



XLVIII Jornada Cearense de Psiquiatria

XXVI Encontro Cearense de Residentes e Ex-Residentes
de Psiquiatria

IX Encontro de Profissionais de Saúde Mental

Estratégias para Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Relacionados na CID-11

Subtema: Definições e Visão Geral

Dr. Ilgner Justa Frota

Psiquiatra | CREMEC 19.014 | RQE 11.706

Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Ceará

Data: 18 de setembro de 2026

Evolução Nosológica e Histórico

Da psicopatologia clássica do século XIX à autonomia conceitual na CID-11

Marcos Históricos da Psicopatologia

- **Esquirol (1838):** “Monomania racional/instintiva” – ações involuntárias sem prejuízo da razão.
- **Westphal (1877):** Separação da obsessão (pensamento) e compulsão (ação secundária/parasita).
- **Freud (1896):** Autonomia da “Neurose Obsessiva” (*Zwangsneurose*) nas psiconeuroses.
- **Janet (1903):** “Psicastenia” na obra *Les obsessions et la psychasthénie*.

Trajetória nas Classificações Modernas

- **CID-6 (1948) / DSM-I (1952):** Reação Obsessivo-Compulsiva nas Psiconeuroses.
- **CID-8 (1965) / DSM-II (1968):** Neurose Obsessivo-Compulsiva.
- **CID-9 (1975) / DSM-III (1980):** Fim das neuroses; alocação nos *Transtornos de Ansiedade*.
- **CID-10 (1990):** Transtornos Neuróticos, Relacionados ao Estresse e Somatoformes.
- **CID-11 (Atual):** *Autonomia nosológica* com agrupamento próprio: **Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados**.

Transtornos Obsessivo-Compulsivo e Relacionados

Fundamentação para a criação do agrupamento autônomo na CID-11

Raciocínio Clínico e Científico

- **Etiologia e Neurobiologia Similares:** Alterações análogas no circuito cortico-estriado-tálamo-cortical (CETC) e envolvendo sistemas serotoninérgicos e dopaminérgicos.
- **Fenomenologia Compartilhada:** Centralidade de comportamentos repetitivos e fixações cognitivas que transcendem a esquia fóbica tradicional.
- **Validadores Diagnósticos:** Marcadores genéticos, padrão de comorbidade familiar e congruência de resposta terapêutica.

Alinhamento CID-11 / DSM-5

Harmonização estrutural entre OMS e APA para potencializar a utilidade e a comparabilidade clínica global (“evitar divergências desnecessárias”), porém mantendo a integridade dos pontos filosóficos de discordância fundamental.

Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (DCDD)

Permanece a primazia do uso de Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (DCDD), priorizando a flexibilidade do julgamento médico (em contraste aos tópicos objetivos do DSM, mais fechados).

Definições Fundamentais: Obsessões na CID-11

Ampliação conceitual dos fenômenos intrusivos cognitivos

Conceito Central de Obsessões na CID-11

Pensamentos, **imagens** ou **ânsias/impulsos** repetitivos e persistentes, vivenciados como intrusivos e indesejados, associados a intenso desconforto.

Tentativa de resistência: O indivíduo busca suprimir ou neutralizar os fenômenos, com significativo gasto de tempo.

Avanços frente à CID-10

- **Inclusão de Imagens e Ânsias:** Superação da definição restrita a pensamentos.
- **Espectro Emocional Expandido:** Além da ansiedade, a CID-11 reconhece expressamente:
 - **Nojo e Vergonha**
 - **Sensação de Incompletude:** experiência de não estar *certinho* (inglês: *just right*)

Definições Fundamentais: Compulsões na CID-11

Ações repetitivas observáveis e atos mentais encobertos

Conceito Central de Compulsões na CID-11

Comportamentos ou atos mentais repetitivos que o indivíduo se sente **compelido a realizar** em resposta a uma obsessão ou segundo regras rígidas.

Objetivo: Reduzir o sofrimento, prevenir um evento temido ou atingir a sensação de completude.

Incorporações Essenciais

- **Comportamentos Observáveis:** Rituais motores visíveis (ex.: lavagem, checagem, ordenação).
- **Atos Mentais Encobertos:** Expressamente formalizados (ex.: rezar, contar ou repetir palavras mentalmente).
- Rituais guiados por **regras inflexíveis** ou busca do sentimento de estar tudo *certinho (just right)*.

Arquitetura Estrutural do Espectro (CID-11)

Agrupamento sistemático baseado no núcleo fenomenológico

1. Núcleo Cognitivo- -Comportamental

Fenômenos cognitivos intrusivos (obsessões/preocupações) associados a rituais repetitivos secundários.

2. Acumulação Compulsiva

Necessidade compulsiva de reter bens e angústia ao descartar, sem necessidade de obsessões intrusivas clássicas.

3. Comportamentos Centrados no Corpo

Ações recorrentes e habituais direcionadas ao tegumento, sem aspecto cognitivo intrusivo proeminente.

** Nota: As entidades clínicas específicas e os esquemas terapêuticos serão detalhados nas palestras subsequentes.*

Especificadores de Insight na CID-11

Abordagem dimensional e diagnóstico diferencial com psicoses primárias

Gradações do Insight na CID-11

A CID-11 adota uma perspectiva dimensional para avaliar a consciência da doença:

- **Insight Razoável a Bom:** O paciente reconhece a falsidade, irracionalidade ou improbabilidade de suas crenças obsessivas.
- **Insight Pobre a Ausente:** O paciente considera as crenças verdadeiras na maior parte do tempo; no grau ausente, apresenta **convicção de nível delirante**.

TOC sem Insight vs. Transtorno Psicótico

Diferença Crucial no Diagnóstico Diferencial:

- **Nexo Temático Exclusivo:** No TOC sem insight, o delírio é restrito ao tema obsessivo (ex.: contaminação ou responsabilidade por danos) e vinculado à lógica do ritual.
- **Ausência de Síndrome Psicótica:** Não há alucinações, desorganização do pensamento/comportamento ou sintomas negativos (p. ex.: embotamento afetivo).
- **Regra Diagnóstica CID-11:** A convicção delirante circunscrita ao TOC **NÃO** justifica diagnóstico de psicose primária; usa-se o especificador '**Insight Pobre a Ausente**' mantendo o diagnóstico de TOC.

Conclusões e Implicações para a Prática Clínica

Síntese dos avanços conceituais na CID-11

Progressos da CID-11: Síntese Prática

1. **Autonomia Nosológica:** Validação do agrupamento **Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Relacionados** pelos avanços neurocientíficos e clínicos.
2. **Refinamento Conceitual:** Inclusão de imagens/impulsos, sentimentos de incompletude e rituais mentais encobertos.
3. **Manejo do Insight:** Classificação precisa do insight ausente com ideias delirantes sem erro de rotulação como fenômenos psicóticos.
4. **Linguagem Uniforme:** Facilita a comunicação em equipes multidisciplinares de especialistas, generalistas, gestores, sejam eles médicos ou de outras áreas, com uma terminologia padronizada mundialmente.

Obrigado!

XLVIII Jornada Cearense de Psiquiatria | 18 de setembro de 2026