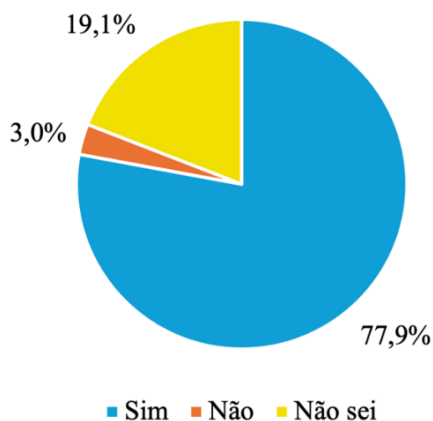


Figura 8 - Distribuição percentual das respostas dos participantes à questão sobre a possibilidade de tratamento da POC com psicoterapia (N=493).

QUESTÃO 15 - “A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) pode ser tratada com medicamentos?”

No que diz respeito ao tratamento da POC com medicamentos, a percentagem de respostas afirmativas foi menor, tendo 58,0% (N=286) afirmado ser possível, enquanto 10,5% indicou não ser tratável com medicamentos e 31,5% referiu não saber (Figura 9).

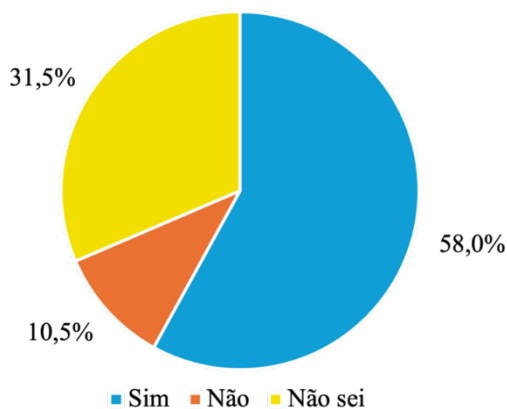


Figura 9 - Distribuição percentual das respostas dos participantes à questão sobre a possibilidade de tratamento da POC com medicamentos (N=493).

No que respeita aos conhecimentos sobre a terapêutica farmacológica da POC, apenas os participantes que responderam afirmativamente à possibilidade de tratamento com medicamentos (N=286) prosseguiram no questionário. Para os restantes, o questionário terminou, tendo sido encaminhados para o infográfico.

QUESTÃO 16 - “*Quais são as classes de medicamentos mais utilizadas para o Tratamento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)*”

Destes 286 participantes, verificou-se que menos de metade (47,2%) identificou corretamente a classe farmacológica mais utilizada no tratamento da POC, tendo 20,2% indicado outras classes, nomeadamente, antipsicóticos e benzodiazepinas, e 32,5% referiu não saber (Figura 10).

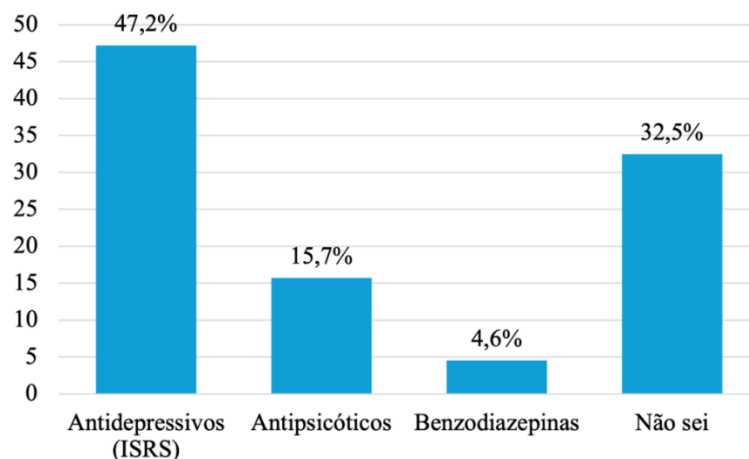


Figura 10 - Distribuição percentual das respostas dos participantes relativamente à classe farmacológica dos medicamentos mais utilizados no tratamento da POC (N=286).

QUESTÃO 17 - “*Qual/quais são os efeitos secundários mais comuns associados ao uso de antidepressivos (Inibidores seletivos da recaptação da serotonina, ISRS) no tratamento da POC?*”

Quanto aos efeitos secundários mais frequentemente associados ao uso de antidepressivos na terapêutica da POC, os ISRS, 42,0% dos inquiridos identificaram corretamente a insónia como sendo um efeito adverso comum destes fármacos, assim como os problemas sexuais com 53,1% de respostas afirmativas. No entanto, observou-se a incorreta identificação de determinados efeitos adversos: a maioria dos participantes

considerou a sonolência (67,8%) e o aumento de peso (60,5%) como efeitos secundários comuns associados aos ISRS, apesar de estes não se encontrarem entre os mais frequentemente reportados nesta classe farmacológica. A distribuição detalhada das respostas dos participantes encontra-se representada na Figura 11.

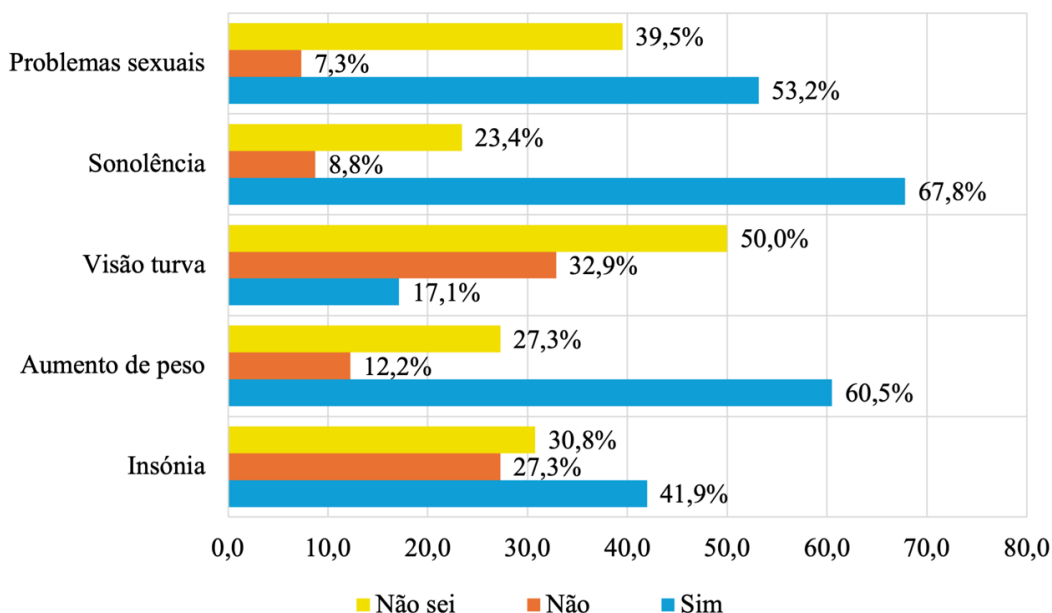


Figura 11 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto aos efeitos secundários mais comuns associados aos antidepressivos no tratamento da POC (N=286)

QUESTÃO 18 - “Durante quanto tempo, em média, o tratamento farmacológico da POC deve ser mantido?”

Constatou-se que aproximadamente metade dos inquiridos (40,9%) declarou não saber identificar qual o tempo, em média, em que o tratamento farmacológico da POC deve ser mantido. Apenas 24,1% respondeu corretamente, referindo que a terapêutica deve ser mantida entre 6 e 12 meses (Figura 12).

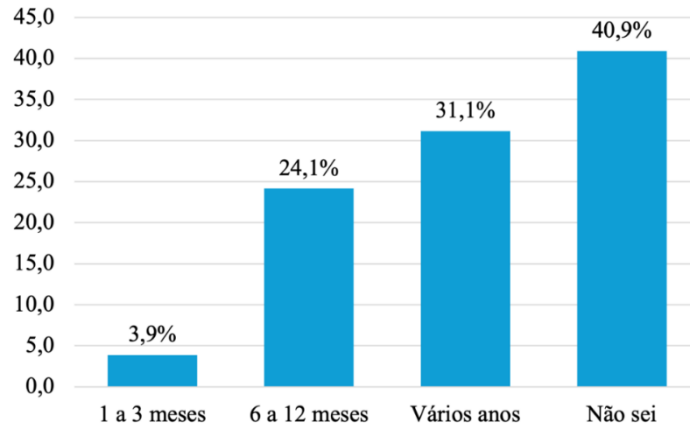


Figura 12 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto ao tempo, em média, que o tratamento farmacológico deve ser mantido (N=286)

QUESTÃO 19 - “*Pode haver recorrência dos sintomas de POC após a descontinuação dos medicamentos?*”

Uma elevada percentagem de participantes (83,9%) tem conhecimento de que após descontinuação da medicação pode haver reaparecimento dos sintomas da POC, ao contrário de 15,7% que considera não existir possibilidade de recorrência. Apenas 0,3% afirmou não saber (Figura 13).

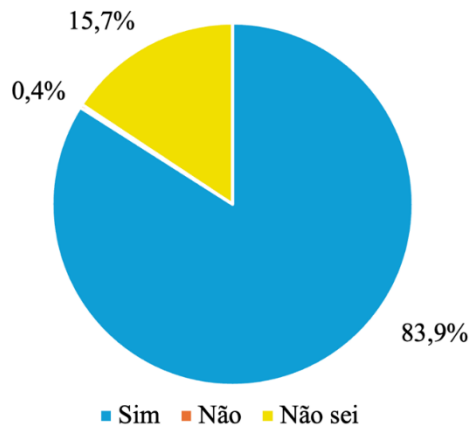


Figura 13 - Distribuição percentual dos participantes acerca da possibilidade da recorrência dos sintomas da POC após descontinuação dos medicamentos (N=286)

QUESTÃO 20 - “*Dos seguintes sintomas, qual/quais são os sintomas de descontinuação mais comuns associados ao uso prolongado de ISRS (Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina) na POC?*”

Uma elevada percentagem dos participantes (78,3%) identificou corretamente a ansiedade e a irritabilidade como sintomas comuns de descontinuação associados ao uso prolongado de ISRS. Outros efeitos corretamente apontados foram as náuseas e as tonturas (46,9%). Em contraste, uma pequena percentagem de inquiridos referiu incorretamente a febre (3,1%) e as crises epilépticas (7,3%) como possíveis sintomas de descontinuação destes fármacos (Figura 14).

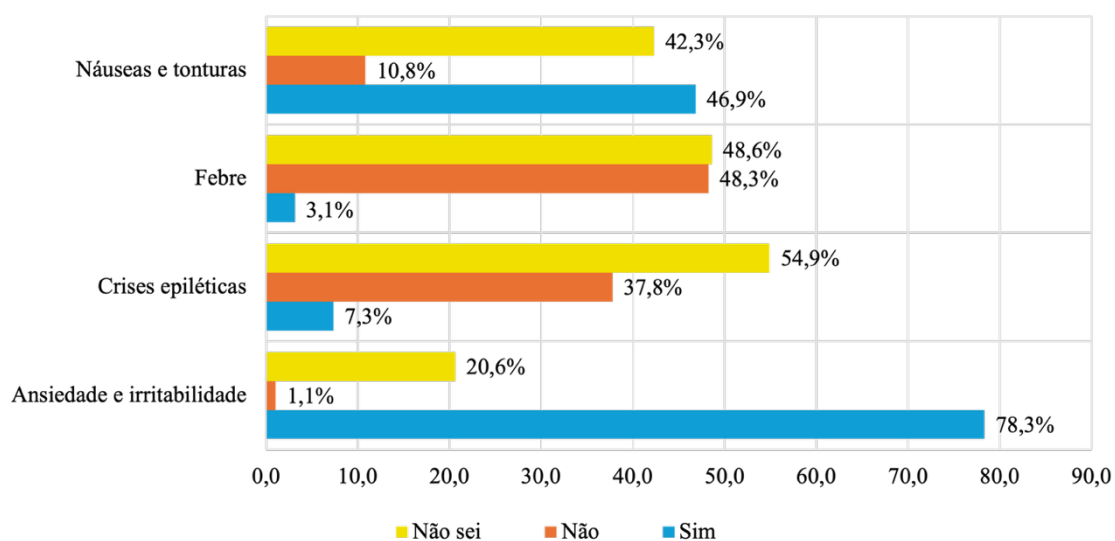


Figura 14 - Distribuição percentual das respostas dos participantes quanto aos sintomas de descontinuação mais comuns associados ao uso prolongado de ISRS (%; N=286)

5.4. Profissionais de saúde

Dos inquiridos que referiram conhecer a POC (N= 493), 10,5% eram Profissionais de Saúde (PS, N=52), contrariamente aos restantes 89,5% que correspondiam a Não Profissionais de Saúde (NPS, N=441).

Tendo em conta que os PS, pela sua formação e experiência clínica, tendem a deter um conhecimento mais aprofundado sobre saúde mental, incluindo a POC, procedeu-se a uma análise comparativa das respostas deste grupo - abrangendo médicos, farmacêuticos, enfermeiros e psicólogos - em relação às da população NPS. O objetivo

desta comparação foi avaliar se as respostas dos PS poderiam contribuir para o enviesamento dos dados globais da amostra do estudo.

De uma forma geral, as respostas apresentadas por ambos os grupos mostraram-se semelhantes, conforme evidenciado nas Figuras 15 a 22 e na Tabela 10.

Observaram-se respostas incorretas relativamente à caracterização da POC, tendo 19,2% dos PS associando a perturbação a uma "perturbação psicótica" e 13,5% a uma "perturbação de personalidade" (Figura 15).

Adicionalmente, registaram-se perceções incorretas entre os profissionais no que diz respeito à sintomatologia da POC, como a sua errada associação a "alterações de humor persistentes", "alterações de personalidade" e ainda "agressividade" ou "tiques, vocalizações e movimentos impulsivos" (Tabela 10).

Os dados revelam ainda alguma falta de reconhecimento dos PS de "pensamentos intrusivos" e "rituais mentais" como sintomatologia essencial da POC (Tabela 10). Na identificação das causas da POC, uma percentagem preocupante dos PS atribuiu erroneamente a perturbação a "excesso de perfeccionismo" (46,2%), "falta de autocontrolo" (38,5%) e "fraqueza emocional" (19,2%), revelando persistência do estigma até entre profissionais de saúde (Figura 16).

Por fim, foram também observadas respostas de desconhecimento ("não sei") entre os PS em algumas das questões, nomeadamente quanto a certos efeitos secundários de antidepressivos (Figura 19) e sintomas de descontinuação de ISRS (Figura 22). Estes resultados sugerem a existência de algumas lacunas de conhecimento relevantes no conhecimento da POC nos profissionais de saúde.

"O que é a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)?"

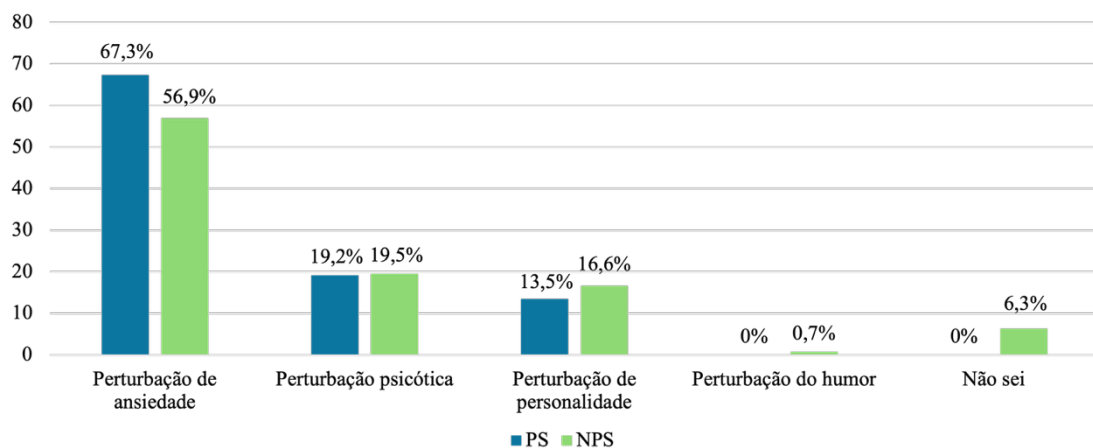


Figura 15 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=52) e dos NPS (N=441) quanto ao tipo de perturbação que consideram ser a POC

“Qual/quais são os principais sintomas da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)?”

Tabela 10 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=52) e dos NPS (N=441) relativas aos principais sintomas da POC

Sintomas		PS (%)	NPS (%)
Pensamentos intrusivos repetitivos persistentes e não desejados	Sim	92,3	82,1
	Não	7,7	7,7
	Não sei	0,0	10,2
Alterações de humor persistentes	Sim	25,0	31,3
	Não	61,5	40,1
	Não sei	13,5	28,6
Comportamentos repetitivos	Sim	100,0	91,8
	Não	0,0	3,0
	Não sei	0,0	5,2
Alterações da personalidade	Sim	30,7	30,8
	Não	63,5	42,2
	Não sei	5,8	27,0
Agressividade	Sim	21,2	17,5
	Não	67,3	50,8
	Não sei	11,5	31,7
Verificar repetidamente se as portas estão trancadas, se os aparelhos estão desligados, etc	Sim	96,2	90,9
	Não	3,8	4,3
	Não sei	0,0	4,8
Necessidade de simetria ou de uma ordem específica	Sim	98,1	84,6
	Não	1,9	6,3
	Não sei	0,0	9,1
Rituais mentais (sem ações físicas)	Sim	76,9	70,5
	Não	21,2	9,5
	Não sei	1,9	20
Medo excessivo de sujidade, doenças ou contaminação	Sim	76,9	68,3
	Não	19,2	14,5
	Não sei	3,9	17,2
Medo constante de que algo terrível acontecerá se não seguir certos rituais	Sim	84,6	78
	Não	11,5	7,5
	Não sei	3,9	14,5
Tiques, vocalizações e movimentos impulsivos, recorrentes e repetitivos	Sim	69,2	64,9
	Não	26,9	18,1
	Não sei	3,9	17

“Qual/quais das seguintes opções considera ser a ou as causas principais do surgimento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)?”

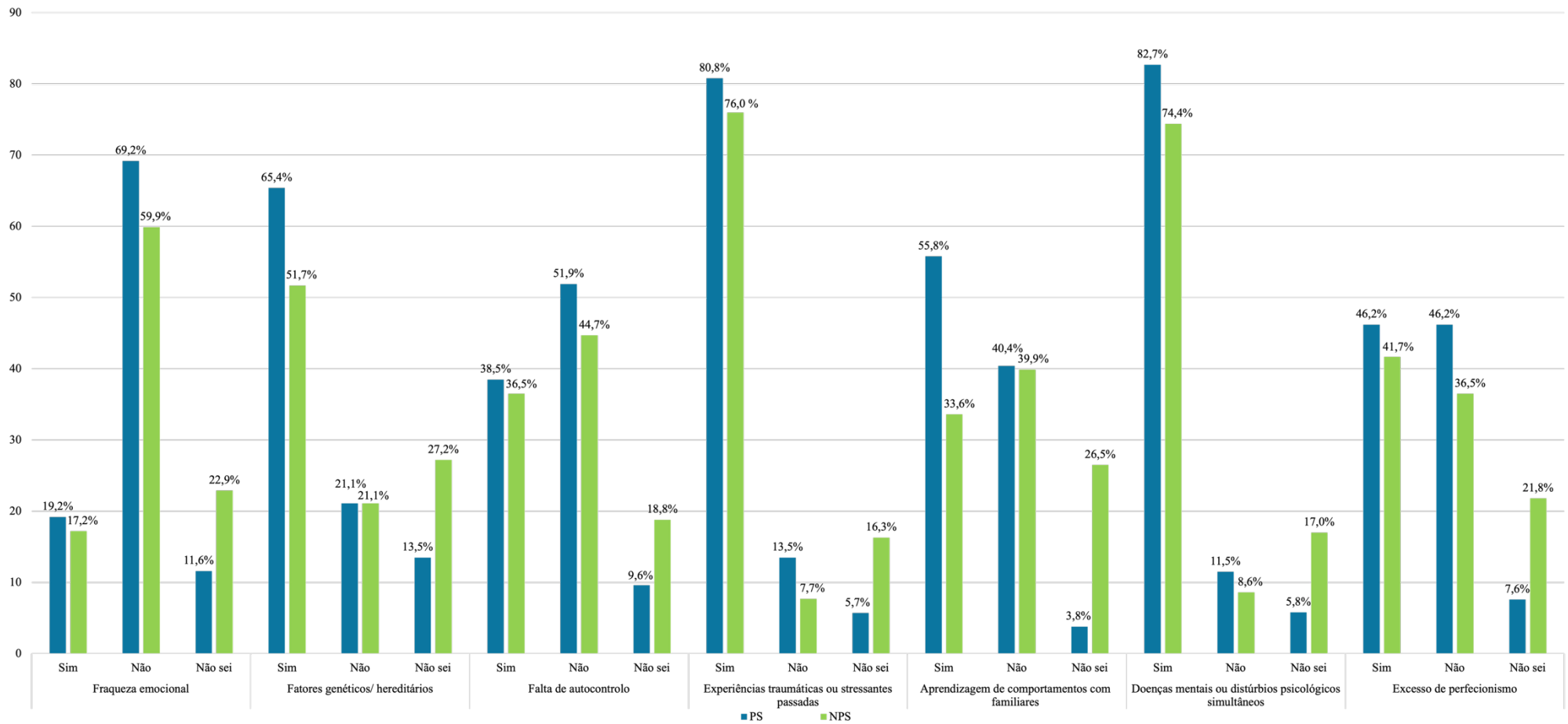


Figura 16 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=52) e dos NPS (N=441) sobre os fatores percebidos como causas do surgimento da POC

“A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) pode ser tratada com medicamentos?”

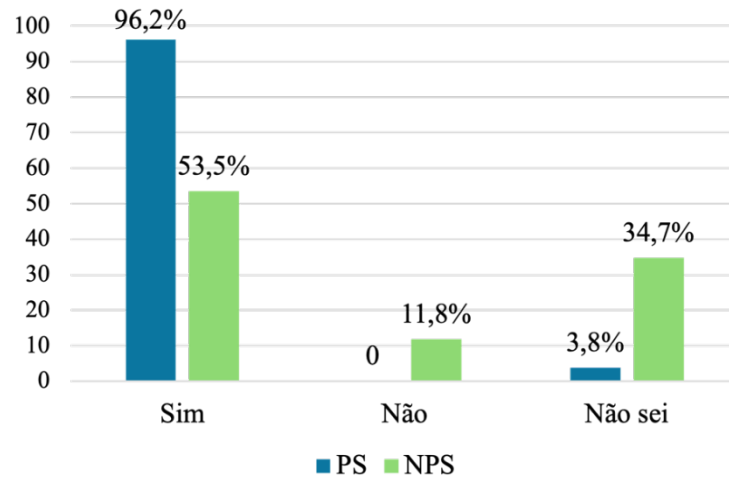


Figura 17 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=52) e dos NPS (N=441) sobre a possibilidade de tratamento da POC com medicamentos

“Quais são as classes de medicamentos mais utilizadas para o Tratamento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)”

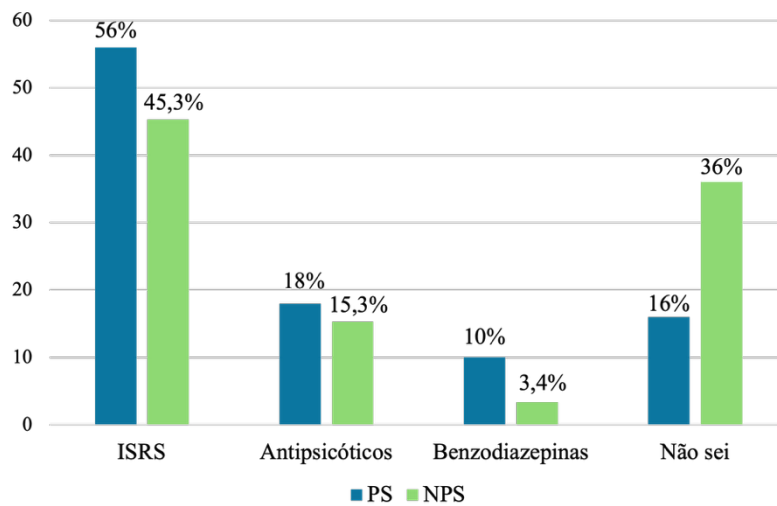


Figura 18 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=50) e dos NPS (N=236) relativamente à classe farmacológica dos medicamentos mais utilizados no tratamento da POC

“Qual/quais são os efeitos secundários mais comuns associados ao uso de antidepressivos (Inibidores seletivos da recaptação da serotonina, ISRS) no tratamento da POC?”

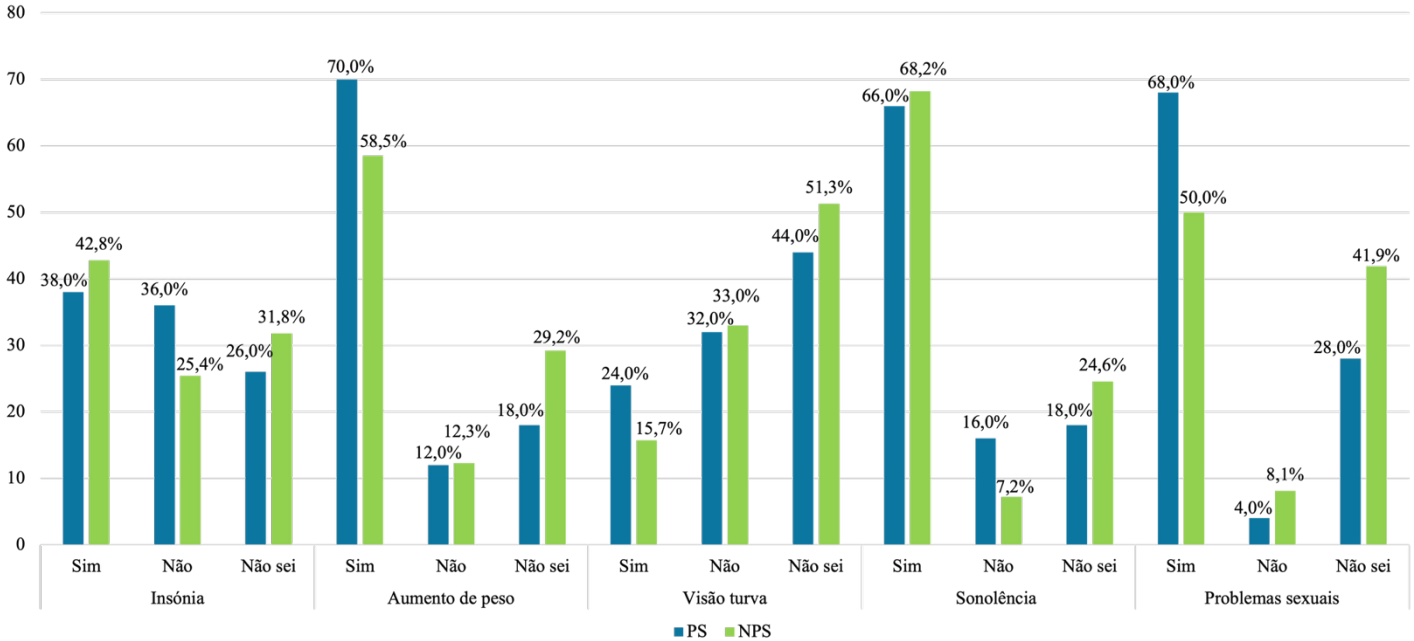


Figura 19 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=50) e NPS (N=236) quanto aos efeitos secundários mais comuns dos antidepressivos no tratamento da POC

“Durante quanto tempo, em média, o tratamento farmacológico da POC deve ser mantido?”

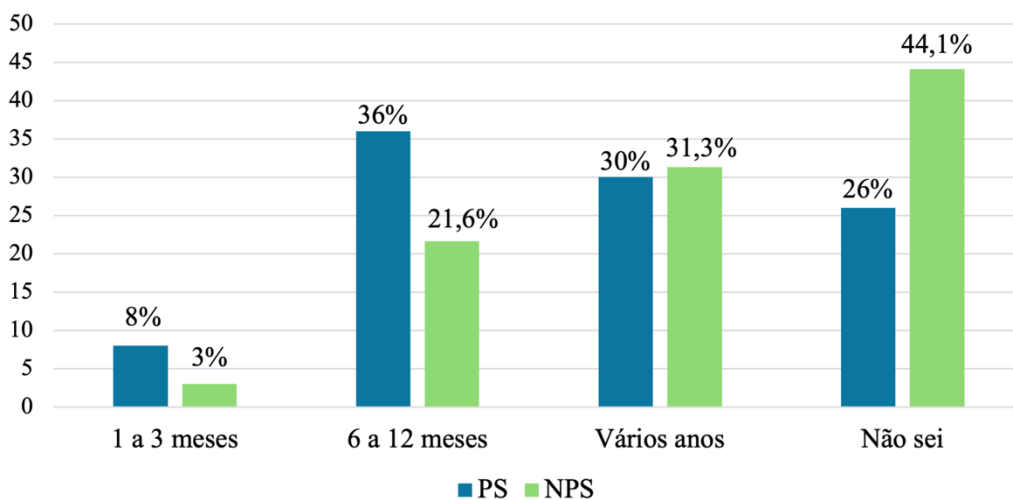


Figura 20 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=50) e dos NPS (N=236) quanto ao tempo, em média, que o tratamento farmacológico deve ser mantido

“Pode haver recorrência dos sintomas de POC após a descontinuação dos medicamentos?”

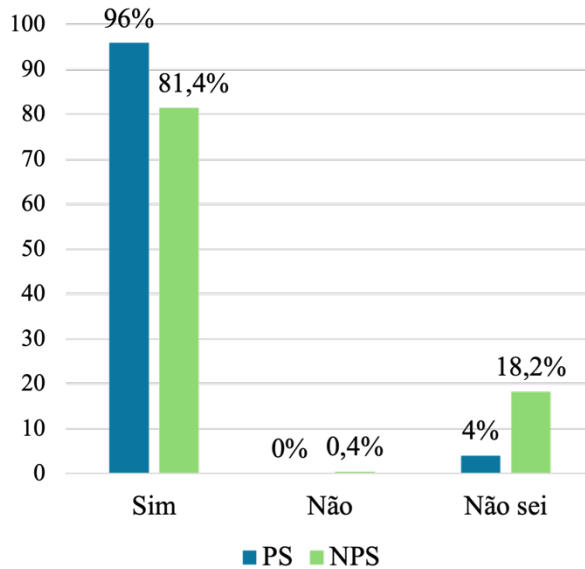


Figura 21 - Distribuição percentual dos PS (N=50) e dos NPS (N=236) acerca da possibilidade da recorrência dos sintomas da POC após descontinuação dos medicamentos

Dos seguintes sintomas, qual/quais são os sintomas de descontinuação mais comuns associados ao uso prolongado de ISRS (Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina) na POC?”

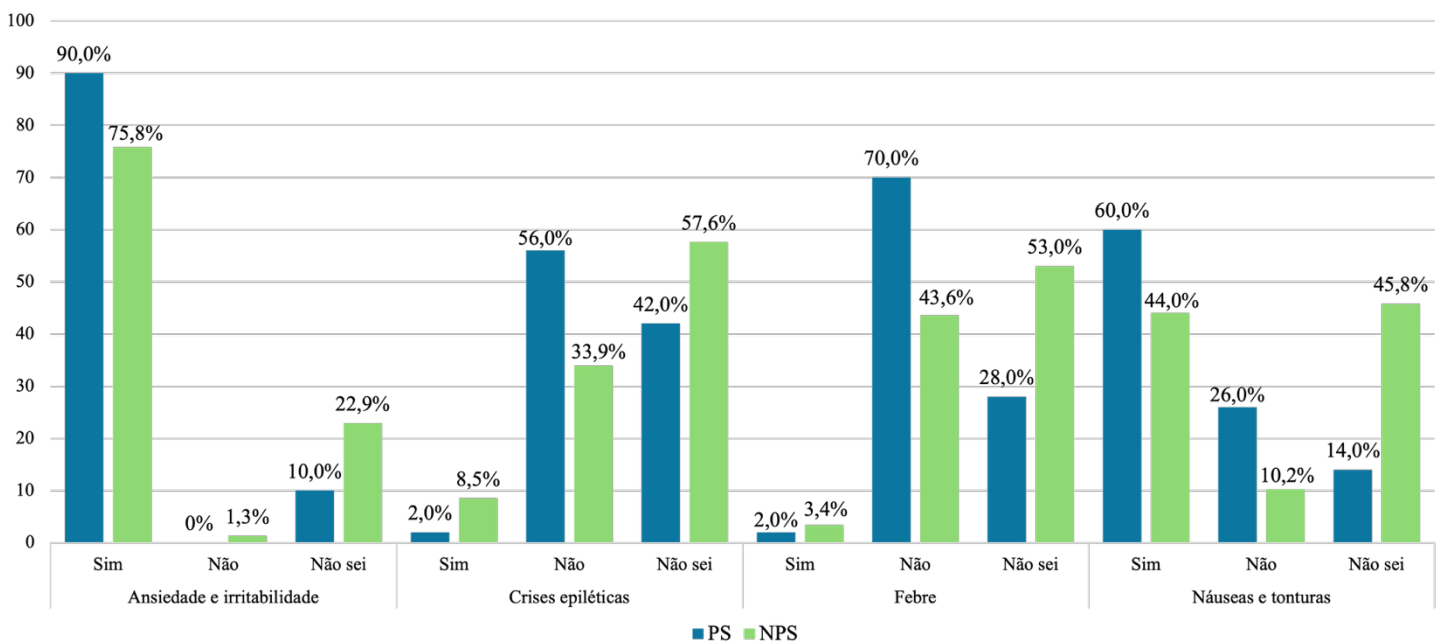


Figura 22 - Distribuição percentual das respostas dos PS (N=50) e dos NPS (N=236) quanto aos sintomas de descontinuação mais comuns associados ao uso prolongado de ISRS

5.3. Discussão dos resultados

O presente estudo teve como objetivo explorar o conhecimento da população relativamente à POC, incidindo sobre as possíveis causas atribuídas à doença, a perceção sobre as opções terapêuticas e o reconhecimento dos efeitos adversos associados à terapêutica farmacológica. Os resultados demonstraram que, embora exista algum grau de conhecimento sobre a doença, persistem lacunas e conceções incorretas que podem influenciar negativamente a perceção social da POC e a procura de ajuda especializada.

No que respeita às causas da POC, verificou-se que uma percentagem relevante dos participantes no estudo associa o surgimento da perturbação a fatores como fraqueza emocional, falta de autocontrolo ou perfeccionismo. Estes resultados estão em consonância com estudos prévios que evidenciam a persistência de crenças estigmatizantes acerca das perturbações psiquiátricas, frequentemente relacionadas com défices de literacia em saúde mental (Alves et al., 2025). A persistência destas conceções incorretas tem implicações relevantes, uma vez que contribui para a perpetuação do estigma social e pode favorecer o adiamento na procura de cuidados especializados, perpetuando o sofrimento dos doentes (Bey et al., 2025; Robinson et al., 2017).

No domínio das opções terapêuticas, os resultados evidenciam que, embora a população esteja relativamente sensibilizada para a utilidade da psicoterapia no tratamento da POC, subsistem dúvidas e défices de conhecimento no que se refere à farmacoterapia. Esta desvalorização da terapêutica medicamentosa reforça a necessidade de programas de educação em saúde que promovam uma compreensão mais fundamentada do papel e da eficácia dos medicamentos, contribuindo para reduzir o estigma, ultrapassar barreiras à sua aceitação e aumentar a adesão ao tratamento

Os resultados obtidos revelaram ainda que parte dos participantes associa incorretamente efeitos adversos como aumento de peso ou sonolência aos ISRS, enquanto menos de metade identificou corretamente efeitos mais prevalentes, como disfunção sexual e insónia. Estes dados estão alinhados com estudos que destacam a persistência de mitos em torno da medicação psiquiátrica e o impacto negativo que tais perceções podem ter na adesão terapêutica (Bey et al., 2025). A desmistificação dos efeitos adversos torna-se, assim, fundamental para fomentar uma relação mais realista e informada com os tratamentos disponíveis.

Importa ainda destacar a relevância da sensibilização em contextos escolares. Considerando que os primeiros sintomas da POC tendem a manifestar-se na infância ou

adolescência e que frequentemente decorre um período prolongado até ao diagnóstico e início da terapêutica, professores e educadores podem desempenhar um papel crucial na identificação precoce de sinais e na referenciação para cuidados especializados (Chaves et al., 2021; Song et al., 2022). A implementação de programas educativos dirigidos a estes profissionais constitui uma oportunidade de intervenção precoce, com impacto direto na melhoria do prognóstico.

Este estudo confirma a persistência de lacunas relevantes no conhecimento da população acerca da POC, em particular no que se refere ao papel da terapêutica farmacológica e aos efeitos adversos associados. Concomitantemente, evidencia uma maior valorização da psicoterapia, em detrimento da medicação, bem como a manutenção de conceções incorretas sobre as causas da perturbação. Estes resultados reforçam a importância de investir em estratégias de promoção da literacia em saúde mental e no combate ao estigma associado à utilização de psicofármacos, capazes de melhorar a aceitação de opções terapêuticas baseadas na evidência e incentivar a procura precoce de cuidados especializados.

Importa salientar que, até onde foi possível apurar, não foram identificados estudos comparáveis que permitam estabelecer uma comparação direta com os resultados obtidos, o que representa uma limitação na discussão em termos de enquadramento com a literatura disponível.

5.4. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Por se tratar de um estudo de natureza exploratória, os resultados obtidos não permitem estabelecer relações de causalidade, restringindo-se à descrição de tendências e percepções observadas.

No que respeita à amostra, embora numerosa, esta não é representativa da população geral, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados. O facto de a divulgação do questionário ter ocorrido através das redes sociais, pode ter introduzido um viés de seleção, comprometendo a representatividade da amostra e favorecendo a participação de indivíduos com maior literacia em saúde e/ou acesso a recursos digitais.

Adicionalmente, a utilização de uma amostragem de conveniência poderá ter enviesado os dados, o que pode, em parte, explicar, por exemplo, a elevada percentagem de participantes com ensino superior.

A recolha de dados baseou-se num questionário autoaplicado, o que implica dependência da correta interpretação das questões por parte dos participantes, bem como a possibilidade de enviesamento nas respostas decorrentes de fatores como a desejabilidade social, podendo comprometer a precisão dos resultados obtidos. Outra limitação prende-se com a utilização de um instrumento desenvolvido especificamente para este estudo, sem validação prévia, o que pode afetar a fiabilidade e a comparabilidade dos resultados.

Por fim, fatores contextuais e culturais, associados ao nível de literacia em saúde dos inquiridos, poderão igualmente ter influenciado as perceções registadas.

Futuras investigações poderão superar estas limitações

Futuras investigações poderão ultrapassar estas limitações mediante a utilização de amostras mais diversificadas, representativas e estatisticamente validadas, de modo a aprofundar a compreensão da perceção da população acerca da POC e das respetivas abordagens terapêuticas. Deverá igualmente ser considerada a adoção de diferentes estratégias de recolha de dados, para além das redes sociais, com o objetivo de reduzir o enviesamento da amostra e aumentar a robustez dos resultados.

Será igualmente pertinente desenvolver estudos longitudinais que permitam avaliar a evolução do conhecimento e da perceção da população ao longo do tempo.

Por fim, outra linha de investigação promissora consiste em analisar o impacto de intervenções educativas, como campanhas digitais, programas escolares ou materiais visuais (por exemplo, infográficos) na modificação das crenças e na promoção da literacia em saúde mental.

Conclusão

O presente estudo permitiu explorar a percepção da população relativamente à POC e às suas opções terapêuticas, tendo revelado um conhecimento geral satisfatório sobre a mesma e o reconhecimento da natureza ansiosa da perturbação. No entanto, verificaram-se lacunas significativas no que respeita à terapêutica farmacológica, bem como a presença de concepções incorretas acerca das causas do surgimento e dos efeitos adversos dos fármacos mais utilizados.

Os resultados obtidos são consistentes com estudos prévios que demonstram que a literacia em saúde mental permanece limitada, em especial no que diz respeito a doenças psiquiátricas e ao uso de psicofármacos, perpetuando estigmas e barreiras à procura de ajuda. O facto de muitos participantes associarem incorretamente a POC a fatores como fraqueza emocional ou falta de autocontrolo reflete ainda a persistência de ideias estigmatizantes que podem atrasar o diagnóstico e o início do tratamento.

A elevada percentagem de respostas corretas sobre o papel da psicoterapia no tratamento da POC mostra que a população está sensibilizada para a sua relevância. Contudo, o menor reconhecimento da terapêutica farmacológica como uma opção de primeira linha evidencia a necessidade de reforçar campanhas educativas que transmitam informação clara, acerca da eficácia e segurança da medicação.

Apesar de os profissionais de saúde tenderem a apresentar maior formação na área da saúde mental, os resultados evidenciam que também neste grupo persistem concepções erróneas e lacunas relevantes no conhecimento sobre a POC, revelando que o estigma e a desinformação não se circunscrevem à população geral.

Assim, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de sensibilização em saúde mental dirigidas à população geral, com destaque para contextos escolares e comunitários, onde a deteção precoce pode ter um impacto particularmente positivo. O reforço da literacia sobre a perturbação poderá não só melhorar a compreensão da doença, como também contribuir para a redução do estigma e para a promoção da adesão às intervenções disponíveis.

Bibliografia

- Alonso, P., Bertolín, S., Segalàs, J., Tubío-Fungueiriño, M., Real, E., Mar-Barrutia, L., Fernández-Prieto, M., Carvalho, S., Carracedo, A., & Menchón, JM. (2021). How is COVID-19 affecting patients with obsessive-compulsive disorder? A longitudinal study on the initial phase of the pandemic in a Spanish cohort. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 64(1), 45. <https://doi.org/10.1192/J.EURPSY.2021.2214>
- Alves, G., Oliveira, N., & Tochetto de Oliveira, C. (2025). O ESTIGMA NO PROCESSO DE DOENÇA MENTAL. *Mudanças: Psicologia Da Saúde*, 32(2), 3–12. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/MUD.V32N2P3-12>
- Ayati, Z., Sarris, J., Chang, D., Emami, S. A., & Rahimi, R. (2020). Herbal medicines and phytochemicals for obsessive-compulsive disorder. *Phytotherapy Research*, 34(8), 1889–1901. <https://doi.org/10.1002/PTR.6656>
- Bey, K., Willems, S., Dueren, A. L., Philipsen, A., & Wagner, M. (2025). Help-seeking behavior, treatment barriers and facilitators, attitudes and access to first-line treatment in German adults with obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/S12888-025-06655-0/FIGURES/8>
- Bhattacharya, M., Kashyap, H., & Reddy, Y. C. J. (2024). Cognitive Training in Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 46(2), 110–118. <https://doi.org/10.1177/02537176231207781>
- Blanco-Vieira, T., Radua, J., Marcelino, L., Bloch, M., Mataix-Cols, D., & do Rosário, M. C. (2023). The genetic epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 13(1), 230. <https://doi.org/10.1038/S41398-023-02433-2>
- Bottoms, L., Prat Pons, M., Fineberg, N. A., Pellegrini, L., Fox, O., Wellsted, D., Drummond, L. M., Reid, J., Baldwin, D. S., Hou, R., Chamberlain, S., Sireau, N., Grohmann, D., & Laws, K. R. (2023). Effects of exercise on obsessive-compulsive disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(3), 232–242. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2151474>
- Brock, H., Rizvi, A., & Hany, M. (2024). Obsessive-Compulsive Disorder. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553162/>
- Burk, B. G., DiGiacomo, T., Polancich, S., Pruett, B. S., Sivaraman, S., & Birur, B. (2023). Antipsychotics and obsessive-compulsive disorder/obsessive-compulsive symptoms: A pharmacovigilance study of the FDA adverse event reporting system. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 148(1), 32–46. <https://doi.org/10.1111/ACPS.13567>
- Chaves, A., Arnáez, S., Castilla, D., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2022). Enhancing mental health literacy in obsessive-compulsive disorder and reducing

- stigma via smartphone: A randomized controlled trial protocol. *Internet Interventions*, 29, 100560. <https://doi.org/10.1016/J.INVENT.2022.100560>
- Chaves, A., Arnáez, S., Roncero, M., & García-Soriano, G. (2021). Teachers' Knowledge and Stigmatizing Attitudes Associated With Obsessive-Compulsive Disorder: Effectiveness of a Brief Educational Intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 677567. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.677567/FULL>
- Cocchi, L., Zalesky, A., Nott, Z., Whybird, G., Fitzgerald, P. B., & Breakspear, M. (2018). Transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder: A focus on network mechanisms and state dependence. *NeuroImage: Clinical*, 19, 661–674. <https://doi.org/10.1016/J.NICL.2018.05.029>
- Conti, D., Girone, N., Boscacci, M., Casati, L., Cassina, N., Cerolini, L., Giacobelli, L., Viganò, C., Conde, M. M., Cremaschi, L., & Dell'Osso, B. M. (2024). The use of antipsychotics in obsessive compulsive disorder. *HUMAN PSYCHOPHARMACOLOGY*, 39(3), 1–10. <https://doi.org/10.1002/HUP.2893>
- Cruz, S., Gutiérrez-Rojas, L., González-Domenech, P., Díaz-Atienza, F., Martínez-Ortega, J. M., & Jiménez-Fernández, S. (2022). Deep brain stimulation in obsessive-compulsive disorder: Results from meta-analysis. *Psychiatry Research*, 317, 114869. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2022.114869>
- Dawson, S., Rucklidge, J. J., & Schofield, G. (2025). Whole Food and Ketogenic-Informed Dietary Interventions for OCD: A Metabolic Perspective. *Current Treatment Options in Psychiatry* 2025 12:1, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/S40501-025-00361-0>
- Edinoff, A. N., Akuly, H. A., Hanna, T. A., Ochoa, C. O., Patti, S. J., Ghaffar, Y. A., Kaye, A. D., Viswanath, O., Urits, I., Boyer, A. G., Cornett, E. M., & Kaye, A. M. (2021). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Adverse Effects: A Narrative Review. *Neurology International*, 13(3), 387. <https://doi.org/10.3390/NEUROLINT13030038>
- European Medicines Agency. (2008). *Efexor - referral* | European Medicines Agency (EMA). <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/efexor?>
- European Medicines Agency. (2024). *Cymbalta* | European Medicines Agency (EMA). <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/cymbalta?>
- Eynde, J. Vanden, Sathvika, V. P., Subhas, P. G., Bhattacharjee, D., Koppad, V. N., Samrat, U., Karibasappa, S. B., & Sagar, K. M. (2024). Review of Case Study Results: Assessing the Effectiveness of Curcumin, St. John's Wort, Valerian Root, Milk Thistle, and Ashwagandha in the Intervention for Obsessive-Compulsive Disorder. *Drugs and Drug Candidates* 2024, Vol. 3, Pages 838-859, 3(4), 838–859. <https://doi.org/10.3390/DDC3040047>
- Fasipe, O. (2018). Neuropharmacological classification of antidepressant agents based on their mechanisms of action. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 6(1), 81. https://doi.org/10.4103/AMHS.AMHS_7_18

- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(4), 13075. <https://doi.org/10.4088/JCP.19R13085>
- Greenberg. (2024a). *Obsessive-Compulsive Disorder Medication*. <https://emedicine.medscape.com/article/1934139-medication>
- Greenberg. (2024b). *Obsessive-Compulsive Disorder Treatment & Management*. <https://emedicine.medscape.com/article/1934139-treatment#d8>
- Gupta, R., Chen, J. W., Hughes, N. C., Hamo, M., Jean-Baptiste, S., Paulo, D. L., Chanbour, H., Fan, R., Ye, F., Vadali, A., Cmelak, A., & Bick, S. K. (2024). Benefits of stereotactic radiosurgical anterior capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Journal of Neurosurgery*, *141*(2), 394–405. <https://doi.org/10.3171/2024.1.JNS231537>
- Huang, Y., Weng, Y., Lan, L., Zhu, C., Shen, T., Tang, W., & Lai, H. Y. (2023). Insight in obsessive-compulsive disorder: conception, clinical characteristics, neuroimaging, and treatment. *Psychoradiology*, *3*, 1–11. <https://doi.org/10.1093/PSYRAD/KKAD025>
- Hühne, V., Dos Santos-Ribeiro, S., Moreira-De-Oliveira, M. E., De Menezes, G. B., & Fontenelle, L. (2024). Towards the correlates of stressful life events as precipitants of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and metanalysis. *CNS Spectrums*, *29*(4), 252–260. <https://doi.org/10.1017/S1092852924000269>
- Ibrahim, I. A., Nada, A. H., Asar, N. K., Ibrahim, R., Farouk, R. A., Al-Qiami, A., Nada, S. A., Oghyanous, P. A., & Noorbakhsh, S. A. (2024). A systematic review and meta-analysis for the efficacy of transcranial direct current stimulation (tDCS) in OCD treatment: A non-pharmacological approach to clinical interventions. *Experimental Gerontology*, *196*, 112551. <https://doi.org/10.1016/J.EXGER.2024.112551>
- Jalal, B., Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2023). Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain and Behavior*, *13*(6), e3000. <https://doi.org/10.1002/BRB3.3000>
- Kim, D., Ryba, N. L., Kalabalik, J., & Westrich, L. (2018). Critical Review of the Use of Second-Generation Antipsychotics in Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Drugs in R&D* *2018* *18*:3, *18*(3), 167–189. <https://doi.org/10.1007/S40268-018-0246-8>
- Kong, X. Z., Boedhoe, P. S. W., Abe, Y., Alonso, P., Ameis, S. H., Arnold, P. D., Assogna, F., Baker, J. T., Batistuzzo, M. C., Benedetti, F., Beucke, J. C., Bollettini, I., Bose, A., Brem, S., Brennan, B. P., Buitelaar, J., Calvo, R., Cheng, Y., Cho, K. I. K., ... Francks, C. (2020). Mapping Cortical and Subcortical Asymmetry in Obsessive-Compulsive Disorder: Findings From the ENIGMA Consortium. *Biological Psychiatry*, *87*(12), 1022–1034. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2019.04.022>
- Lee, S. M., Suh, H. W., Kwak, H. Y., Kim, J. W., & Chung, S. Y. (2022). Meditation-based intervention for obsessive-compulsive disorder: A PRISMA-compliant

- systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(30), e29147. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029147>
- Lounici, A., Iacob, A., Hongler, K., Mölling, M. A., Drechsler, M., Hersberger, L., Sethi, S., Lang, U. E., & Liwinski, T. (2024). Ketogenic Diet as a Nutritional Metabolic Intervention for Obsessive–Compulsive Disorder: A Narrative Review. *Nutrients*, 17(1), 31. <https://doi.org/10.3390/NU17010031>
- Mahjani, B., Bey, K., Boberg, J., & Burton, C. (2021). Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 51(13), 2247–2259. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001744>
- Mao, L., Hu, M., Luo, L., Wu, Y., Lu, Z., & Zou, J. (2022). The effectiveness of exposure and response prevention combined with pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 973838. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.973838>
- Mattina, G. F., Samaan, Z., Hall, G. B., & Steiner, M. (2020). The association of HTR2A polymorphisms with obsessive-compulsive disorder and its subtypes: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 278–289. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.06.016>
- Menchon, J. M., Bobes, J., Alamo, C., Alonso, P., García-Portilla, M. P., Ibáñez, Á., Real, E., Bousoño, M., Saiz-Gonzalez, M. D., & Saiz-Ruiz, J. (2019). Pharmacological treatment of obsessive compulsive disorder in adults: A clinical practice guideline based on the ADAPTE methodology. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 12(2), 77–91. <https://doi.org/10.1016/J.RPSMEN.2019.01.003>
- Miller, E. W., Shoup, D. S., & Recktenwald, E. W. (2019). Real-world and clinical trial efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder measured by survey and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23, 100456. <https://doi.org/10.1016/J.JOCD.2019.100456>
- Nguyen, T. P., Cribb, L., Ng, C. H., Byrne, G. J., Castle, D., Brakoulias, V., Blair-West, S., Oliver, G., Ee, C., Dean, O. M., Camfield, D. A., Bousman, C., Dowling, N., Roy, R., Berk, M., & Sarris, J. (2021). Dietary quality and nutrient intake in adults with obsessive–compulsive disorder. *BJPsych Open*, 7(6), e218. <https://doi.org/10.1192/BJO.2021.1039>
- Palma, I. M., Pinto, I. da F., Coelho, J. T., & Moreira, R. (2024). Ketamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder – a case report and literature review. *European Psychiatry*, 67(S1), S631–S631. <https://doi.org/10.1192/J.EURPSY.2024.1307>
- Pampaloni, I., Marriott, S., Pessina, E., Fisher, C., Govender, A., Mohamed, H., Chandler, A., Tyagi, H., Morris, L., & Pallanti, S. (2022). The global assessment of OCD. *Comprehensive Psychiatry*, 118, 152342. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2022.152342>

- Pampaloni, I., Morris, L., Tyagi, H., Pessina, E., Marriott, S., Fischer, C., Mohamed, H., Govender, A., Chandler, A., & Pallanti, S. (2024). Clarifying the prevalence of OCD: A response to reader comments. *Comprehensive Psychiatry*, *135*, 152492. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2024.152492>
- Pastre, M., Occéan, B. V., Boudousq, V., Conejero, I., Fabbro-Peray, P., Collombier, L., Mallet, L., & Lopez-Castroman, J. (2025). Serotonergic underpinnings of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of neuroimaging findings. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *79*(2), 48–59. <https://doi.org/10.1111/PCN.13760>
- Piacentino, D., Maraone, A., Roselli, V., Berardelli, I., Biondi, M., Kotzalidis, G. D., & Pasquini, M. (2020). Efficacy of nicotine administration on obsessions and compulsions in OCD: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*, *19*(1), 57. <https://doi.org/10.1186/S12991-020-00309-Z>
- Pinciotti, C. M., & Fisher, E. K. (2022). Perceived traumatic and stressful etiology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research Communications*, *2*(2), 100044. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCOM.2022.100044>
- Pittenger. (2023). *Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, clinical features, and diagnosis - UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/obsessive-compulsive-disorder-in-adults-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=oed%20symptoms%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H408548025
- Pittenger, C. (2021). Pharmacotherapeutic strategies and new targets in OCD. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *49*, 331. https://doi.org/10.1007/7854_2020_204
- Poli, A., Pozza, A., Orrù, G., Conversano, C., Ciacchini, R., Pugi, D., Angelo, N. L., Angeletti, L. L., Miccoli, M., & Gemignani, A. (2022). Neurobiological outcomes of cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 1063116. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.1063116/FULL>
- Robinson, K. J., Rose, D., & Salkovskis, P. M. (2017). Seeking help for obsessive compulsive disorder (OCD): a qualitative study of the enablers and barriers conducted by a researcher with personal experience of OCD. *Psychology and Psychotherapy*, *90*(2), 193–211. <https://doi.org/10.1111/PAPT.12090>
- Roh, D., Jang, K. W., & Kim, C. H. (2023a). Clinical Advances in Treatment Strategies for Obsessive-compulsive Disorder in Adults. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, *21*(4), 676. <https://doi.org/10.9758/CPN.23.1075>
- Roh, D., Jang, K. W., & Kim, C. H. (2023b). Clinical Advances in Treatment Strategies for Obsessive-compulsive Disorder in Adults. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, *21*(4), 676. <https://doi.org/10.9758/CPN.23.1075>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients

- with major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/S13643-020-1274-3/FIGURES/5>
- Singh, A., Anjankar, V. P., & Sapkale, B. (2023). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Comprehensive Review of Diagnosis, Comorbidities, and Treatment Approaches. *Cureus*, 15(11), e48960. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.48960>
- Smit, D. J. A., Cath, D., Zilhão, N. R., Ip, H. F., Denys, D., den Braber, A., de Geus, E. J. C., Verweij, K. J. H., Hottenga, J. J., & Boomsma, D. I. (2020). Genetic meta-analysis of obsessive-compulsive disorder and self-report compulsive symptoms. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 183(4), 208–216. <https://doi.org/10.1002/AJMG.B.32777>
- Song, Y., Li, D., Zhang, S., Jin, Z., Zhen, Y., Su, Y., Zhang, M., Lu, L., Xue, X., Luo, J., Liang, M., & Li, X. (2022). The effect of exposure and response prevention therapy on obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 317, 114861. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2022.114861>
- Sonia, S. B. A., Siddiki, M. N. A., Sultana, S., Chowdhury, I. H., Sinha, S., Ahmad, R., Mehta, M., & Haque, M. (2025). N-acetylcysteine: An Innovative Approach to Obsessive-Compulsive Disorder Treatment: A Narrative Review. *Advances in Human Biology*, 15(2), 167–176. https://doi.org/10.4103/AIHB.AIHB_10_25
- Stein, D. J., Ruscio, A. M., Altwaijri, Y., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Chardoul, S., Hu, C., Karam, E. G., Mcgrath, J. J., Navarro-Mateu, F., Scott, K. M., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Vladescu, C., Wciórka, J., & Xavier, M. (2025). *Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6090427/v1>
- Suhas, S., Malo, P. K., Kumar, V., Issac, T. G., Chithra, N. K., Bhaskarapillai, B., Reddy, Y. C. J., & Rao, N. P. (2023). Treatment strategies for serotonin reuptake inhibitor-resistant obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis of randomised controlled trials. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 24(2), 162–177. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2082525>
- Swierkosz-Lenart, K., Dos Santos, J. F. A., Elowe, J., Clair, A. H., Bally, J. F., Riquier, F., Bloch, J., Draganski, B., Clerc, M. T., Pozuelo Moyano, B., von Gunten, A., & Mallet, L. (2023). Therapies for obsessive-compulsive disorder: Current state of the art and perspectives for approaching treatment-resistant patients. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1065812. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2023.1065812/BIBTEX>
- Tian, C., Fan, Y., Xu, J., Huang, Y., Wang, W., Wang, S., Song, R., & Li, X. (2020). The efficacy and safety of acupuncture and moxibustion combined with western medicine for obsessive-compulsive disorder: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 99(35), e21395. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021395>
- van Roessel, P. J., Grassi, G., Aboujaoude, E. N., Menchón, J. M., Van Ameringen, M., & Rodríguez, C. I. (2023). Treatment-resistant OCD: Pharmacotherapies in adults.

- Comprehensive Psychiatry*, 120, 152352.
<https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2022.152352>
- Wilson, M., & Tripp, J. (2024). Clomipramine. *XPharm: The Comprehensive Pharmacology Reference*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/B978-008055232-3.61493-X>
- World Health Organisation. (2025). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int>
- World Health Organization. (2023). *Obsessive-compulsive disorder (OCD)*. <https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMMNH232E-eng.pdf>
- Xu, J., Hao, Q., Qian, R., Mu, X., Dai, M., Wu, Y., Tang, Y., Xie, M., & Wang, Q. (2021). Optimal Dose of Serotonin Reuptake Inhibitors for Obsessive-Compulsive Disorder in Adults: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.717999>
- Yan, S., Liu, H., Yu, Y., Han, N., & Du, W. (2022). Changes of Serum Homocysteine and Vitamin B12, but Not Folate Are Correlated With Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 754165. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.754165>
- Zhou, D. D., Zhou, X. X., Lv, Z., Chen, X. R., Wang, W., Wang, G. M., Liu, C., Li, D. Q., & Kuang, L. (2019). Comparative efficacy and tolerability of antipsychotics as augmentations in adults with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 111, 51–58. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2019.01.014>

Anexos

Anexo I – Questionário

Questionário sobre POC (Perturbação Obsessivo- Compulsiva)

* Indica uma pergunta obrigatória

Participação no Estudo

No âmbito da Unidade Curricular Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof.^a Doutora Isabel Margarida Costa, e co-orientação da Prof.^a Doutora Alexandra Figueiredo, solicita-se autorização para a participação no "Questionário sobre POC (Perturbação Obsessivo-Compulsiva)" destinado a indivíduos com 18 anos de idade ou mais, com o objetivo de recolher dados relativos à perceção da população sobre a POC e a sua terapêutica, que consiste no preenchimento do presente questionário, realizado num único momento e com uma duração de preenchimento de cerca de 5 minutos.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelos orientadores e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

1. Aceito participar neste estudo, confirmando * que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

Marcar apenas uma oval.

- Aceito
 Não aceito

Avançar para a secção 10 (Infográfico)

Secção A - Dados Sociodemográficos

2. Indique a sua idade (anos) *

3. Indique o seu sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

4. Indique a sua nacionalidade *

Marcar apenas uma oval.

- Portuguesa
 Outra: _____

5. Habilitações académicas (indique o grau mais elevado que concluiu ou que ainda frequenta) *

Marcar apenas uma oval.

- 1º Ciclo (4ª classe)
 2º Ciclo (2º ano liceal)
 3º Ciclo (5º ano liceal)
 Ensino secundário (7º ano liceal)
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

6. Qual é a sua profissão? *

Marcar apenas uma oval.

- Estudante Universitário
Avançar para a pergunta 7
 Professor (ensino universitário)
Avançar para a pergunta 8
 Professor (ensino básico/secundário)
Avançar para a pergunta 8
 Médico Avançar para a pergunta 8
 Enfermeiro
Avançar para a pergunta 8
 Farmacêutico
Avançar para a pergunta 8
 Psicólogo Avançar para a pergunta 8
 Outra: _____

Curso

7. Qual é o seu curso? *

Marcar apenas uma oval.

- MIF (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas)
 MIMD (Mestrado Integrado em Medicina Dentária)
 MIMV (Mestrado Integrado em Medicina Veterinária)
 LCN (Licenciatura em Ciências da Nutrição)
 LP (Licenciatura em Psicologia)
 LCFC (Licenciatura em Ciências Forenses e Criminais)
 LE (Licenciatura em Enfermagem)
 LF (Licenciatura em Fisioterapia)
 MIM (Mestrado Integrado em Medicina)
 Outra: _____

8. Sabe o que é ou já alguma vez ouviu falar * de POC (Perturbação Obsessivo-Compulsiva)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Avançar para a secção 10 (Infográfico)

9. Possui diagnóstico médico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

10. Já teve contacto prévio com algum familiar ou amigo diagnosticado com Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Secção B - Conhecimentos sobre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)

11. O que é a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)? *

Marcar apenas uma oval.

- Uma perturbação de ansiedade
 Uma perturbação do humor
 Uma perturbação psicótica
 Uma perturbação da personalidade
 Não sei

12. Quais/quais são os principais sintomas da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
Pensamentos intrusivos, repetitivos, persistentes e não desejados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterações de humor persistentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamentos repetitivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterações da personalidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agressividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verificar repetidamente se as portas estão trancadas, se os aparelhos estão desligados, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necessidade de simetria ou de uma ordem específica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rituais mentais (sem ações físicas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo excessivo de sujidade,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) pode ser tratada com psicoterapia? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

15. A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) pode ser tratada com medicamentos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei
Avançar para a secção 10 (Infográfico)
 Não sei
Avançar para a secção 10 (Infográfico)

16. Quais são as classes de medicamentos mais utilizadas para o Tratamento da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC)? *

Marcar apenas uma oval.

- Antipsicóticos
 Antidepressivos (Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina - ISRS)
 Benzodiazepinas
 Não sei

17. Qual/quais são os efeitos secundários mais comuns associados ao uso de antidepressivos (Inibidores seletivos da recaptação da serotonina, ISRS) no tratamento da POC? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
Insónia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visão turva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonolência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas sexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Durante quanto tempo, em média, o tratamento farmacológico da POC deve ser mantido? *

Marcar apenas uma oval.

- 1 a 3 meses
 6 a 12 meses
 Vários anos
 Não sei

19. Pode haver recorrência dos sintomas de POC após a descontinuação dos medicamentos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

20. Dos seguintes sintomas, qual/quais são os sintomas de descontinuação mais comuns associados ao uso prolongado de ISRS (Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina) na POC? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	Não sei
Ansiedade e irritabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crises epilépticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Febre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Náuseas e tonturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Infográfico

Nesta página, encontra um infográfico com informações sobre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) para o ajudar a compreender melhor esta condição, incluindo os seus principais sintomas, causas e opções de tratamento.

Anexo II – Infográfico

POC (Perturbação Obsessivo-Compulsiva)

O QUE É?

A POC é uma perturbação de ansiedade. As pessoas com POC sentem a necessidade de realizar certas ações repetitivas para aliviar a ansiedade.



SINTOMAS COMUNS

Obsessões

(Pensamentos persistentes e indesejados)

- Necessidade de ordem/simetria;
- Medo de contaminação (germes, etc);
- Pensamentos indesejados agressivos ou impróprios

Compulsões

(Comportamentos repetitivos)

- Lavar as mãos repetidamente;
- Verificação repetida de algo;
- Contagem ou repetição de ações



CAUSAS

- **Genética** (pode ser hereditário)
- **Aprendizagem** (os comportamentos podem ser aprendidos por observação)
- **Eventos traumáticos ou stressantes** (traumas, principalmente na infância, aumentam o risco)
- **Outras perturbações mentais** (depressão, etc)

TRATAMENTO

- **Medicamentos** (antidepressivos ajudam a aliviar os sintomas)
- **Terapia cognitivo-Comportamental**



COMO AJUDAR ALGUÉM COM POC?

Mostre apoio **sem julgamentos**
Incentive a procura de **ajuda profissional**
Mostre **fontes confiáveis** sobre a POC



Referências

World Health Organisation and OCD | OCD-UK. (n.d). <https://www.octuk.org/ocd/world-health-organisation/>

Anexo III – Consentimento Informado



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17_03

Monte de Caparica, 05 de novembro de 2024

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito da Unidade Curricular Estágio do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof^a Doutora Isabel Margarida Costa, e co-orientação da Prof.^a Doutora Alexandra Figueiredo, solicita-se autorização para a participação no “*Questionário sobre POC (Perturbação Obsessivo-Compulsiva)*” destinado a indivíduos com 18 anos de idade ou mais, com o objetivo de recolher dados relativos à perceção da população sobre a POC e a sua terapêutica, que consiste no preenchimento de um questionário online, realizado num único momento e com uma duração de preenchimento de cerca de 5 minutos.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelos orientadores e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante)