



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
CÂMPUS DO PANTANAL  
BACHAREL EM PSICOLOGIA**



**SUSAN ALEXSANDRA JUSTINIANO DE CASTRO**

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO  
DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE  
GENERALIZADA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**CORUMBÁ**

**2024**

**BACHAREL EM PSICOLOGIA**

**SUSAN ALEXSANDRA JUSTINIANO DE CASTRO**

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO  
DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE  
GENERALIZADA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho acadêmico apresentado ao curso de Psicologia, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - CPAN como requisito obrigatório para obtenção de nota do Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador(a): Dra. Livia Amorim Cardoso

**CORUMBÁ**

**2024**

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO  
DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE  
GENERALIZADA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---

Prof Dra Lívia Amorim Cardoso  
Orientadora

---

Prof Dr Pablo Cardoso de Souza  
Membro interno convidado

---

Prof Ma Paula Virgínia Oliveira Elias  
Membro externo convidado

**CORUMBÁ  
2024**

## AGRADECIMENTOS

Aqui dedico um espaço em gratidão à todas as pessoas que me possibilitaram chegar até este momento, primeiramente meus pais, Elizandra e Clederson, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. Minha família, pelo incentivo desde o início, aos meus professores, pela rica transmissão de conhecimento e aos meus amigos, que vou levar da universidade para a vida, Marcos, agradeço pelas várias vezes em que me ajudou no curso, sua amizade se tornou muito especial para mim, Gabriel e Esther, agradeço o carinho, a diversão e as longas conversas. Agradeço também à minha orientadora Livia Amorim, que com sabedoria sempre me indicou os melhores caminhos. Todos vocês têm um espaço aqui neste momento, obrigada.

*"Há mais na superfície do que nosso olhar  
alcança."*

*Aaron Beck*

## RESUMO

Este estudo explora as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), abordando como essa metodologia auxilia na redução de sintomas e promove melhorias na qualidade de vida dos pacientes. A revisão analisa o uso de técnicas específicas da TCC, como a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) e a reestruturação cognitiva, que se mostram eficazes ao reduzir comportamentos obsessivo-compulsivos e ansiogênicos. O trabalho também ressalta o papel da TCC na modificação de crenças disfuncionais e no enfrentamento de medos, proporcionando intervenções práticas e duradouras para ambos os transtornos. A pesquisa conclui que a adesão ao tratamento, associada à complementaridade e aplicação dessas técnicas, contribui significativamente para o sucesso terapêutico e aponta para a necessidade de mais investigações sobre os fatores que impactam a eficácia da TCC em diferentes contextos clínicos.

**Palavras-chave:** terapia cognitivo-comportamental, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada, exposição e prevenção de respostas, psicoterapia.

## ABSTRACT

This study explores the contributions of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in the treatment of Obsessive-compulsive disorder (OCD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD), addressing how this methodology helps to reduce symptoms and promote improvements in the quality of life of patients. This review analyzes the use of specific CBT techniques, such as Exposure and Response Prevention (ERP) and cognitive restructuring, which have been shown to be effective in reducing obsessive-compulsive and anxious behaviors. The work also highlights the role of CBT in modifying dysfunctional beliefs and coping with fears, providing practical and lasting interventions for both mental disorders. The research concludes that adherence to treatment, associated with the complementarity and application of these techniques contributes significantly to therapeutic success and points to the need for further investigation into the factors that impact the effectiveness of CBT in different clinical contexts.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, psychotherapy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema Cognitivo-Comportamental do TOC.....	20
Figura 2 - Exemplificação dos níveis de ansiedade.....	22
Figura 3 - Modelo ABC.....	27
Figura 4 - Conceituação Cognitiva.....	29

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Obras retratando a eficácia da TCC no tratamento do TOC.....	28
Tabela 2: Obras retratando a eficácia da TCC no tratamento do TAG.....	32

## LISTA DE SIGLAS

BAI – Escala de Ansiedade de Beck

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição

EPR – Exposição com Prevenção de Respostas

ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina

OC – Obsessivo-compulsivos

OCI-R – *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*

RPD – Registro de Pensamentos Disfuncionais

SR- – Reforçamento Negativo

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TOC – Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Y-BOCS – Escala de sintomas obsessivo-compulsivos *Yale-Brown*

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
METODOLOGIA.....	11
CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO.....	12
CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA.....	14
MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TOC E TAG.....	17
ASPECTOS DA METODOLOGIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TOC E TAG.....	23
CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

## INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) possui manifestação em todas as faixas etárias, apesar de ocorrer com mais frequência no início da idade adulta (Papola et. al, 2023; Nice 2019). Ele é caracterizado por ansiedade patológica e persistentes preocupações excessivas, difíceis de controlar, que ocasionam sofrimento substancial na vida do indivíduo (American Psychiatric Association, 2014). A ansiedade, que pode ser considerada uma resposta natural ao estresse, no contexto patológico se manifesta de maneira exacerbada e prolongada, interferindo significativamente na vida social, profissional e acadêmica do sujeito afetado. Pessoas com TAG frequentemente experimentam uma sensação constante de apreensão e antecipação negativa, a natureza excessiva de suas preocupações geram sintomas físicos como fadiga, tensão muscular, inquietação, dificuldade de concentração, irritabilidade e dificuldades para dormir (American Psychiatric Association, 2014). Para Zamignani & Banaco (2005), a ansiedade é descrita como “resposta ansiosa” e envolve contingências comportamentais que mantêm ou aumentam sua probabilidade de ocorrência. No ponto de vista comportamental, o indivíduo antecipa um evento futuro que pode nem vir a ocorrer, este comportamento é considerado um fruto do emparelhamento de estímulos neutros com outros estímulos aversivos.

Para os autores, a ansiedade se torna patológica quando, (1) impede o indivíduo de exercer suas atividades cotidianas, (2) quando este apresenta elevado nível de sofrimento e (3) quando há respostas contínuas de fuga e esquiva. A ansiedade no ponto de vista cognitivo-comportamental difere em alguns pontos. De acordo com Clark e Beck (2012), por exemplo, a ansiedade é considerada como “um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo”, este sistema é ativado em resposta ao estado neurofisiológico adaptativo de medo, e se torna patológico quando há a presença de uma avaliação cognitiva distorcida acerca da realidade ou percepções internas (metacognição). Na TCC, procura-se utilizar técnicas como o questionamento socrático e a reestruturação cognitiva de modo a modificar crenças distorcidas indevidas, que são consideradas contribuintes para a manutenção do comportamento ansioso.

Embora a ansiedade seja um componente central no TAG, ela também desempenha um papel crucial no Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), porém de maneira distinta. No TOC, a ansiedade não surge de preocupações generalizadas, mas sim como resposta direta às obsessões intrusivas, que geram um desconforto intenso, levando o indivíduo a realizar compulsões na tentativa de neutralizar a angústia.

Neste sentido, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), conforme definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua 5ª edição (2014), é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões exageradas que ocasionam sofrimento ao indivíduo, afetando seu funcionamento social. As obsessões são descritas como pensamentos ou imagens recorrentes percebidos como intrusivos e indesejados, e que, na maioria dos indivíduos afetados, despertam neste, acentuada angústia ou ansiedade. Como resposta a essas obsessões, os indivíduos frequentemente tentam ignorá-las, suprimi-las ou neutralizá-las por meio de ações específicas (American Psychiatric Association, 2014), ações estas, os comportamentos compulsivos.

Partindo para o ponto de vista cognitivo-comportamental, conforme Lotufo Neto & Baltieri (2001) e Cordioli (2014), as compulsões são definidas por comportamentos repetitivos que o indivíduo adota em resposta às obsessões, estes comportamentos são caracterizados como claramente excessivos, podendo envolver limpeza e organização, além de rituais de verificação. As compulsões também podem ser realizadas por pensamento, como por exemplo, a contagem ou repetição de palavras em silêncio, realizadas pelo indivíduo em resposta a obsessões ou seguindo regras próprias de modo inflexível. Esses atos compulsivos têm como finalidade, diminuir a ansiedade ou o sofrimento do indivíduo, como meio de evitar que situações temidas se concretizem. Independentemente de possuir ou não relação objetiva com a ameaça que se pretende neutralizar, do ponto de vista do indivíduo que os vivencia, esses comportamentos fazem sentido, pois proporcionam alívio temporário da ansiedade, mesmo que executados de forma excessiva. Estes rituais compensatórios possuem uma função de fuga e esquiva, pois a primeiro momento causam alívio e conforto imediato ao afastarem o conteúdo aversivo, em uma mecânica de reforço negativo, passam a adquirir padrões repetitivos e limitadores, que ocasionam sofrimento significativo na vida dos indivíduos, pois é demasiado o tempo dedicado a estes comportamentos, afetando sua vida profissional, acadêmica e relações sociais.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se estabelecido como uma intervenção eficaz no tratamento da TAG (Freitas. *et al.* 2024) e do TOC (Oliveira. *et al.* 2024). As técnicas amplamente utilizadas no tratamento do TAG são a psicoeducação, reestruturação cognitiva e o relaxamento aplicado; já para o TOC observam-se técnicas que abordam os pensamentos automáticos, estratégias de neutralização, antecipações catastróficas e a reformulação de crenças disfuncionais. A TCC também utiliza métodos de análise funcional e a Terapia de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) como parte de suas intervenções (Lotufo Neto & Baltieri, 2001).

Diante o exposto, o presente estudo tem como objetivos específicos: (1) discutir o TOC e o TAG sob a perspectiva cognitivo-comportamental; (2) apresentar os aspectos da metodologia da TCC no tratamento do TOC e do TAG (3) identificar os fatores essenciais para o sucesso terapêutico na redução dos comportamentos obsessivo-compulsivos e ansiosos dos pacientes. O objetivo geral se concentra em apresentar as contribuições da TCC no tratamento do TOC e do TAG.

Esta revisão adota uma perspectiva cognitivo-comportamental para a compreensão da etiologia dos transtornos, a conceitualização apresentada pelo DSM-V, terá como função apenas a caracterização e classificação dos sintomas.

Neste sentido, de forma mais aprofundada, serão considerados os processos cognitivos e comportamentais que perpetuam ambos os transtornos, observando como as intervenções terapêuticas da TCC atuam na extinção dos comportamentos patológicos indesejados. Este enfoque permite uma compreensão mais profunda das dinâmicas que levam à manifestação dos sintomas, facilitando a aplicação de estratégias terapêuticas direcionadas à alteração desses padrões. Evidencia-se desta forma, a importância de considerar os processos cognitivos que influenciam o comportamento, proporcionando uma visão mais abrangente e eficaz para o tratamento do TAG e do TOC.

Este estudo justifica-se por razões acadêmicas e sociais. Academicamente, busca o aprofundamento da literatura existente sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), com foco em revisar as estratégias terapêuticas adotadas e identificar novas direções para investigações futuras. O estudo pretende agregar valor ao desenvolvimento teórico da Psicologia e colaborar para a formação de profissionais da área. Socialmente, o estudo é relevante ao abordar transtornos que afetam diretamente a qualidade de vida de indivíduos e suas famílias, propondo práticas terapêuticas eficazes, visando reduzir o impacto negativo do TOC e TAG na sociedade atual.

## **METODOLOGIA**

Este estudo é uma revisão narrativa de abordagem qualitativa. Para sua realização, foram consultadas as seguintes bases de dados: Google Acadêmico, SciELO, Repositório de Teses e Dissertações da PUC e Periódicos CAPES, utilizando os descritores 'Terapia Cognitivo-Comportamental', 'TOC', 'TAG' e 'Psicoterapia'. Também foram utilizados nos buscadores "and" e "or". Constam na revisão: livros, dissertações, artigos e teses relacionados ao tema, com o objetivo de identificar publicações científicas que abordassem o processo terapêutico da TCC no contexto do TOC e do TAG. A análise da literatura

contribui para uma compreensão acerca das estratégias eficazes e das principais etapas terapêuticas envolvidas, visando identificar os fatores essenciais que contribuem para o sucesso terapêutico nestes contextos.

Conforme Gil (2008), a abordagem qualitativa é particularmente adequada para estudos que visam compreender fenômenos complexos em contextos específicos. Esse tipo de pesquisa permite uma exploração detalhada das percepções e interpretações dos envolvidos. No caso deste estudo, a pesquisa qualitativa é essencial para analisar as contribuições da TCC no tratamento do TOC e do TAG, oferecendo uma compreensão aprofundada das estratégias terapêuticas e dos fatores que influenciam o sucesso dessas intervenções.

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é identificado como um transtorno mental grave, tendo incidência geralmente mais alta durante a pré-adolescência (início médio de 11 anos) e início da idade adulta, por volta dos 23 anos (Paula *et al.*, 2023). Ele é caracterizado pela presença de comportamentos vistos como claramente excessivos, em grande fração relacionados à limpeza, organização e rituais de verificação. Estes comportamentos diferem da mania, pois absorvem tempo significativo da vida do indivíduo causando sofrimento emocional e trazendo prejuízos em diversas áreas como: trabalho, ambiente acadêmico, relações familiares e sociais. Este transtorno, se não tratado, tem geralmente um curso crônico e baixas taxas de remissão (American Psychiatric Association, p. 267, 2014). As obsessões se manifestam como pensamentos ou ideias involuntárias, persistentes e repetitivas que geram ansiedade e sofrimento ao indivíduo. Já as compulsões representam os mecanismos adotados pelos sujeitos como medida de atenuação do sofrimento gerado pelas obsessões, representados comumente por comportamentos repetitivos e excessivos, estes comportamentos podem ser observáveis (ações) ou não-observáveis (repetir palavras ou frases compulsivamente no pensamento). A partir disto, é importante observar que a diminuição da ansiedade alcançada é de caráter transitório, pois ela retorna com a recorrência das obsessões, estabelecendo um padrão de difícil controle (Abramowitz, 2016). É possível compreender a relação entre a obsessão e a compulsão, mediante um exemplo de Petersen (2019): (1) Um homem tinha a compulsão de dizer silenciosamente uma lista de palavras sempre que ouvia ou lia a respeito de qualquer desastre ou acidente, acreditando que isso protegeria a si e sua família. Nesse contexto, a obsessão era o pensamento catastrófico em relação a ele e sua família, enquanto a compulsão consistia no ato de pronunciar a lista completa de palavras para

evitar que esse pensamento se concretizasse. Embora não houvesse um perigo iminente, ele associava mentalmente os eventos de desastre à necessidade de realizar a compulsão, criando uma relação de contiguidade. O ato de pronunciar as palavras diminuía sua ansiedade temporariamente, mas não impedia que essa ansiedade retornasse ao se deparar com novas notícias de desastres ou acidentes no futuro.

O conteúdo das obsessões e compulsões varia entre os indivíduos afetados, no entanto, algumas dimensões sintomáticas são comuns no Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Estas incluem preocupações relacionadas à limpeza, onde as obsessões envolvem a contaminação e as compulsões se concentram na limpeza; há também a obsessão por simetria, e compulsões que envolvem organização, contagem e repetição; pensamentos considerados proibidos ou tabus, abrangendo obsessões de natureza agressiva, religiosa e sexual, juntamente com compulsões associadas, tendo como função evitar que o pensamento amedrontador se realize; preocupações com ferimentos, que incluem o medo de causar ferimentos a si ou a outros e compulsões relacionadas à verificação (American Psychiatric Association, 2014).

Até um período recente, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) era predominantemente associado à sua forma mais severa, identificando-se apenas em indivíduos com quadros graves. Contudo, tornou-se evidente que estes sintomas obsessivo-compulsivos podem ser identificados em uma faixa mais ampla de pessoas, variando desde manifestações mais leves até aquelas de intensidade moderada e, em última instância, as mais graves (Souza Filho, 2023).

Nota-se um significativo impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos. Isso ocorre devido à natureza intrusiva de suas obsessões, que resultam muitas vezes em uma multiplicidade de medos. Além disso, tendem a desenvolver comportamentos supersticiosos e padrões excessivamente perfeccionistas. Muitos deles vivenciam uma sensação de vergonha associada aos rituais compulsivos e, frequentemente, demoram em demasiado a procura por assistência psicológica (Souza Filho, 2023).

Fatores como gênero, faixa etária, ocupação, nível educacional, a natureza e a gravidade dos sintomas, o grau de incapacitação funcional e a presença de comorbidades são elementos que podem impor obstáculos à busca de tratamento para essa condição, de maneira semelhante ao que ocorre com indivíduos afetados por outras patologias psicológicas (Torres & Lima, 2005). Dependendo da gravidade de cada caso, os sintomas podem tornar-se de natureza incapacitante (Cordioli, 2008a).

No que diz respeito ao uso de fármacos, de acordo com Souza Filho (2023), uma classe de medicamentos tem se destacado devido à sua eficácia na redução dos sintomas

do TOC, sendo esta, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS). Existem evidências que respaldam a eficácia do tratamento com inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) incorporada à Exposição e Prevenção de resposta (EPR) (Mahjani *et al.*, 2021).

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

O TAG é um transtorno caracterizado por preocupações excessivas e incontrolláveis produtoras de sintomas físicos indesejáveis (American Psychiatric Association, 2014), afetando de forma negativa, áreas como o trabalho, vida acadêmica e relações sociais de modo geral. Enquanto a ansiedade é uma resposta natural do organismo ao estresse e pode ser útil em situações de perigo ou desafio, o TAG se distingue por sua persistência e intensidade, que superam as reações normais e se tornam desproporcionais ao estímulo que as desencadeia. Conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a ansiedade no TAG não é limitada a um único evento ou situação, mas permeia vários aspectos da vida do indivíduo, como trabalho, saúde, relacionamentos e questões financeiras, causando sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento diário (American Psychiatric Association, 2014).

Clark e Beck (2012) discutem que a ansiedade, em sua forma patológica, se manifesta como uma expectativa apreensiva constante, acompanhada de sintomas físicos e cognitivos que dificultam a adaptação e o bem-estar do indivíduo. Esse estado de alerta pode levar à exaustão física e mental, uma vez que há o esforço constante de lidar com ameaças percebidas, mesmo que elas não sejam realistas ou iminentes em alguns casos. A compreensão da diferença entre a ansiedade adaptativa e a ansiedade excessiva é fundamental para o diagnóstico e tratamento adequados, especialmente no contexto da TCC, que busca modificar os padrões de pensamento disfuncionais que contribuem para a manutenção do transtorno.

Portanto, enquanto a ansiedade não patológica é uma resposta adaptativa que ajuda o indivíduo a enfrentar desafios cotidianos, a ansiedade patológica, como observada no TAG, representa uma distorção desse mecanismo, resultando em sofrimento e prejuízo significativo. O reconhecimento precoce desses sintomas e a intervenção apropriada são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Os critérios diagnósticos para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) estão claramente definidos no DSM-5 e envolvem a combinação de sintomas físicos e cognitivos que ocorrem de forma persistente, ocasionando sofrimento ou prejuízo funcional. Sintomas

cognitivos incluem inquietação, dificuldade de concentração, e sensação de 'mente em branco'. Já os sintomas físicos envolvem fadiga, tensão muscular, irritabilidade e distúrbios do sono. Para que o diagnóstico de TAG seja feito, é necessário que o indivíduo experimente a ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) na maioria dos dias por pelo menos seis meses, envolvendo uma variedade de eventos ou atividades, como trabalho ou desempenho escolar (American Psychiatric Association, 2014).

Entre os sintomas cognitivos destacados, a inquietação ou sensação de estar com os nervos à "flor da pele" é comum. Indivíduos com TAG frequentemente se sentem em estado de alerta constante, como se estivessem preparados para enfrentar um perigo iminente, o que contribui para uma sensação generalizada de tensão e desconforto. Fadiga também é um sintoma frequente, refletindo o esgotamento físico e mental resultante da ansiedade persistente. Outro critério importante é a dificuldade de concentração ou sensação de "mente em branco". Pessoas diagnosticadas com TAG, muitas vezes relatam que suas preocupações constantes interferem na capacidade de focar em tarefas diárias, prejudicando seu desempenho em atividades cotidianas (American Psychiatric Association, 2014).

Já quando se observa os sintomas físicos, há uma frequente tensão muscular, que pode se manifestar como dores e desconforto em diferentes partes do corpo devido à rigidez constante. A irritabilidade é outro sintoma comum, onde o indivíduo pode reagir de maneira desproporcional a pequenas frustrações, refletindo um estado de sensibilidade emocional aumentada. Distúrbios do sono também são comumente observados, incluindo dificuldade para adormecer, manter o sono, ou alcançar um sono reparador, o que agrava a sensação de cansaço e exacerba outros sintomas de ansiedade (Beck, 2013).

Para que o diagnóstico de TAG seja confirmado, esses sintomas devem ser clinicamente significativos, causando sofrimento ou interferindo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Além disso, é essencial que esses sintomas não sejam atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância, como drogas ou medicamentos, ou a outra condição médica, como o hipertireoidismo. O diagnóstico diferencial é igualmente crucial para excluir outros transtornos mentais que compartilham características com o TAG, como transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno de estresse pós-traumático (American Psychiatric Association, 2014).

Beck (2013) enfatiza que, na prática clínica, a identificação dos padrões de pensamento e das respostas emocionais que os acompanham é fundamental para o desenvolvimento de um plano de tratamento eficaz. A TCC utiliza esses critérios

diagnósticos como base para orientar as intervenções, focando na modificação dos pensamentos automáticos e das crenças subjacentes que perpetuam a ansiedade. Esses pensamentos distorcidos, como a supervalorização de ameaças ou a subestimação da capacidade de enfrentamento, alimentam o ciclo ansiogênico, provocando respostas emocionais intensas, como medo, angústia e comportamentos de esquiva. Para Clark e Beck (p. 38, 2012), a avaliação cognitiva possui um papel central na modificação da intensidade de respostas ao medo, neste sentido, ao utilizar-se de técnicas que alterem as crenças distorcidas, por meio de um tratamento direcionado e personalizado, são altas as chances de remissão dos sintomas.

O impacto do TAG é profundo e multifacetado, pois afeta significativamente o funcionamento social, ocupacional e emocional de quem o apresenta. Pacientes com TAG frequentemente relatam dificuldades em manter relações sociais, produtividade reduzida no trabalho e um senso constante de incapacidade de controlar suas preocupações, o que pode levar a um ciclo vicioso de deterioração da saúde psicológica e do bem-estar geral. Conforme explicam Clark e Beck (1999), um dos maiores desafios à perspectiva categórica é a evidência de que tanto os sintomas como as comorbidades são comuns tanto no transtorno de ansiedade como na depressão, ou seja, pode haver a co-ocorrência transversal de um ou mais transtornos no mesmo indivíduo. Essa sobreposição sintomática pode complicar o diagnóstico e o tratamento, exigindo abordagens terapêuticas que levem em consideração essa complexidade.

A Terapia Cognitivo-Comportamental tem mostrado ser eficaz na mitigação desses impactos, oferecendo ferramentas para que os indivíduos aprendam a gerenciar seu comportamento de forma mais eficaz, de modo a diminuir a ocorrência dos efeitos prejudiciais do transtorno. Neste sentido, a TCC se preocupa em identificar e modificar os padrões de pensamento disfuncionais que perpetuam o ciclo ansiogênico, e estudos têm demonstrado que essa abordagem pode levar a melhorias significativas na qualidade de vida dos pacientes, tanto a curto quanto a longo prazo (Clark & Beck, 2012).

Assim, o diagnóstico diferencial cuidadoso e a compreensão dos impactos do TAG são essenciais para um tratamento eficaz. A TCC oferece uma abordagem que permite lidar com esses desafios, proporcionando aos pacientes as ferramentas necessárias para a melhora dos sintomas e qualidade de vida.

## MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TOC E TAG

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterapêutica desenvolvida por Aaron T. Beck na década de 1960. Ela representou uma mudança significativa na forma como a psicoterapia era concebida e praticada, introduzindo uma abordagem mais estruturada e focada em processos cognitivos e comportamentais. Em meados da década de 1960, Beck desenvolveu o que seria conhecido como Terapia Cognitiva, que mais tarde evoluiu para a Terapia Cognitivo-Comportamental. Esta abordagem foca em identificar e modificar pensamentos disfuncionais ou distorcidos, que contribuem para sintomas e comportamentos indesejados (Beck, 1997).

As designações "Terapia Cognitiva" e "Terapia Cognitivo-Comportamental" (TCC) são frequentemente empregadas de forma intercambiável para se referir a psicoterapias fundamentadas no modelo cognitivo. Ela se destaca por sua ênfase na pesquisa empírica e na coleta de dados para avaliar a eficácia das intervenções, além de se basear em princípios de aprendizado, teorias cognitivas e conceitos psicológicos bem fundamentados (Beck, 1997). Vale ressaltar que a TCC integra técnicas cognitivas com técnicas comportamentais em suas intervenções terapêuticas (Beck, 2005), um exemplo disto, é a presença da técnica de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR), que advém da terapia comportamental, como uma das etapas na psicoterapia cognitivo-comportamental para o TOC (Cordioli, 2014).

O modelo cognitivo-comportamental concorda com a teoria comportamental de que o alívio momentâneo proporcionado pela realização das compulsões constitui como variável motivadora para que o indivíduo repita esse comportamento (Cordioli, 2014). Em outras palavras, o comportamento compulsivo é mantido por meio de reforçamento negativo (SR-) e é escolhido como uma estratégia recorrente para reduzir a ansiedade ou desconforto experimentados. As compulsões neste sentido, impedem o enfrentamento dos medos e seu desaparecimento natural através do fenômeno da habituação, além de validar as crenças distorcidas de que havia a presença de uma ameaça (Cordioli, p. 102. 2014).

No que diz respeito à origem das obsessões no TOC, a teoria cognitivo-comportamental parte de algumas concepções, de acordo com Cordioli (2008c), as populações não-clínicas experimentam pensamentos intrusivos que se assemelham, em conteúdo e forma, aos pensamentos obsessivos encontrados em indivíduos com TOC, isso implica que os pensamentos intrusivos não são exclusivos dos portadores do TOC, mas são uma experiência comum a muitas pessoas, sendo o fator diferenciador, o grau e a intensidade. Neste sentido, a interpretação distorcida e a atribuição negativa que os

portadores de TOC dedicam a estes pensamentos intrusivos, acabam por aumentar a intensidade e frequência destes pensamentos, os transformando em obsessões.

Cordioli (2014), aponta como cinco as consequências das obsessões, sendo elas: (1) rituais compulsivos ou compulsões mentais, 2) comportamentos evitativos, 3) neutralizações, 4) hipervigilância e 5) indecisão. Rituais compulsivos ou compulsões mentais, no contexto do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), podem ser definidos como comportamentos voluntários, que podem ser observáveis ou mentais, e que são executados repetidamente com a intenção de afastar supostas ameaças, prevenir riscos, evitar desastres, danos a si próprio ou a outros e aliviar o desconforto físico, como, por exemplo, contar ou repetir determinada lista de palavras, no pensamento ou por meio de verbalização (Cordioli, 2014); de acordo com o autor, estes comportamentos compulsivos se destacam por sua natureza excessiva, pela dificuldade de resistir a eles e por em alguns casos não apresentarem uma conexão lógica clara com a situação ou objetivo que supostamente deveriam prevenir.

Comportamentos evitativos, por sua vez, referem-se a ações voluntárias realizadas visando evitar o contato direto ou imaginário com objetos, situações, lugares, pensamentos ou imagens interpretadas como ameaçadoras. Esses comportamentos têm a finalidade de reduzir o medo, a ansiedade e o desconforto experimentados, além de afastar as ameaças percebidas (Cordioli, 2014). As neutralizações, como o próprio termo sugere, correspondem a ações ou pensamentos voluntários cujo propósito é neutralizar os pensamentos, impulsos ou imagens indesejadas (Cordioli, 2014); estas, podem se manifestar de diversas maneiras, como interromper palavras ou pensamentos considerados negativos, utilizar um pensamento considerado positivo para neutralizar um pensamento indesejado, buscar garantias, por meio de outras pessoas, de que não cometeu nenhuma infração, entre outras formas (Cordioli, 2014).

A hipervigilância, que é outra manifestação decorrente das obsessões, refere-se à tendência de permanecer constantemente alerta e concentrado nos estímulos que desencadeiam as obsessões. Por exemplo, em indivíduos com obsessões relacionadas à contaminação, isso pode se traduzir na atenção excessiva à presença de sujeira. Já a indecisão pode ser descrita como a dificuldade em tomar decisões quando se está diante de situações cujo resultado não é previsível (Cordioli, 2014).

Neste sentido, compreende-se que:

O modelo cognitivo comportamental considera as obsessões como o fenômeno primário no TOC, e os demais sintomas, como rituais, evitações, neutralizações, hipervigilância e indecisão, como respostas comportamentais ou atos que o indivíduo executa com finalidade de reduzir a ansiedade e o desconforto (Cordioli, 2014, p. 16).

Na abordagem cognitivo-comportamental, de acordo com Cordioli (2014), as crenças disfuncionais desempenham um papel central nos comportamentos obsessivo-compulsivos. Isto se dá pelo fato de que, as pessoas com TOC frequentemente mantêm crenças irracionais sobre a gravidade das obsessões, com isso surge a necessidade de realizar compulsões para evitar tais danos ou catástrofes, e estas crenças somente alimentam o ciclo repetitivo do TOC.

De acordo com Beck (2014, p. 55), 'as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos'. Nesta perspectiva, não é a situação em si que determina o que uma pessoa sente, mas como ela interpreta esse evento. A técnica do questionamento socrático, amplamente utilizada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), é um método de diálogo que visa desafiar as crenças irracionais dos pacientes, ajudando-os a examinar suas próprias interpretações e a desenvolver uma compreensão mais realista e funcional de seus pensamentos intrusivos.

O questionamento socrático é uma técnica fundamental na TCC, amplamente utilizada para facilitar a ampliação da consciência e a modificação de pensamentos disfuncionais. De acordo com Wright *et al.* (2008), esse método é baseado em uma relação empírica colaborativa entre terapeuta e paciente, cujo objetivo é ajudar o indivíduo a identificar e modificar pensamentos desadaptativos. Ao direcionar a atenção do paciente para áreas específicas de sua cognição, o terapeuta promove uma análise reflexiva que permite tanto a avaliação quanto a redefinição dos problemas apresentados. Essa intervenção terapêutica auxilia na identificação de pensamentos automáticos e crenças, promovendo uma exploração detalhada dos significados atribuídos pelo paciente aos eventos e das consequências desses pensamentos para seu bem-estar (Beck, 1997).

Na TCC, o questionamento socrático é descrito como uma "descoberta guiada" (Beck, 2014), pois envolve uma série de perguntas indutivas que revelam padrões de pensamento disfuncionais e possibilitam a transformação dessas estruturas cognitivas, incentivando mudanças comportamentais, ambientais e biológicas. Segundo Cordioli (2008), essa técnica é especialmente eficaz para abordar as crenças nucleares e disfuncionais de pacientes com TOC e TAG, pois permite ao paciente desafiar as percepções distorcidas de forma reflexiva e colaborativa.

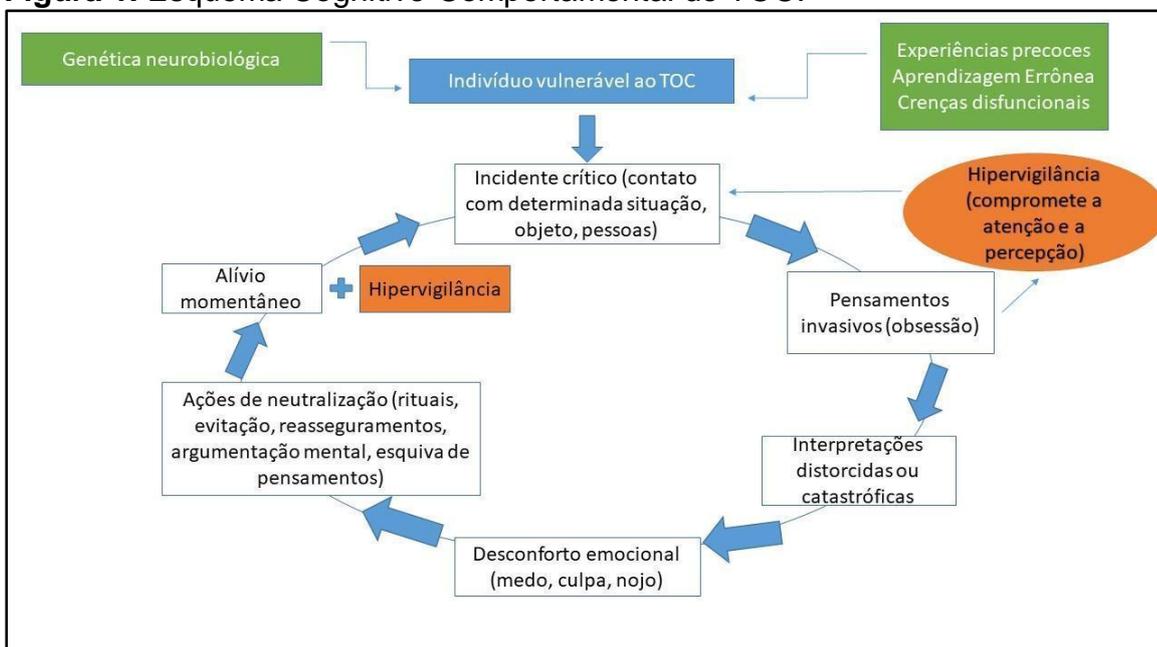
A ampliação da consciência, frequentemente facilitada pelo *Mindfulness*, é outro aspecto importante no contexto da TCC. De origem budista, a prática de *Mindfulness*, conforme descrito por Roemer e Orsillo (2010), refere-se a um estado de atenção plena que enfatiza a aceitação dos eventos internos. No âmbito da psicologia, o *Mindfulness* se dissocia de conotações religiosas e se estabelece como uma prática clínica voltada para a percepção consciente das experiências internas.

Essa técnica ajuda o paciente a compreender a transitoriedade dos pensamentos e das emoções, reduzindo o sofrimento relacionado à reação automática a eles. De acordo com Gonzales e Guimarães (2020), o uso da meditação como técnica de *Mindfulness* permite que o paciente observe seus próprios processos internos e identifique padrões de comportamento e pensamento que podem não refletir sua verdadeira identidade.

No contexto da TCC, o questionamento socrático e o *Mindfulness* atuam de maneira complementar. Enquanto o questionamento socrático promove uma análise racional e investigativa das crenças disfuncionais, o *Mindfulness* permite uma aceitação consciente das experiências internas, sem evitação. Juntos, esses métodos favorecem a expansão da consciência do paciente sobre seus próprios processos mentais e emocionais, fortalecendo sua capacidade de lidar com o sofrimento de forma mais adaptativa (Beck, 2014).

Foi constatado que o TOC possui uma predisposição genética (Cordioli, p. 56. 2014), esta vulnerabilidade, somado a experiências de vida precoces estressantes, aprendizagem errônea e crenças disfuncionais, contribuem para seu surgimento. Este raciocínio teórico pode ser melhor exemplificado pelo esquema da Figura 1.

**Figura 1.** Esquema Cognitivo-Comportamental do TOC.



Fonte: Adaptado de Cordioli (2008b, apud Rachman, 1997; Salkovskis, 1998)

Muitos pensamentos invasivos que atormentam indivíduos com TOC também ocorrem na população em geral - sem se tornarem obsessões, o que os difere é o grau e a intensidade em que ocorrem. Na Figura 1 Stanley Rachman (1997, apud Cordioli, 2008b) observa que as crenças disfuncionais são as responsáveis pelo desenvolvimento das obsessões, neste sentido, avaliações ou interpretações distorcidas da realidade, produzem pensamentos angustiantes que se tornam obsessivos. Estes pensamentos obsessivos geram estados emocionais desagradáveis, que os indivíduos tentam eliminar ou atenuar através de ações de neutralização, dito isto, algumas das estratégias de neutralização frequentemente escolhidas são os comportamentos evitativos, rituais, reasseguramento de informações e repetição de palavras.

Salkovskis (1998, apud Cordioli, 2008b) acrescenta que o excesso de responsabilidade é central para o surgimento das obsessões, levando os indivíduos a realizar rituais como forma de prevenir desastres. Segundo Rachman (1997, apud Cordioli, 2008b), as compulsões nomeadas de verificação ocorrem quando uma pessoa sente uma responsabilidade exacerbada em prevenir danos, o que a leva a verificações excessivas, criando um ciclo de autoperpetuação. Este ciclo é mantido, pois o alívio é apenas momentâneo e o comportamento compulsivo surgirá novamente na presença de outra obsessão. Em outras palavras, as ações de neutralização têm função de fuga e esquiva, deste modo, o comportamento compulsivo é mantido por reforçamento negativo (SR-), o que impede seu desaparecimento espontâneo através do fenômeno da habituação (Cordioli, 2014).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aplicada ao TOC utiliza estratégias que (1) buscam modificar as crenças disfuncionais presentes nos pensamentos obsessivos, (2) auxiliem na compreensão do repertório obsessivo-compulsivo do paciente (3) possibilitem a exposição gradual dos pacientes aos seus conteúdos obsessivos, de modo a permitir que atue o mecanismo de habituação.

O questionamento socrático é uma técnica cognitiva destinada à modificação das crenças disfuncionais, ela tem como objetivo, auxiliar o paciente a utilizar-se do raciocínio lógico de modo a corrigir seus erros de avaliação e interpretação da realidade, construindo visões mais adaptativas das situações, e dos próprios pensamentos (Cordioli, 2014). Para este fim, é utilizado um diálogo com o uso de perguntas reflexivas para desafiar as crenças distorcidas, nesta técnica, o terapeuta incentiva o paciente a examinar e avaliar a validade de suas crenças, levando-o a uma compreensão mais realista de seus pensamentos

intrusivos; no caso do TOC, são possíveis crenças distorcidas acerca de avaliações de risco e responsabilidade exacerbada (Cordioli, 2014; Salkovskis, 1998, apud Cordioli, 2008b).

Análises funcionais são utilizadas para o entendimento do repertório comportamental compulsivo do paciente. Elas consistem em examinar o contexto no qual os comportamentos compulsivos ocorrem, identificando os estímulos ambientais relacionados ao comportamento (situações ou pensamentos que os ativam), as respostas do paciente e as consequências que mantêm o comportamento. Essa abordagem permite ao terapeuta identificar os fatores que reforçam as compulsões e, assim, desenvolver intervenções para interromper este ciclo compulsivo (Lotufo Neto & Baltieri, 2001).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), na perspectiva cognitivo-comportamental, é formado pela presença de avaliações cognitivas distorcidas, geradoras de intensas respostas emocionais de ansiedade, angústia e apreensão. De acordo com o DSM-5 (2014), a ansiedade é frequentemente desencadeada pela antecipação de uma ameaça futura, que leva a um estado de alerta excessivo. Para o modelo cognitivo, a ansiedade se centraliza na noção de “vulnerabilidade” (Clark e Beck, 2012), onde a pessoa se percebe em uma posição vulnerável a perigos internos e externos que lhe fogem ao controle, não permitindo que tenham um senso de segurança (Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. 1985), nos casos patológicos de ansiedade, esta percepção de vulnerabilidade é excessivamente ampliada pelo indivíduo através de avaliações cognitivas disfuncionais.

O modelo cognitivo da ansiedade, construído por Clark e Beck (2012) compreende que o indivíduo, num primeiro momento, constrói uma avaliação primária da ameaça. Esta avaliação envolve o modo como o indivíduo interpreta a realidade e, no caso do estado ansiogênico patológico, há interpretações distorcidas de superestimação da gravidade e probabilidade de ocorrência do dano. Em seguida, o indivíduo segue para uma reavaliação elaborada secundária que envolve sua percepção acerca da própria capacidade de enfrentamento. A tendência à subestimação desta capacidade de enfrentamento é comum em indivíduos ansiosos (Beck, *et al.* 1985).

Nesta lógica, o nível da intensidade da ansiedade, vai depender da combinação da avaliação primária da ameaça com a reavaliação secundária acerca da própria capacidade de enfrentamento, melhor exemplificado abaixo pela Figura 2.

**Figura 2.** Exemplificação dos níveis de ansiedade.

<p>Alta ansiedade = ↑ probabilidade/gravidade da ameaça + ↓ enfrentamento e segurança</p> <p>Baixa ansiedade = ↓ probabilidade/gravidade da ameaça + ↑ enfrentamento e segurança</p> <p>Ansiedade moderada = ↔ probabilidade/gravidade da ameaça + ↔ enfrentamento e segurança</p>
--

Fonte: Clark e Beck (p. 44. 2012).

Deste modo, compreende-se que, o estado ansioso patológico, é produto do erro de processamento de informação acerca das avaliações de ameaça e a capacidade de enfrentamento do indivíduo, gerando percepções exageradas e distorcidas acerca de sua própria vulnerabilidade. Assim, conforme Clark e Beck (2012):

“A terapia cognitiva ensina os indivíduos a serem mais conscientes de suas avaliações de ameaça imediatas e a corrigirem processos cognitivos secundários adaptativos”. (Clark e Beck, p. 46. 2012)

De acordo com Clark e Beck (2012, p. 42), “a forma de você pensar, afeta o modo de você sentir”. Neste sentido, observa-se como crenças distorcidas de supervalorização do perigo e de subestimação da capacidade de enfrentamento são responsáveis pela manutenção de um ciclo ansiogênico negativo persistente.

No estado ansiogênico, o pensamento construtivo é menos acessível, (Beck *et. al.* 1985), e a falta de avaliação racional acerca dos eventos, contribui para sua manutenção. Dito isto, uma das premissas da TCC para o TAG é também ensinar aos pacientes habilidades de reestruturação cognitiva, que tem como finalidade o desenvolvimento de perspectivas mais construtivas acerca da ameaça.

## **ASPECTOS DA METODOLOGIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TOC E DO TAG**

De acordo com Cordioli (2008), na metodologia da terapia cognitivo-comportamental para o TOC, primeiramente se realizam entrevistas e questionários que permitem a avaliação do diagnóstico de TOC. Em seguida, após a confirmação do diagnóstico, é realizada uma psicoeducação acerca do modelo cognitivo do TOC e diálogos demonstrando a importância do comprometimento com o tratamento. Após isso, o terapeuta foca na listagem e hierarquização do conteúdo considerado aversivo pelo paciente, determinando os níveis de tolerância em que são suportados, neste momento, também há o registro dos pensamentos intrusivos e avaliações distorcidas, junto à identificação de

crenças disfuncionais. Após isso, o terapeuta segue diretamente para a introdução de exercícios de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) e as tarefas de casa. A partir da terceira sessão é introduzido ao cliente, o modelo cognitivo, de forma a prepará-lo para técnicas cognitivas que serão aplicadas posteriormente.

Assim que os exercícios de EPR são aplicados, as técnicas cognitivas são inseridas e há um período de monitoramento e reforço de ambas as técnicas, através de avaliações periódicas do andamento da terapia e manejo de dificuldades ou impasses que possam vir a surgir. Por fim, vem a alta, sessões programadas de prevenção de recaídas e a terapia de manutenção.

Neste sentido, a TCC para o TOC pode ser compreendida em quatro etapas, sendo elas: (1) a avaliação do paciente, (2) fase inicial (3) fase intermediária e a (4) alta, prevenção de recaídas e terapias de manutenção (Cordioli, 2008). A avaliação do paciente(1), é conduzida por meio de uma ou mais entrevistas semiestruturadas, com o propósito de estabelecer o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Durante esse processo, busca-se identificar a presença de outras possíveis comorbidades (transtornos), determinar o início e o curso dos sintomas, avaliar a interferência na vida do paciente e de sua família, verificar a existência de outros membros familiares apresentando sintomas semelhantes, analisar a presença de doenças médicas, investigar os tratamentos previamente realizados, sua eficácia e o uso atual de medicamentos.

É importante salientar que obsessões e compulsões podem manifestar-se em diversos outros transtornos mentais, sendo fundamental excluir o diagnóstico de TOC nesses casos. Adicionalmente, é necessário que tais sintomas apresentem uma gravidade suficiente para causar desconforto significativo ou interferir nas rotinas diárias e nos relacionamentos interpessoais. Além do estabelecimento do diagnóstico de TOC, na avaliação inicial, é essencial dedicar atenção especial à identificação de comorbidades e à avaliação de contraindicações à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Ainda na avaliação do paciente, observam-se atentamente as contraindicações e os fatores preditivos de não resposta à TCC. De acordo com Cordioli (2008), a resposta terapêutica pode ser limitada ou inexistente em pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos graves e debilitantes, bem como em indivíduos que apresentem comorbidades, como ansiedade ou depressão severas, psicose, transtorno bipolar em fase ativa, transtorno de personalidade esquizotípica, histriônica ou borderline. Outros fatores que podem interferir negativamente na resposta ao tratamento incluem dependência de

substâncias psicoativas, convicções quase delirantes ou supervalorizadas relacionadas às obsessões, baixa motivação para o tratamento e não adesão às tarefas terapêuticas propostas. Esses fatores devem ser cuidadosamente considerados para que o tratamento seja adaptado, quando necessário, visando maximizar as chances de sucesso terapêutico (Cordioli, 2008a; Beck, 2013).

De acordo com Cordioli (2008a), um dos principais desafios enfrentados na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) reside na falta de adesão por parte dos pacientes aos exercícios e tarefas de casa, muitas vezes devido ao aumento, mesmo que breve, da ansiedade que essas atividades podem desencadear, resultando em abandonos. Para superar esse problema, o incentivo de adesão ao tratamento é a primeira meta do terapeuta. É importante que o paciente compreenda o que é o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), suas manifestações, os tratamentos disponíveis, as razões pelas quais os rituais perpetuam o TOC, o que é a TCC, como ela reduz estes sintomas e como é implementada na prática. Na fase inicial (2), busca-se realizar esta psicoeducação e garantir a adesão do paciente antes do início da implementação da TCC, pois estes fatores são cruciais para garantir a permanência do paciente no tratamento.

Ao decorrer da fase inicial (2), após o contrato terapêutico, sua primeira responsabilidade será elaborar uma lista abrangente dos sintomas obsessivo-compulsivos. Essa lista deve incluir informações detalhadas sobre a frequência, horários, locais, objetos ou situações que desencadeiam as obsessões, bem como os rituais associados a elas.

Além disso, é solicitado ao paciente que classifique os sintomas de acordo com o grau de ansiedade gerado pelas obsessões ou o nível de aflição experimentado ao considerar o contato com objetos específicos, enfrentar situações evitadas ou resistir à realização dos rituais compulsivos. Estas informações são extremamente úteis para hierarquização das tarefas de EPR, pois se recomenda iniciar a exposição pelas situações que provocam menos ansiedade. Ao final da primeira ou segunda sessão, é comum a aplicação de instrumentos que avaliam a gravidade dos sintomas, como, por exemplo, a Escala de Sintomas Obsessivo-compulsivos Yale Brown (*Y-BOCS*) ou o Inventário de Obsessões e Compulsões-Revisado (*OCI-R*), estes instrumentos servirão de referência para avaliar o progresso do paciente ao longo do tratamento.

Ainda nesta fase inicial, são escolhidos os exercícios de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) em comum acordo entre o cliente e terapeuta, para serem realizados no intervalo entre as sessões. A exposição é formada pelo contato direto ou imaginário com

objetos, lugares e situações evitados pelo cliente devido ao desconforto que o mesmo provoca. A prevenção já consiste na abstenção por parte do cliente de realizar rituais, compulsões mentais, ou outras manobras cujo objetivo é neutralizar medos ou desconfortos gerados pelas obsessões.

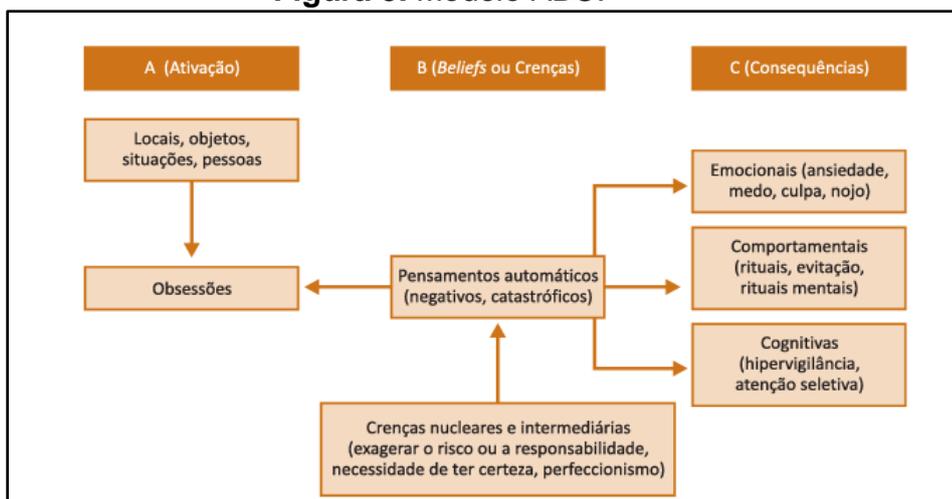
O principal efeito observado, tanto na exposição quanto na prevenção, é o aumento imediato e considerável da ansiedade nos primeiros exercícios, mas que diminuem até desaparecerem em um intervalo de 15 a 180 minutos, demonstrando o fenômeno da habituação. Os primeiros exercícios escolhidos são aqueles rituais ou evitações que o cliente elencou como de intensidade leve, neste caso, que são mais fáceis de enfrentar ou abster-se de realizar.

Após a introdução dos exercícios de EPR, inicia-se a psicoeducação com o cliente acerca do modelo cognitivo do TOC, neste momento, conceitos básicos como: pensamentos intrusivos, avaliações errôneas e crenças distorcidas, são apresentados ao cliente, juntamente com a ideia de que pensamentos influenciam as emoções e o próprio comportamento (Cordioli, 2014; Clark e Beck, 2012).

Neste sentido, no caso do TOC, estados emocionais como o medo e a ansiedade, e os comportamentos de neutralização, como os rituais e as evitações, são resultados de pensamentos intrusivos catastróficos, evocados por certos lugares, objetos ou aproximações de determinadas pessoas, e junto a estes, há crenças distorcidas e erros de avaliação acerca da gravidade ou importância destes pensamentos, que acabam por amplificar estas emoções e gerar determinados padrões de comportamento evitativo.

Assim, procura-se demonstrar que as manobras evitativas, apesar de fornecerem alívio imediato, apenas contribuem para a perpetuação dos sintomas obsessivo-compulsivos, já que, os rituais são reforçados negativamente pela retirada do estressor, aumentando a probabilidade de ocorrerem novamente, além de fortalecer crenças distorcidas de supervalorização da ameaça e percepções excessivas de responsabilidade.

Neste momento, é importante abordar com o cliente, que no modelo cognitivo do TOC, situações, objetos ou pessoas ativam pensamentos intrusivos de natureza catastrófica e como consequência há a produção de medo, ansiedade, rituais e evitações. Também é ilustrado o conceito de situações ativadoras, pensamentos intrusivos catastróficos, crenças disfuncionais e consequências (Modelo ABC, Figura 3), com exemplos do próprio paciente.

**Figura 3. Modelo ABC.**

Fonte: Cardiolli (2014).

Assim que o cliente aprende os conceitos básicos do modelo cognitivo, solicita-se ao cliente que identifique as situações ativadoras (locais, objetos, pessoas) de seus pensamentos intrusivos e crenças disfuncionais (erros de avaliação do risco e responsabilidade, erros de interpretação), que são ativados nessas ocasiões, junto as consequências comportamentais, emocionais e cognitivas que são geradas. Nisto, são introduzidas diferentes técnicas cognitivas, como o RPD (Registro de Pensamentos Disfuncionais) e a seta descendente.

A fase intermediária (2) se concentra na manutenção e monitoração das técnicas cognitivas e comportamentais, utilizando de forma regular, instrumentos padronizados como o *Y-BOCS* e o *OCI-R* para avaliar a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. A alta, prevenção de recaídas e terapia de manutenção (4), é a última etapa do tratamento, e tem um papel de significativa importância, levando em consideração que o TOC é um transtorno crônico (Cordioli, 2014) que necessita de um acompanhamento terapêutico que forneça meios de manter os sintomas OC (Obsessivo-compulsivos) sob controle. Dentro das técnicas comportamentais utilizadas na TCC para o TOC, a psicoeducação e a EPR são as mais comuns. Esta informação se apresenta a partir dos estudos de Oliveira *et al.* (2018), o qual foram identificadas 22 técnicas diferentes dentro das psicoterapias cognitivo-comportamentais por eles observadas, e em todas estas, estavam presentes a psicoeducação e a EPR (Exposição e Prevenção de Respostas).

De acordo com os dados levantados na tabela a seguir, compreende-se que a TCC demonstra eficácia na diminuição dos sintomas obsessivo-compulsivos dos indivíduos diagnosticados com TOC, em especial quando combinadas a técnicas comportamentais de psicoeducação e EPR, como exposto na Tabela 1:

**Tabela 1.** Obras retratando a eficácia da TCC no tratamento do TOC.

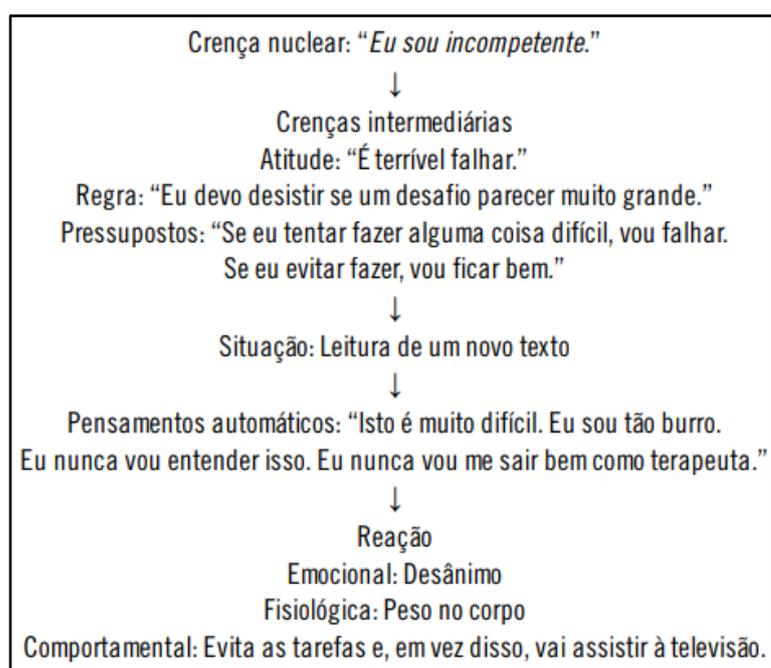
Nome da Obra	Autor	Método	Resultado	Conclusão
A Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno Obsessivo Compulsivo: resultados nas Dimensões dos Sintomas e nos Mecanismos de Defesa	Tabeleão, V. P. (2016)	Estudo de intervenção	A intervenção com TCC reduziu significativamente os sintomas de TOC e promoveu mudanças nos mecanismos de defesa, favorecendo defesas mais maduras.	A TCC foi eficaz não apenas na redução dos sintomas obsessivos, mas também no desenvolvimento de mecanismos de defesa mais adaptativos, evidenciando seu impacto na saúde mental global dos pacientes.
A Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Cordioli, A. V. (2008a)	Revisão de literatura	A TCC, em especial a Exposição com Prevenção de Respostas (EPR), demonstrou redução dos sintomas obsessivos e compulsivos em 70% dos pacientes, com resultados duradouros.	A TCC é altamente recomendada para o tratamento de TOC, mas a adesão ao tratamento e a resposta em casos graves ainda representam desafios.
Técnicas Cognitivo-Comportamentais no Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Uma Investigação Baseada em Evidências	Oliveira, A. J., Rosa, D. G., Ferro, L. A. M., & Rezende, M. M. (2018)	Revisão sistemática	Técnicas como a Exposição com Prevenção de Resposta (EPR) e psicoeducação mostraram-se eficazes em casos leves e moderados de TOC, com boa adesão dos pacientes.	A TCC é uma ferramenta essencial para a redução de sintomas obsessivo-compulsivos, mas são necessários mais estudos para otimizar seu uso em diferentes grupos etários e contextos clínicos.
Tratamento Psicoterápico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Perspectivas da Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Analítico-Comportamental	Bortoli, B. A., & Francke, I. Á. (2018)	Revisão assistemática	Ambas as abordagens, TCC e Terapia Analítico-Comportamental, mostraram eficácia na redução de rituais e obsessões, mas com limitações em casos mais graves.	O uso da TCC e da Terapia Analítico-Comportamental é eficaz no tratamento de TOC, mas maior integração entre essas abordagens poderia beneficiar casos refratários.
Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo Infantil: Apresentação de um Estudo de Caso	Schwartz, F. T., & Lisboa, C. S. M. (2014)	Estudo de caso	A TCC reduziu significativamente os rituais obsessivos de uma criança de 8 anos, melhorando também o relacionamento familiar e os comportamentos disfuncionais.	A TCC é eficaz no tratamento de TOC infantil, especialmente quando combinada com a participação familiar e intervenções comportamentais adaptadas à idade.

**Fonte:** Elaborada pela autora.

Para a compreensão da metodologia da TCC para o TAG, considera-se a ênfase inicial na identificação e modificação dos pensamentos automáticos, derivados das crenças nucleares do cliente, e posteriormente, procede o manejo de intervenções para a modificação destas crenças (Beck, 2014). O cliente passa a identificar estas cognições distorcidas, e por meio de técnicas, é direcionado a pensar racionalmente sobre elas, em direção a uma mudança.

Ainda de acordo com Beck (2014), é possível compreender a hierarquia da cognição da seguinte forma na Figura 4:

**Figura 4.** Conceituação Cognitiva.



Fonte: Beck (2014)

Na Figura 4, observa-se como as crenças profundas que uma pessoa tem sobre si mesma, como "Eu sou incompetente", podem influenciar seus pensamentos automáticos durante uma situação específica, como ler um novo texto. Esses pensamentos negativos, por sua vez, desencadeiam reações emocionais, físicas e comportamentais, como desânimo e evitar a tarefa. Se a pessoa conseguisse reavaliar esses pensamentos de forma mais positiva, poderia ter uma resposta emocional e comportamental mais saudável, continuando com a tarefa em vez de evitá-la.

No livro de Judith Beck (2014), a modificação de crenças nucleares é abordada como uma técnica central da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Segundo a autora, a mudança das crenças nucleares ocorre por meio de várias técnicas cognitivas, incluindo o

questionamento socrático e o teste empírico das crenças disfuncionais do paciente. O terapeuta guia o paciente em um processo de reflexão profunda, ajudando-o a avaliar a veracidade de suas crenças, desafiando-as logicamente. Além disso, os experimentos comportamentais permitem ao paciente testar empiricamente a sustentabilidade dessas crenças, confrontando-as com a realidade de suas experiências diárias.

É útil se utilizar de previsões antigas e alternativas, ou seja, a possibilidade de rejeição, ou de um comportamento alternativo, como acolhimento e aproximação; o teste empírico é importante para a modificação das crenças, pois o cliente tem mais possibilidade de se convencer através de evidências. Já as intervenções experienciais se concentram na capacidade imaginativa do cliente, se utilizando, por exemplo, de técnicas de dramatização e imaginação; em uma técnica de imaginação chamada de reescrita imaginária, o cliente revisita memórias antigas com objetivo de identificar as raízes de suas crenças nucleares, geralmente produzidas durante a sua infância.

Nesta técnica, solicita-se que o cliente feche os olhos e imagine uma situação recente que lhe trouxe problemas, da forma mais vívida possível. O terapeuta instrui que o cliente se fixe na emoção que está sentindo, mas que abandone a imagem. Deste modo, é questionado ao cliente se há outra imagem surgindo, uma imagem do passado ou da infância, que ocasionou as mesmas emoções. O terapeuta se preocupa em questionar também acerca dos sentidos, o que o cliente está sentindo em seu olfato, o que está vendo e ouvindo. Esta técnica deve ser utilizada com cuidado em casos mais graves (abuso/violência), exigindo habilidades terapêuticas adequadas.

Já a dramatização envolve a encenação de situações específicas para avaliar a intensidade das crenças nucleares, pode ser realizada reinterpretando a cena (trocando os papéis), ou reescrevendo-a de modo alternativo, modificando determinado comportamento de algum personagem.

No tratamento da ansiedade, a metodologia cognitivo-comportamental utiliza diversas técnicas para intervir no ciclo de ansiedade, visando a modificação dos pensamentos disfuncionais e a alteração dos comportamentos gerados por essas crenças distorcidas. Uma das principais intervenções é o questionamento socrático, que já foi descrito anteriormente, além de outras estratégias que ajudam o paciente a adotar interpretações mais adaptativas (Beck, 2014)

Outra técnica amplamente utilizada é a reestruturação cognitiva, cujo objetivo é modificar as crenças e avaliações distorcidas que o paciente tem sobre si, o ambiente e o futuro. A reestruturação cognitiva ajuda o paciente a identificar e substituir seus pensamentos automáticos negativos por outros mais realistas, promovendo uma visão mais equilibrada e diminuindo a intensidade da ansiedade. De acordo com Clark e Beck (2012), essa técnica envolve não apenas o exame de evidências, mas também a geração de alternativas mais saudáveis e a análise do custo-benefício de continuar a manter crenças negativas.

A exposição gradual a estímulos ansiogênicos é outra técnica amplamente utilizada na TCC para o TAG. Ela envolve a exposição sistemática e progressiva do paciente a situações que geram ansiedade, permitindo que ele enfrente seus medos sem recorrer a comportamentos de fuga e esquiva. Segundo Antony e Swinson (2000), essa técnica ajuda o paciente a testar suas crenças e perceber que os cenários catastróficos que ele antecipa não ocorrem, levando à extinção gradual da resposta ansiosa.

Para os pensamentos automáticos, como os pensamentos ansiosos obsessivos, há a técnica "AWARE" (Beck e Emery, 1985). Esta técnica envolve um processo em que o paciente é instruído a praticar cinco passos: (1) Aceitar (Accept) os sentimentos e pensamentos ansiosos, sem lutar contra eles; (2) Observar (Watch) os sintomas ansiosos, identificando o que está acontecendo no corpo e na mente; (3) Agir (Act) de maneira a não permitir que a ansiedade controle as ações, enfrentando a situação temida; (4) Repetir (Repeat) o processo sempre que a ansiedade surgir; e (5) Esperar (Expect) a melhoria com a prática contínua. Essa abordagem auxilia o paciente a lidar de forma mais eficaz com seus pensamentos automáticos, reduzindo o impacto da ansiedade e prevenindo comportamentos de esquiva.

A Escala de Ansiedade de Beck (*BAI*), desenvolvida por Aaron T. Beck, é um dos instrumentos mais amplamente utilizados na avaliação da ansiedade. Ela consiste em uma lista de 21 itens que avaliam sintomas físicos e cognitivos comuns à ansiedade. Cada item é classificado em uma escala de quatro pontos, onde: 0 (Absolutamente não): O sintoma não foi experimentado; 1 (Levemente): o sintoma foi experimentado, mas causou pouco incômodo; 2 (Moderadamente): o sintoma foi desagradável, mas suportável; e 3 (Gravemente): o sintoma foi difícil de suportar e causou grande desconforto (Beck & Steer, 1993).

Seu público-alvo são indivíduos entre 18 e 90 anos, e é realizada através de três formas. A primeira é presencialmente, com lápis e papel, através de formulários impressos; a segunda é através de uma mecânica informatizada com o examinador presente; e a terceira é a mecânica informatizada e remota, feita de forma on-line pela plataforma *Hogrefe Testsystem* (HTS).

O uso da Escala de Ansiedade de Beck (*BAI*) é especialmente relevante no contexto da TCC, pois permite avaliar a intensidade dos sintomas ansiosos. Ao fornecer uma medida objetiva da ansiedade, o *BAI* permite que terapeutas ajustem às intervenções terapêuticas ao longo do tratamento, ajudando no monitoramento do progresso dos pacientes (Beck & Steer, 1993).

A Tabela 1 e a Tabela 2 apresentam os resultados positivos obtidos no tratamento da Terapia Cognitivo-Comportamental para o TOC e o TAG, destacando-se a Exposição com Prevenção de Respostas (EPR) e a reestruturação cognitiva. Observa-se que a maioria dos pacientes que aderiram às técnicas mostrou uma redução significativa dos sintomas, com melhoria contínua mesmo após o término do tratamento. Esses dados corroboram a literatura existente, que enfatiza a importância da combinação de técnicas comportamentais com técnicas cognitivas para maximizar os resultados terapêuticos e adesão de tratamento.

**Tabela 2.** Obras retratando a eficácia da TCC no tratamento do TAG.

Nome da Obra	Autor	Método	Resultado	Conclusão
Transtorno de Ansiedade Generalizada: Uma Revisão Narrativa	Lopes, A. B., Souza, L. L., Camacho, L. F., et al. (2021)	Revisão narrativa	A combinação de TCC e farmacoterapia, especialmente com ISRS e IRSN, foi eficaz na redução dos sintomas de ansiedade e preocupações excessivas.	A TCC, associada à farmacoterapia, é o tratamento de escolha para o TAG, garantindo melhores resultados a longo prazo e prevenindo recaídas.
Intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno de Ansiedade Generalizada: Estudo de Caso	Pereira, M. D., & Bezerra, C. M. O. (2023)	Estudo de caso qualitativo	A paciente apresentou significativa redução dos sintomas de ansiedade e melhoria nas competências sociais após 12 sessões de TCC.	A TCC mostrou-se eficaz no tratamento do TAG, com uma forte ênfase na reestruturação de crenças e desenvolvimento de habilidades sociais, mas a continuidade do tratamento é recomendada.

A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	Espíndula, B. C., Resende, S. L., Neves, W. A., & Onofri, L. (2023)	Revisão bibliográfica	A TCC ajudou na correção de pensamentos disfuncionais e na melhoria da tolerância à incerteza, com resultados positivos na redução da ansiedade.	A TCC é uma abordagem estruturada e eficaz para o TAG, sendo uma ferramenta valiosa para o manejo de sintomas ansiosos e preocupações excessivas.
A Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Transtorno de Ansiedade Generalizada	Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018).	Revisão bibliográfica	A TCC resultou em melhorias na gestão da ansiedade, especialmente no controle da preocupação excessiva.	A TCC proporciona benefícios duradouros na redução da ansiedade e na promoção de uma melhor qualidade de vida, especialmente em pacientes com TAG.
Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Ansiedade Generalizada	Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2017)	Revisão sistemática	A TCC foi eficaz na redução dos sintomas de TAG, especialmente em populações adultas e idosas, com resultados mantidos em <i>follow-ups</i> de longo prazo.	A TCC é uma das abordagens mais eficazes no tratamento do TAG, com resultados duradouros, especialmente em termos de redução da ansiedade e melhora na qualidade de vida.

---

**Fonte:** Elaborada pela autora.

A relação terapêutica é um dos fatores determinantes no sucesso da psicoterapia (Cordioli *et. al.* 2008; Singulane e Sartes, 2017), uma boa aliança terapêutica promove um ambiente seguro para a implementação das técnicas que serão trabalhadas, possibilitando a criação de um espaço confortável para a exposição de possíveis dúvidas ou dificuldades por parte do paciente.

Para Prado e Meyer (2004), uma relação terapêutica bem constituída é formada por, (1) a empatia por parte do terapeuta, (2) a escuta qualificada, (3) e a capacidade de orientar o paciente. A empatia na clínica se refere à capacidade do terapeuta de compreender os sentimentos do paciente a partir de sua perspectiva e comunicar esse entendimento, conforme Suartz (2013) e Cordioli *et.al.* (2008), a empatia favorece a satisfação do paciente com o tratamento, favorecendo uma melhor adesão e permanência.

A escuta qualificada, nos consultórios de Psicologia, é formada pela atenção às demandas trazidas pelo paciente, respeitando suas singularidades e organizando um plano terapêutico adequado e adaptado a cada caso (Duarte, *et. al.* 2017). O terapeuta também

deve ter boas habilidades de transmissão de conhecimento, para o favorecimento de *insights*<sup>1</sup> por parte do paciente.

## CONCLUSÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem sendo gradativamente reconhecida como um tratamento eficaz para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), destacando-se a combinação de técnicas comportamentais como a Exposição com Prevenção de Respostas (EPR), psicoeducação e técnicas cognitivas como o questionamento socrático e o registro de pensamentos disfuncionais. A EPR envolve a exposição gradual às obsessões, sem a realização das compulsões para que se promova o fenômeno da habituação e, com o tempo, a extinção dos rituais compulsivos. A psicoeducação atua a favor do esclarecimento acerca do transtorno e seus mecanismos cognitivos e comportamentais de manutenção. Já a reestruturação cognitiva atua na modificação das crenças distorcidas do indivíduo, que são responsáveis pelas falhas de processamento cognitivo em relação à gravidade da ameaça, capacidade de enfrentamento e autopercepções excessivas de responsabilidade.

As técnicas cognitivas e comportamentais apresentadas e discutidas no presente estudo, demonstraram eficácia na diminuição dos sintomas OC dos pacientes. Elas os auxiliam a desenvolver interpretações mais adequadas, realistas e adaptativas, além de estratégias de enfrentamento às ações de neutralização (comportamentos evitativos de fuga e esquiva). Vale ressaltar que, outras técnicas complementares como o *Mindfulness*, auxiliam substancialmente na diminuição de sintomas ansiosos em indivíduos com TAG, pois contribuem para uma visão de aceitação e transitoriedade acerca dos pensamentos automáticos e dos próprios eventos internos.

A complementaridade das técnicas, tende a proporcionar melhores resultados tanto no tratamento do TOC quanto do TAG. Entretanto, a adesão ao tratamento é um desafio recorrente, uma vez que o desconforto gerado pela exposição (EPR) e a dificuldade de alterar padrões de pensamento enraizados (reestruturação cognitiva) podem levar ao abandono do processo terapêutico. Para contornar essas dificuldades, é essencial que o terapeuta esteja atento às necessidades individuais de cada paciente, ajustando as intervenções conforme necessário e oferecendo suporte contínuo durante o tratamento. A

---

<sup>1</sup> Este termo na perspectiva cognitivo-comportamental, se concentra na capacidade de compreender os próprios eventos internos (pensamentos e emoções) e seus comportamentos derivados, de maneira estruturada e racional (Cordioli & Giglio, p. 44. 2008).

implementação de estratégias motivacionais no início da terapia tem sido sugerida como forma de aumentar a adesão e o engajamento dos pacientes, além da construção de uma boa aliança terapêutica, que foi considerada como um dos fatores determinantes para a adesão e permanência no tratamento.

Na TCC, a introdução complementar de práticas de atenção plena tem mostrado resultados positivos, uma vez que permite aos pacientes uma melhor aceitação de suas emoções e pensamentos, sem o impulso imediato de tentar controlá-los ou evitá-los; esta técnica permite o pensamento racional acerca dos próprios eventos internos, fornecendo caminhos à reestruturação cognitiva das crenças distorcidas.

Deste modo, foi observado que a TCC fornece uma abordagem abrangente e eficaz para o tratamento do TOC e do TAG. Evidencia-se a complementaridade de técnicas cognitivas e comportamentais, a promoção da psicoeducação do transtorno, a produção de uma aliança terapêutica bem constituída, o desempenho de habilidades de manejo terapêutico frente a eventuais adversidades, junto à inserção de estratégias motivacionais de adesão ao tratamento no início da psicoterapia. Tais variáveis demonstraram contribuir significativamente para o sucesso na diminuição dos sintomas obsessivo-compulsivos e ansiosos dos pacientes. Sugere-se aqui a continuidade da pesquisa acerca do tema para enriquecimento da referida metodologia.

## REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J. S. (2016). *Vencendo o TOC: 10 passos para você recuperar a sua vida*. São Paulo: M. Books.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (M. I. C. Nascimento, Trad.; A. V. Cordioli, Revisão Técnica, 5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.). (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2000). Social phobia. In M. M. Antony & R. P. Swinson, *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment* (pp. 49–77). American Psychological Association.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Disponível em: [https://uploads-ssl.webflow.com/60e4eec45f2723b891728a20/61871cdc6a5eb626d53983bd\\_BAI-manual.pdf](https://uploads-ssl.webflow.com/60e4eec45f2723b891728a20/61871cdc6a5eb626d53983bd_BAI-manual.pdf). Acesso em: 18 set. 2024.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Ansiedade e Fobias: Entendimento e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2004).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979).
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática* (S. Costa, Trad.). Artes Médicas.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2014). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (S. M. da Rosa, Trad.; P. Knapp & E. Meyer, Revisão Técnica, 2ª ed.). Porto Alegre: Artmed. Disponível em: <https://adventista.edu.br/source2019/psicologia/Judith-Beck.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2024.

- Bortoli, B. A., & Francke, I. Á. (2018). *Tratamento psicoterápico do transtorno obsessivo-compulsivo: Perspectivas da terapia cognitivo-comportamental e terapia analítico-comportamental*. *Aletheia*, 51(1-2), 181-195. Disponível em [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942018000100012](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100012)
- Clark, D. A., Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, D. A., Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para transtornos de ansiedade: Ciência e prática* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. & colab. (2008). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V.; Giglio, L. (2008) *Como Atuam as Psicoterapias: Os Agentes de Mudanças e as Principais Estratégias e Intervenções Psicoterápicas*. In: Cordioli, Aristides Volpato. *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Porto Alegre: Artmed. P. 43-57.
- Cordioli, A. V. (2008a). *A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo*. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, S65–S72. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600003>
- Cordioli, A. V. (2008b). *Manual da terapia cognitivo-comportamental em grupo para o transtorno obsessivo-compulsivo* (Adaptado por D. T. Braga). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
- Cordioli, A. V. (2008c). *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: Manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V. (Org.). (2014). *TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Duarte, L. P.; Moreira, D. J. (2017) *Contribuição da Escuta Qualificada para a Integralidade na Atenção Primária*. *Rev. Gestão & Saúde* (Brasília) Vol. 08, n. 03.
- Espíndula, B. C., Resende, S. L., Neves, W. A., & Onofri, L. (2023). *A psicoterapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada (TAG)*. *Revista Saúde dos Vales*, 4(1). Disponível em <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/1557>
- Freitas, C. N., Silva, P. O., & Pucci, S. H. M. (2024). *Contribuições da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada em adultos: revisão integrativa de literatura*. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(10), 1027–1050. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.15953>

- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas S/A.
- Gonzales, C. C. N., & Guimarães, C. A. (2020). *Evolução e tendências atuais das terapias cognitivas e comportamentais*. Em Atena Editora (Org.), *Terapias cognitivas e comportamentais* (Cap. 12).
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Lopes, A. B., Souza, L. L. de, Camacho, L. F., Nogueira, S. F., Vasconcelos, A. C. M. C., Paula, L. T. de, Santos, M. de O., Atavila, F. P., Cebarro, G. F., & Fernandes, R. W. B. (2021). *Transtorno de ansiedade generalizada: Uma revisão narrativa*. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 35, e8773.  
<https://doi.org/10.25248/reac.e8773.2021>
- Lotufo Neto, F., & Baltieri, M. A. (2001). *Processos cognitivos e seu tratamento no transtorno obsessivo-compulsivo*. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23, 46–48.  
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000600014>
- Mahjani, B., et al. (2021). *Genetics of obsessive-compulsive disorder*. *Psychological Medicine*, 51(13), 2247-2259.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2008). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Atlas S/A.
- Marques, C. (2001). *Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo compulsivo*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl. 2), 49-51.
- Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018). *A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada*. *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente*, 9(1), 423–441.
- Nice, G. (2019). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. *Subject to Notice of rights, United Kingdom*. 1-41
- Oliveira, A. J., Rosa, D. G., Ferro, L. A. M., & Rezende, M. M. (2018). *Técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: Uma investigação baseada em evidências*. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18(1), 30-49. Disponível em  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442019000100003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000100003)
- Oliveira, T. C. de, Massardi, G. P. O., Vasconcelos, G. Q. L., Giani, D. F. A. de, &

- Oliveira, E. C. (2024). *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Diagnóstico, tratamento e considerações clínicas*. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(9), 303–310. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i9.15497>.
- Paula, D. K. de, Kling, C. P. S. P., & Siqueira, E. C. de. (2023). *Uma abordagem geral do transtorno obsessivo compulsivo*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(6), e13174.
- Papola D, et al. (2023) *Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials*. *JAMA psychiatry*; 81(3): 250–259.
- Pereira, M. D., & Bezerra, C. M. O. (2023). *Intervenções da terapia cognitivo-comportamental para transtorno de ansiedade generalizada: Estudo de caso*. *Revista Eixo*, 12(1), 108-117. <https://doi.org/10.19123/eixo.v12i1.1010>
- Petersen, M. L. (2019). *A terapia cognitivo-comportamental no tratamento das compulsões mentais*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 92-99.
- Prado, O. Z.; Meyer, S. B. (2004) *Relação terapêutica: a perspectiva comportamental, evidências e o inventário de aliança de trabalho (WAI)*. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 201-209.
- Rachman SJ. (1997). *A cognitive theory of obsessions*. *Behav Res Ther*, 35: (9): 793-802.
- Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2017). *Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 49-54. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170008>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Artmed.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C. (1998) *Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking*. *Brit J Psychiatry*; 173(Suppl. 35):53-63.
- Schwartz, F. T., & Lisboa, C. S. M. (2014). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo infantil: Apresentação de um estudo de caso*. *Revista Da Graduação*, 7(2). Disponível em <https://revistaseletronicas.pucrs.br/graduacao/article/view/19330>
- Singulane, B. A. R.; Sartes, L. M. A. (2017). *Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura*. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37, n. 3, p. 784-798.
- Souza FP, Foa EB, Meyer E, Niederauer KG, Raffin AL, Cordioli AV. (2008) *Obsessive-*

*compulsive inventory and obsessive-compulsive inventory revised scales:*

Traduzido em português. *Rev Bras Psiquiatria*; 30(1):42-6.

- Souza Filho, J. J. de, & Reiser, M. N. (2023). *Qualidade de vida no transtorno obsessivo compulsivo*. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 13(41), 305–314.
- Suartz, C. V. et al. (2013). Avaliação de empatia em residentes de especialidades clínicas e cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 320-325.
- Tabeleão, V. P. (2016). *A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo: Resultados nas dimensões dos sintomas e nos mecanismos de defesa*. Universidade Católica de Pelotas. Disponível em <https://pos.ucpel.edu.br/ppgsc/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/Terapia-Cognitivo-Comportamental-no-Transtorno-Obsessivo-Compulsivo-Viviane-Tabele%C3%A3o.pdf>
- Torres, A. R., & Lima, M. C. P. (2005). *Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: Uma revisão*. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(3).
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado* (M. G. Armando, Trad.). Artmed.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). *Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade*. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 7(1), 77–92. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i1.44>.