

Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Volume 18 • Número 1 e 2 • Junho e Dezembro 2020 / *Volume 18 • Number 1 and 2 • June and December 2020*

EDIÇÃO / PUBLISHER:

Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

DIRECTOR / DIRECTOR:

Teresa Maia Correia.

EDITORES PRINCIPAIS / EDITORS-IN-CHIEF:

Bruno Trancas, Mafalda Miranda.

EDITOR ADJUNTO / ASSOCIATE EDITOR:

Mário J. Santos.

REDACÇÃO / EDITORIAL ROOM:

Alexandra Lourenço, Alice Luís, Ana Lima, Carlos Vieira, Cristina Fernandes, Filipa Ferreira, Filipa Viegas, Inês Figueiredo, Janete Maximiano, Joana Marau, Luís Afonso Fernandes, Natasha Oliveira, Patrícia Gonçalves, Raquel Ribeiro, Sara Castro, Sara Dehanov, Sofia Barbosa, Susana Jorge, Tânia Roquette, Tiago Ferreira.

CONSULTORES CIENTÍFICOS / SCIENTIFIC ADVISORS:

Ana Valverde (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE), Branco Vasco (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa), Daniel Sampaio (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa), Fernando Vieira (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa), Graça Cardoso (Faculdade de Ciências Médicas da UNL), Isabel Azevedo Mendes (Hospital da Luz), Luísa Figueira (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa), Maria do Carmo Sou-

sa Lima (Sociedade Portuguesa de Psicanálise), Maria Emília Marques (Instituto Superior de Psicologia Aplicada), Miguel Xavier (Faculdade de Ciências Médicas da UNL), Nuno Madeira (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), Pio de Abreu (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), Rui Coelho (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto), Rui Martins (Faculdade de Motricidade Humana), Sílvia Ouakinin (Centro Hospitalar de Lisboa Norte).

PROPRIEDADE / PROPERTY OF:

Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.
2720-276 Amadora, Portugal.

ISSN: 1646-091 X

eISSN: 2182-3146

DEPÓSITO-LEGAL: 214007/04

PUBLICAÇÃO SEMESTRAL / PUBLISHED TWICE A YEAR**PRODUÇÃO GRÁFICA / GRAPHIC PRODUCTION:**

Ângela Rodrigues (Pré-impressão / *Pre-press*)

DIREITOS DE AUTOR:

© Os artigos publicados são de livre acesso, distribuídos em conformidade com a Licença de Atribuição Creative Commons CC-BY-3.0, que permite a sua utilização, distribuição e reprodução sem restrições, em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

COPYRIGHT:

© *Published articles are open-access papers and are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-3.0, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.*

NORMAS ÉTICAS DE PUBLICAÇÃO / PUBLICATION ETHICS:

A Revista Psilogos segue as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org), nomeadamente quanto à atribuição de autoria e contribuição, processo de submissão e revisão editorial, conflitos de interesse, confidencialidade, privacidade e protecção de pessoas e animais utilizados em investigação.

Psilogos Journal follows the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) concerning authorship and contributorship, editorship, peer review, conflicts of interest, privacy and confidentiality and protection of human subjects and animals in research.

www.psilogos.com

<http://revistas.rcaap.pt/psilogos>

Instruções aos Autores

Author's Guidelines

A PsiLogos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, publica editoriais, artigos originais de investigação, artigos de revisão, assim como casos clínicos pertinentes, resumos críticos de livros ou outros trabalhos com interesse para a área da Saúde Mental. Publica ainda uma secção destinada à apresentação de novos projectos em Psiquiatria.

Os artigos propostos, redigidos em português ou inglês, não poderão ter sido alvo de outra publicação e deverão ser enviados ao cuidado do Director da Revista. A submissão de manuscritos é efectuada exclusivamente em formato digital utilizando o portal OJS da Revista (<http://revistas.rcaap.pt/psilogos>). Em caso de indisponibilidade do portal por favor contactar a Equipa Editorial. A existirem imagens, estas deverão ser enviadas em ficheiros separados (formatos PDF, PNG ou TIFF). Os trabalhos devem ser acompanhados por uma declaração de concordância com a política de publicação, cujo modelo pode ser encontrado em www.psilogos.com ou no portal OJS da Revista (<http://revistas.rcaap.pt/psilogos>). A obtenção de consentimento informado, conforme disposto nesta declaração, deve ser mencionada no manuscrito. Após recepção, o artigo será avaliado pela comissão editorial, que apreciará se este se enquadra na política editorial e áreas de interesse da revista. Em caso de aceitação, o trabalho será enviado para avaliação pelos consultores científicos, decorrendo o processo de revisão sob dupla-ocultação. Após a revisão o artigo poderá: a) ser recusado; b) ser publicado após correcções propostas pelos consultores científicos; c) ser publicado sem modificações. O motivo da recusa e pareceres dos consultores científicos ou da comissão editorial serão comunicados aos autores.

As normas de publicação e estilo de referências seguem as recomendações do Comité Internacional de Redactores de Revistas Médicas (www.icmje.org), a consultar para os casos não previstos no presente texto. Recomenda-se a utilização do modelo de manuscrito e a observância das normas de estilo da revista, ambos disponíveis no *site* da revista. No que respeita à apresentação do texto, os artigos deverão ser redigidos com espaço e meio, em páginas numeradas com letra Times New Roman, tamanho 12. A numeração das figuras faz-se com algarismos árabes e os quadros e tabelas com numeração romana. O texto não deverá ultrapassar 12 páginas. Na primeira página deverão constar o título do artigo em português e inglês, o nome dos autores, as suas qualificações e filiações institucionais (se existirem) bem como o email do autor correspondente (a figurar na versão publicada). Na segunda página deverá constar resumo em português e inglês (máximo de 350 palavras para artigos originais e revisões e 150 para casos clínicos), bem como as palavras-chave em português e inglês, que deverão utilizar terminologia constante no MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* (NLM). No resumo deverão constar: intro-

dução, objectivos, métodos, resultados e conclusões. Os artigos de investigação deverão ser estruturados segundo a sequência: introdução, objectivos, material e métodos, resultados, discussão e conclusão, seguindo-se uma lista de referências bibliográficas, declaração de conflitos de interesse e de financiamento. A existirem, os agradecimentos devem ser colocados antes da bibliografia. As referências bibliográficas deverão ser numeradas de acordo com a ordem de aparecimento e inseridas com o efeito “superior à linha”. Na lista de referências, onde só devem constar as citadas no texto, deverão ser dispostas seguindo a mesma ordem. Devem obedecer à seguinte forma: a) no caso de revistas: apelido e iniciais dos autores (excepto se ultrapassar 6), título do artigo, nome abreviado da publicação (conforme catálogo da NLM), ano de publicação, volume, primeira e última página do artigo; b) no caso de livros: apelido e iniciais dos autores, título do livro, cidade e editora, ano de publicação, páginas; c) no caso de capítulos de livros: apelidos e iniciais dos autores do capítulo ou da contribuição, título e número de capítulo, apelido e iniciais dos editores, título do livro, cidade e editora, ano de publicação, primeira e última páginas do capítulo. Tendo em conta o acordo ortográfico em vigor, a Comissão Editorial deliberou que será respeitada a decisão dos autores relativamente à observância das regras do mesmo.

Sumário

Table of Contents

INSTRUÇÕES AOS AUTORES	03
<i>Author's Guidelines</i>	
EDITORIAL	07
Teresa Maia	
RESULTADOS DE UM MODELO DE INTERVENÇÃO EM CRISE EM HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA E DISCUSSÃO DO EFEITO DA EMPATIA	09
<i>Outcomes of a Crisis Intervention program in a Psychiatry Day Hospital and the discussion of the effects of Empathy</i>	
Nuno Trovão, César Portela, Bárbara Baptista, Sara Nascimento, Mário Marques dos Santos, Diana Mota, Ana Marques, Raquel Ribeiro Silva	
PROGRAMA MAIS FAMÍLIA MAIS JOVEM: ESTUDO EXPLORATÓRIO EM CONTEXTO CLÍNICO.	23
<i>Mais Família Mais Jovem Program: exploratory study in a clinical sample</i>	
Rita Amaro, Cláudia Gomes Cano, Maria Francisca Magalhães, Juan Sanchez, Pedro Caldeira da Silva	
LGBTQI+: CONCEITOS E DEFINIÇÕES APLICADOS NO CONTEXTO DA SAÚDE	31
<i>LGBTQI+: concepts and definitions in health environment</i>	
Joana Granado, Joana Vasconcelos, Ana Cláudia Miranda, Kamal Mansinho	
ALUCINAÇÕES AUDITIVO-VERBAIS NA ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO SOBRE A ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.	41
<i>Cognitive-Behavioral Approach of Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Review</i>	
Rodrigo Mota Freitas, Maria Teresa Valadas	
BREXANOLONA E DEPRESSÃO PÓS-PARTO: HAVERÁ LUGAR EM PORTUGAL?	53
<i>Brexanolone and postpartum depression: is there a place for it in Portugal?</i>	
Miguel Felizardo, Catarina Freitas	
DEPRESSÃO PERINATAL PATERNA: FATORES DE RISCO	62
<i>Paternal Perinatal Depression: risk factors</i>	
Carolina Moura Pereira, José Fonseca-Moutinho, Sofia Morais	

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: POTENCIALIDADES E EFICÁCIA NUM CASO DE PERTURBAÇÃO DE PÂNICO	74
<i>Cognitive-Behavioral Therapy: potentialities and efficacy in a case of panic disorder</i>	
María Miguel Barbosa, Cristina Batista, Paula Saraiva Carvalho	
SINTOMAS OBSESSIVO-COMPULSIVOS NA ESQUIZOFRENIA RESISTENTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO	85
<i>Obsessive-Compulsive Symptoms in Treatment-Resistant Schizophrenia: Case Report</i>	
Ana Araújo, António Bajouco, David Mota, Alexandre Mendes, Miguel Bajouco	

Editorial

Caro leitor,

Neste número da PsiLogos que hoje temos o prazer de publicar, reunimos uma série de artigos de grande qualidade científica, abordando todos eles temas muito relevantes para a prática clínica de um Serviço de Saúde Mental.

A revista começa com um artigo original de Nuno Trovão e colegas, que descreve um estudo observacional de doentes admitidos num Hospital de Dia, avaliando os resultados de um modelo de intervenção na crise, assim como o efeito da empatia, seguindo-se um outro, com a descrição de um estudo exploratório, realizado por profissionais da Especialidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Dona Estefânia, sobre o Programa “Mais família, mais jovem”.

Joana Granado e outros profissionais do Serviço de Infeciologia do Hospital Egas Moniz reveem no texto que aqui publicam, a terminologia LGBTQI+ utilizada no contexto da saúde, assim como o seu impacto clínico.

De seguida Rodrigo Freitas e Teresa Valadas apresentam uma revisão sobre abordagem cognitivo-comportamental em doentes com esquizofrenia e alucinações auditivo-verbais, e Miguel Felizardo e Catarina Freitas uma revisão bibliográfica sobre a utilização da brexanolona para o tratamento da depressão pós-parto.

Ainda na área da perinatalidade, Carolina Pereira e colegas trazem-nos uma revisão não sistemática da literatura sobre fatores de risco da depressão perinatal paterna.

Terminamos com dois artigos, em que a partir de casos clínicos, se discutem abordagens psicoterapêuticas e psicopatologia. No primeiro artigo Maria Miguel Barbosa e colegas discutem as potencialidades e eficácia da terapia cognitivo-comportamental a propósito de um caso de perturbação de pânico, e no segundo, Ana Araújo e colegas abordam os sintomas obsessivo-compulsivos na Esquizofrenia resistente, a propósito também de um caso clínico.

Trata-se de um número muito rico em termos clínicos, científicos e na variedade de temas escolhidos, cumprindo aquilo que entendemos ser a razão de ser da Psilogos, um espaço de partilha e construção de saber.

Boas leituras!

Teresa Maia

Dezembro 2023

Resultados de um Modelo de Intervenção em Crise em Hospital de Dia de Psiquiatria e Discussão do Efeito da Empatia

Outcomes of a Crisis Intervention program in a Psychiatry Day Hospital and the discussion of the effects of Empathy

Nuno Trovão*✉, César Portela**, Bárbara Baptista***, Sara Nascimento****, Mário Marques dos Santos*****, Diana Mota*****, Ana Marques*****, Raquel Ribeiro Silva*****

RESUMO

Introdução: O Hospital de Dia (HD) em Psiquiatria foi concebido no século XX como uma modalidade de intervenção ambulatorial e multidisciplinar, para doença mental aguda. Contudo, os modelos de atuação clínica existentes revelam-se heterogêneos e com pouca sustentação em diretrizes ou publicações científicas.

Objetivos: Avaliar os resultados de um modelo de intervenção em HD e estudar as suas variáveis, para procurar hipóteses explicativas do seu mecanismo terapêutico.

Métodos: Realizámos um estudo observacional prospetivo aos doentes admitidos num programa de HD num Serviço de Psiquiatria português, com duração de 10 semanas. Os critérios de inclusão foram a presença de pa-

tologia ansiosa e depressiva aguda e perda de funcionalidade psicossocial, associados a um precipitante vivencial. Foram avaliados à admissão e após a conclusão do tratamento as variáveis de funcionamento quotidiano, com a escala Global Assessment of Functioning; sintomas de ansiedade e depressão com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); e os mecanismos de coping, com escala Brief-COPE. Executámos a análise estatística com o programa SPSS Statistics 22. Completámos a discussão de resultados com uma revisão narrativa de literatura, a partir dos termos descritores de HD, psicoterapias e do conceito de empatia, surgido neste estudo como um possível importante efetor terapêutico.

Resultados e Conclusões: Observou-se nos doentes, após a intervenção em HD, a melhoria de funcionamento global, na escala GAF

* Centro Hospitalar Conde de Ferreira; ✉ nuno.trova@ch-condeferreira.com.pt

** Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

*** Hospital de Magalhães Lemos

**** Clínica Privada

***** Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

***** Centro Hospitalar do Porto

***** Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

 <https://orcid.org/0000-0003-0097-415>

Recebido / Received: 18/12/2018 - Aceite / Accepted: 28/05/2023

($p < 0,001$); a redução de sintomas de ansiedade ($p = 0,003$) e depressão ($p = 0,015$), na HADS; e um incremento dos mecanismos de “coping ativo” ($p = 0,007$) e de “suporte emocional” ($p = 0,022$), a par da redução de “autoculpabilização” ($p = 0,013$) e “negação” ($p = 0,016$). A intervenção psicoterapêutica em HD mostrou-se benéfica na doença mental em situação de crise. Constata-se ainda na literatura um reduzido número de publicações e elevada variabilidade dos modelos de HD praticados, faltando evidência explicativa do mecanismo terapêutico. Propomos a hipótese da empatia entre terapeuta e doentes como efector, estando os seus mecanismos neuronais de espelho bem esclarecidos pela investigação.

Palavras-Chave: Hospital de Dia; Intervenção em Crise; Depressão; Ansiedade; Empatia.

ABSTRACT

Background: *The Day Hospital in Psychiatry was created in the 20th century as an outpatient multidisciplinary intervention, for acute mental conditions. However, such approach is heterogeneous in practice and lacks support in published evidence.*

Aims: *To assess the outcomes of a Day Hospital intervention and study possible variables responsible for the therapeutic effect.*

Methods: *We performed a prospective observational study of patients consecutively admitted to the Day Hospital ten-week programme at a Portuguese health institution. Inclusion criteria were the presence of acute depressive and anxiety disorders and impaired psychosocial functioning, related to adverse life-events. At baseline*

and discharge, we assessed daily functioning on Global Assessment of Functioning scale; anxiety and depression symptoms on Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); and coping mechanisms on Brief-COPE scale. We ran statistical t-tests on SPSS Statistics 22. Furthermore, we performed a comprehensive literature review to support the discussion of our results, especially on empathy as a possible therapeutic effector in Day Hospital intervention.

Results and Conclusions: *At discharge, we found in the patients a significantly higher level of functioning on GAF ($p < 0,001$); lower anxiety ($p = 0,003$) and depression levels ($p = 0,015$) on HADS; increased “emotional support” ($p = 0,022$) and “active coping” ($p = 0,007$) and decreased “self-guilt” ($p = 0,013$) and “denial” ($p = 0,016$) coping mechanisms. Day Hospital intervention had proved beneficial for acute mental disorders in crisis situations. Additionally, published data on Day Hospital is little and yields heterogeneous models, lacking evidence for the therapeutic mechanism. We propose empathy between therapist and patient as such the effector, given the knowledge on its mirror neural mechanisms.*

Key-Words: *Day Hospital; Crisis Intervention; Depression; Anxiety; Empathy*

INTRODUÇÃO

A hospitalização parcial é uma modalidade terapêutica em Psiquiatria que apresenta considerável variabilidade de modelos de atuação¹. Globalmente, vigora o conceito americano de um espaço ambulatorial para diagnóstico e terapia intensiva para doença mental, incluindo

intervenções multidisciplinares, psicossociais e pré-vocacionais (Associação Americana para a Hospitalização Parcial, 1982)². Rosie definiu as diferentes vertentes de Centro de Dia (para suporte em fases avançadas de doença), Programas Diurnos de Reabilitação (para doentes parcialmente estabilizados) e Hospital de Dia (HD), que se direciona mais para fases agudas de patologia³. Desde os seus primórdios — *circa* 1932, em Moscovo — o âmbito de HD foi sendo adaptado em função de novos conhecimentos científicos, circunstâncias socioeconómicas e políticas de saúde mental, nomeadamente aquelas de maior ênfase no tratamento comunitário, em detrimento do internamento. Nos dias de hoje, os modelos de HD praticados também variam entre diferentes instituições e regiões geográficas⁴⁻⁶. Apesar da heterogeneidade e do relativamente menor volume de publicações científicas, a efetividade empírica do HD continua a sustentar a sua prática clínica. De forma a avaliar o impacto desta intervenção terapêutica e de melhor compreender os seus mecanismos de funcionamento, estudámos uma população de doentes tratados num HD de Psiquiatria, analisando aspetos psicopatológicos e do protocolo de atuação.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos um estudo observacional, prospectivo, dos doentes admitidos num programa de intervenção em crise em HD, com a duração de 10 semanas, num serviço de Psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde. Complementámos a análise de resultados com uma revisão narrativa de literatura, a partir dos termos-chave em inglês “day hospital”, “group” e “psychiatr*”, isolados ou

em combinação com os termos “psychodynamic”, “cognitive/behavioral”, “mindfulness” e “psychodram*”, na base de dados PubMed/Medline. Incluímos ainda o termo “empathy” nesta revisão, por se ter identificado uma temática relevante na discussão dos resultados. Excluímos artigos não redigidos em inglês ou português e aqueles que reportassem programas ambulatoriais com menos de dois dias de contacto por semana.

População

Foram recrutados de forma naturalística os doentes admitidos consecutivamente no programa de Intervenção em Crise em HD, entre 1 de julho e 30 de setembro de 2018. A admissão ao programa é iniciada pela referenciação do doente pelo seu psiquiatra assistente, seguindo-se a ratificação dos critérios pela equipa de HD. Esta intervenção é dirigida a situações de crise vivencial, caracterizadas por: emergência de sintomatologia ansiosa e depressiva (compatível com os diagnósticos 311, 309.0, 296.20-296.26, 296.30-296.36 do CID-9-CM); dificuldades de adaptação do indivíduo; disfuncionalidade psicossocial; identificação de um fator vivencial precipitante (conjugal e familiar, laboral ou outro). Excluíram-se os casos de abandono do tratamento ou com ausência de consentimento para participar no estudo.

Instrumentos de avaliação

Foram recolhidos os dados sociodemográficos de sexo, idade, escolaridade, situação profissional e estado civil. Foram também apurados no momento da admissão e após a conclusão do tratamento em HD: o funcionamento quotidiano, com a versão portuguesa

da escala Global Assessment of Functioning⁷; sintomas de ansiedade e depressão, com a versão portuguesa da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)⁸; e os mecanismos de *coping*, com a versão portuguesa da escala Brief-COPE⁹. Esta última inclui 14 itens: *coping* activo, planeamento, suporte instrumental, suporte emocional, religião, reinterpretação positiva, auto-culpabilização, aceitação, ventilação emocional, negação, auto-distração, desinvestimento, uso de substâncias e humor. Cada um é avaliado com duas perguntas de resposta qualitativa tipo Likert (de 0 a 3, totalizando cada item 0 a 6 pontos). A análise estatística descritiva e inferencial foi executada com recurso ao programa informático SPSS Statistics 22. Todo o protocolo de estudo seguiu as normas de Boa Prática Clínica estipuladas pelo International Council for Harmonisation E6 (R2) e a Lei Geral de Proteção de Dados em vigor¹⁰.

RESULTADOS

Foram consecutivamente admitidos 12 doentes ao programa de Intervenção em Crise em HD, excluindo-se do estudo dois doentes que não o completaram até ao final (n=10).

Caraterização Sociodemográfica

A amostra foi composta por 90% de indivíduos do sexo feminino e 10% do sexo masculino, com idade média de 37 anos. Metade encontrava-se numa relação conjugal, a maioria tinha pelo menos o nível do ensino básico completo e 70% de indivíduos estavam empregados. Estas caraterísticas encontram-se detalhadas no Quadro I.

Quadro I. Caraterização sociodemográfica da amostra

Variável		n (%)
Sexo	feminino	9 (90%)
	masculino	1 (10%)
Estado civil	solteiro	2 (20%)
	casado/união de facto	5 (50%)
	divorciado/separado	3 (30%)
	viúvo	0 (0%)
Escolaridade	analfabetismo	0 (0%)
	primário completo	2 (20%)
	básico completo	4 (40%)
	secundário completo	3 (30%)
	superior completo	1 (10%)
Estado ocupacional	desempregado	2 (20%)
	estudante	0 (10%)
	empregado	7 (70%)
	reformado	1 (10%)

Caraterização Clínica

Nesta amostra, 30% dos doentes tinha antecedentes de internamento completo em Psiquiatria. No momento inicial, os doentes, em média, pontuavam 43 pontos na escala GAF, correspondente a um funcionamento com impedimentos importantes em atividades/sociais/ laborais ou escolares. No final da intervenção, este valor aumentou para 77, correspondente a um funcionamento com ligeiros impedimentos laborais, sociais ou escolares temporários. Esta variação foi significativamente estatística segundo o teste-t ($p < 0,001$). Também à admissão, 90% dos doentes apresentava níveis de ansiedade moderada ou grave e 70% apresentava depressão moderada

ou grave, na escala HADS. Após a intervenção, estas frequências reduziram para 40% e 30%, respetivamente (Quadro II). Observou-se uma redução média de 6,9 pontos na subescala de ansiedade (HADS-A) e de 7,0 pontos na de depressão (HADS-D), ambas com significância estatística no teste-*t* ($p=0,003$ e $p=0,015$, respetivamente).

Relativamente aos mecanismos de *coping*, 40% dos doentes mostrava à admissão, um recurso elevado (pontuação > 4) de “desinvestimento”, “aceitação”, “religiosidade”, “suporte emocional” e “planeamento”, como representado no Quadro III (página seguinte). Todos mostravam recurso baixo a mecanismos de “humor”. No final da intervenção, os mecanismos predominantes foram os de “planeamento”, “suporte emocional” e “auto-distração” — em 60% dos indivíduos —, e mecanismos de “coping ativo”, de “aceitação” e “ventilação emocional” — em 50% dos indivíduos. O recurso a “negação” e “uso de substâncias”, não se verificou em nenhum doente. Verificou-se no estudo de hipóteses com teste-*t*, uma diminuição significativa da frequência de “negação” ($p=0,022$) e de “auto-culpabilização” ($p=0,013$), e um aumento significativo de “suporte emocional” ($p=0,016$). A variação de

frequência do mecanismo de “*coping* ativo”, apesar do incremento médio de 1,5 pontos, só alcançou significância estatística ($p=0,007$) após ajuste à idade, sexo e antecedentes de internamento prévio, num modelo de regressão. As restantes variáveis mantiveram significado estatístico.

DISCUSSÃO

Este estudo mostra uma mudança significativa de vários parâmetros psicométricos em doentes submetidos a uma intervenção em crise em HD. Observou-se uma melhoria do seu funcionamento global (segundo a GAF); a redução de sintomatologia de ansiedade e depressão (segundo a HADS); e um recurso mais frequente a mecanismos de *coping* de “suporte emocional” e “*coping* ativo”, com decréscimo da “auto-culpabilização” e “negação”. Notamos que, no final do tratamento, ainda se registavam níveis de ansiedade e depressão “severos” em três doentes. É importante considerar o risco de viés do programa, pelo facto de não ser estipulado um tratamento psicofarmacológico standardizado para todos os doentes, ainda que estruturada e homogeneizada a intervenção psicoterapêutica em grupo neste modelo de intervenção.

Quadro II. Distribuição de resultados da HADS-A e HADS-D, à admissão e após Intervenção em Crise em Hospital de Dia.

	Admissão				Após Intervenção				
	Leve (8-10)	Moderado (11- 14)	Grave (15- 21)	média	Leve (8-10)	Moderado (11-14)	Grave (15-21)	média	teste-t
HADS-A	0%	20%	70%	15,8	10%	10%	30%	8,9	-6,9*
HADS-D	10%	40%	30%	11,5	20%	10%	20%	4,5	-7,0*

* $p < 0,05$ no teste de hipóteses

Quadro III. Distribuição dos resultados do Brief-COPE na amostra, à admissão e após Intervenção em Crise em Hospital de Dia

	Admissão		Após Intervenção		diferença
	Pontuação > 4	Pontuação média	Pontuação > 4	Pontuação média	
<i>Coping</i> ativo	10%	4,1	50%	5,6	1,5
Planeamento	40%	5,1	60%	5,6	0,5
Suporte instrumental	20%	3,6	40%	4,5	0,9
Reinterpretação positiva	20%	4,3	30%	4,5	0,2
Aceitação	40%	4,7	50%	5,2	0,5
Humor	0%	2,8	10%	3,3	0,5
Religião	40%	5,0	40%	5,0	0,0
Suporte emocional	40%	4,4	60%	5,8	1,4*
Auto-distração	30%	3,8	60%	5,0	1,2
Negação	30%	4,3	0%	3,0	-1,3*
Ventilação emocional	30%	4,7	50%	4,9	0,2
Uso de substâncias	10%	3,0	0%	2,8	-0,2
Desinvestimento	40%	4,9	10%	3,7	-1,2
Auto-culpabilização	20%	5,2	10%	3,6	-1,6*

* $p < 0,05$ no teste de hipóteses

Relativamente aos mecanismos de *coping* — entendidos como os esforços cognitivos e comportamentais pessoais para gerir as adversidades ou exigências excessivas das circunstâncias^{11,12} — os autores deste instrumento desaconselham a sua conotação como “adequados” ou “inadequados” *a priori*. Pode sim ser apreciada a sua qualidade enquadrada em cada contexto, como já feito por outros investigadores¹³⁻¹⁵. Neste estudo, avaliando-se as estratégias de superação de uma crise vivencial, poderemos considerar mais adaptativos o recurso à expressão emo-

cional e o “*coping* ativo” na resolução de problemas, por oposição a atitudes de negação ou de auto-culpabilização. Nesse sentido, é congruente o nosso achado de uma associação inversa entre “*coping* ativo” e antecedentes de internamento ($p=0,019$), situação em que o indivíduo carece de maior apoio de terceiros.

Para melhor compreender os resultados deste estudo, importa analisar a intervenção terapêutica a que os indivíduos foram sujeitos, nomeadamente o modelo de intervenção em crise em HD praticado neste local.

I. Intervenção em Crise

O conceito de crise em Psiquiatria surgiu para caracterizar uma vivência perturbadora do equilíbrio psicológico, com início agudo, geralmente com um precipitante externo que o indivíduo julga não conseguir gerir e que interfere com o funcionamento em diversas áreas interpessoais^{16,17}. Ultrapassa, portanto, a expressão sintomatológica ou o diagnóstico específico, considerando uma ampla perspectiva biopsicossocial. Esse impacto no funcionamento quotidiano, as estratégias pessoais (de personalidade) de gestão da adversidade e os antecedentes do doente são especificamente tidos em conta no momento da avaliação de critérios para admissão em HD, de acordo com o modelo implementado na instituição onde decorreu o estudo. Por isso foi pertinente o recurso à escala GAF e ao inventário de *coping* como medidas de resultados neste estudo. A nível psicopatológico, tendo em conta a natureza essencialmente reativa e mais polimórfica dos sintomas suscitados em contexto de crise vivencial, é também particularmente útil o recurso a um instrumento como a HADS, que reúne sintomas de ansiedade e depressão; além de clinicamente comórbidos frequentemente, estão fisiopatologicamente relacionados no processo de resposta ao stress^{18,19}.

A intervenção em crise tem, contudo, significados muito diversos. Nalguns países, corresponde à atuação em situações agudas de alteração de comportamento e agitação psicomotora que podem requerer envolvimento de forças de segurança²⁰. Noutros, corresponde ao suporte técnico, via telefone, para pessoas com ideação autolesiva ou suicida²¹. É também aplicável a situações de contenção e suporte peran-

te eventos traumáticos agudos no âmbito de Urgências²². No Reino Unido, as *Crisis Teams* surgiram como uma forma de intervenção comunitária e domiciliária para doença mental aguda, como alternativa ao internamento hospitalar²³.

II. Intervenções Terapêuticas em Hospital de Dia de Psiquiatria

A nossa pesquisa bibliográfica reúne resultados muito diversos dos três modelos de intervenção definidos por Rosie, revelando práticas em HD de Psiquiatria muito variáveis, entre instituições e pontos geográficos. De 179 títulos, 116 corresponderam aos critérios de inclusão, mas só 54 tinham *resumo* disponível. Destes, treze estudos reportam-se a estruturas ambulatórias geriátricas, mais próximas ao modelo de Centro de Dia; cinco reportam-se a unidades perinatais para mulheres com doença mental; e três a unidades pediátricas. Os restantes 33, referem-se quer a modelos de intervenção em patologia aguda, quer programas de tratamento diurno para doentes crónicos. Contam-se dez estudos comparativos com internamento e consulta, três de prevalência de diagnóstico e dois de satisfação dos doentes, entre outros artigos de opinião e de enfermagem. Apenas se apuram três estudos detalhadamente descritivos das atividades de HD, sendo um deles um importante estudo multicêntrico europeu.

O estudo executado pelo grupo da European Day Hospital Evaluation comparou serviços de HD entre cinco países, procurando identificar aspetos comuns e tornar o seu impacto generalizável. Concluiu que se assemelham em carga horária (média de seis horas diárias,

de segunda a sexta-feira, excetuando em Inglaterra, onde o tempo de contacto é menor); composição da equipa técnica (com exceção de Inglaterra, onde há maior proporção de enfermeiros que assistentes sociais e terapeutas ocupacionais); inserção em áreas populacionais de características sociais muito variadas; e exclusão de incapacidade intelectual e abuso de substâncias. Divergem largamente em lotação e na articulação com serviços de internamento completo. Por fim, em aspetos conceptuais, o HD nos países de leste europeu é mais dirigido a doentes com psicose, oferecendo reabilitação e treino de competências; no centro europeu, é preponderante a psicoterapia para patologia da personalidade; e na Europa ocidental, representa uma alternativa ao internamento na intervenção em crise para patologia afetiva²⁴.

Em Portugal, um estudo que retrata a atividade de um HD durante 40 anos mostrou como, ao longo do tempo, a atividade desenvolvida se modelou às necessidades da época. Inicialmente com orientação psicoterapêutica sobretudo para perturbações neuróticas, ganhou na última década um caráter mais reabilitativo para dar resposta a maior número de doentes com esquizofrenia²⁵. Outro artigo nacional descreve um modelo de HD com funcionamento multidisciplinar, transdiagnóstico e empregando diferentes atividades terapêuticas²⁶.

Relativamente aos moldes de intervenção psicoterapêutica, a pesquisa combinada dos termos-chave produz apenas cinco resultados para a psicodinâmica, três para a cognitivo-comportamental, um para psicodrama e um para *mindfulness*. Na modalidade psicodi-

nâmica, uma revisão sistemática mostrou um impacto favorável de HD²⁷, mas alguns autores defendem que se adequam a um perfil mais restrito de doentes que procuram autoconhecimento^{28,29}, ou dotados de maior “sensibilidade interpessoal”³⁰. Também para as perturbações do espectro da Esquizofrenia, um estudo mostrou melhoria sintomática e de relações sociais após programas de grupo de HD psicodinâmicos (independente de idade, sexo, psicofármacos ou escolaridade, mas inversamente relacionada com o número de internamentos prévios)³¹. Um estudo sobre HD de modelo cognitivo-comportamental para perturbações de comportamento alimentar, depressivas e de personalidade, mostrou melhoria sintomática após 12 a 20 semanas e aos seis meses de seguimento.³² Um estudo sobre *mindfulness* em HD mostrou melhoria sintomática (somática, depressiva e ansiosa), da qualidade de vida e outras variáveis, num grupo de doentes oncológicos.³³ Por fim, o estudo referente a uma intervenção de psicodrama em HD descreve exemplos de casos clínicos com melhoria qualitativa³⁴. Esta heterogeneidade de literatura em torno de atividades em HD torna difícil a sua análise sistemática. Não encontramos nenhum estudo comparativo direto da eficácia entre modalidades psicoterapêuticas em HD, senão um protocolo de ensaio clínico em curso³⁵.

III. O Papel da Empatia na Intervenção em Crise

Entre as lacunas de investigação sobre HD em Psiquiatria, destaca-se a ausência de uma hipótese explicativa para os seus resultados favoráveis.

Tendo em conta a heterogeneidade de patologias admitidas e de intervenções técnicas realizadas em diferentes HD, é plausível que o mecanismo terapêutico consista num fator comum a todos os modelos. Assim, e sabendo que o contacto regular entre doentes e terapeutas é transversal em HD, explorámos a hipótese de tal mecanismo terapêutico residir na relação interpessoal ou, mais concretamente, no fenómeno de empatia. Um estudo português mostrou já a estabilidade do traço empático ao longo de um programa de 9 meses de HD, independente da patologia dos doentes²⁶.

A relação terapeuta-doente é um componente essencial em qualquer tratamento³⁶⁻³⁸. No campo da psicoterapia, os estudos mostram que a relação terapêutica pode ser mais relevante que o próprio modelo teórico de intervenção³⁹⁻⁴². Em Psiquiatria, uma condição essencial para essa relação é a capacidade de empatia do médico. Estudada desde o início do século XX por Jaspers, a empatia é o fenómeno de vivenciar em si as experiências mentais (cognitivas, emocionais e até somáticas) do outro indivíduo, de forma intuitiva, a partir da leitura descritiva do seu discurso verbal e não-verbal⁴³. O estudo da empatia cresceu com a investigação em neurociência social, procurando explicar a influência de experiências socialmente relevantes sobre o indivíduo. A sua primeira evidência biológica deu-se com a descoberta de neurónios-espelho. Com recurso a imagiologia funcional, observou-se no córtex premotor ventral do macaco⁴⁴ a ativação de certos neurónios, quer durante a execução do movimento de preensão dos dedos do próprio, quer perante a observação do mesmo gesto executado por outro macaco. Atualmente, são

conhecidos vários circuitos dotados de neurónios-espelho em humanos: no córtex premotor e lóbulo parietal inferior (que permitem intuir objetivos de ações dos outros a partir dos movimentos corporais), área de Broca, córtex visual, cerebelo e algumas regiões do sistema límbico, como a amígdala, a insula e o giro cingular (que permitem intuir estados emocionais a partir da expressão facial)⁴⁵⁻⁴⁸. Desta forma, mais do que comportamentos objetivos, os neurónios-espelho em humanos permitem replicar experiências emocionais a partir da representação das experiências de terceiros.

Embora se possa pensar na empatia como uma capacidade superior e distintiva do ser humano, é provável que os neurónios-espelho cerebrais estejam presentes de forma inata desde há muito na evolução das espécies, servindo como forma de comunicação e de aprendizagem por imitação. Na própria espécie humana, o reconhecimento de expressões faciais é uma capacidade precoce e pré-verbal⁴⁹. Não deve contudo ser esquecida a relevância da influência ambiental, pela aprendizagem associativa sensoriomotora, para o desenvolvimento e até modificação dos sistemas espelho^{50,51}. Numa perspetiva mais ampla, alguns autores defendem que a compreensão de outro ser humano é um fenómeno com vários níveis de complexidade, dos quais os mecanismos espelho da empatia afetiva *per se* fazem parte^{26,52}. Outros processos conhecidos são: a empatia cognitiva ou “teoria da mente”, respeitante à atribuição de ideias aos outros (e capacidade de os prever)⁵³ — dependente do córtex medial prefrontal e polos temporais; e, a mentalização, mais focada na atribuição

de estados emocionais ou morais abstratos⁵⁴ — dependente do córtex medial prefrontal e junção temporoparietal^{46,55}. Assim, todos estes circuitos contribuem em conjunto para desencadear respostas empáticas⁵¹.

Apesar das associações positivas encontradas entre os níveis de empatia e a melhoria clínica dos doentes³⁶, resta explicar na totalidade por que processos a compreensão mútua de estados mentais é eficaz na resolução de psicopatologia de um indivíduo. Alguns autores defendem que as experiências grupais relevantes fomentam processos de neuroplasticidade⁵⁶. Nesta perspetiva, parece-nos mais relevante sensibilizar a comunidade médica para o poder terapêutico das atividades de HD e do uso da capacidade empática, do que procurar fixar modelos de funcionamento institucional.

Por fim, o nosso estudo não é livre de algumas limitações metodológicas. A primeira prende-se com a ausência de controlo de todas as variáveis e de aleatorização da amostra, pelo desenho observacional e não experimental. Acresce o tamanho amostral reduzido e o possível viés de acuidade inerente ao uso de instrumentos psicométricos e da subjetividade de uma intervenção psicoterapêutica. Não obstante, este é um primeiro estudo, segundo apurámos, focado no princípio da intervenção em crise em contexto de HD, recrutando doentes de forma naturalista e avaliando parâmetros psicométricos relevantes para o mesmo.

A nível da pesquisa bibliográfica, o baixo número de publicações encontradas sobre programas de psicoterapia em HD pode tratar-se de um viés nos termos de pesquisa. Encontram-se mais publicações sobre programas ambulatoriais psicoterapêuticos quando se eli-

mina o termo “hospital dia”/ “day hospital” da pesquisa. De modo a facilitar a investigação, foi recomendado por Kallert et al que a literatura referente a HD passe a mencionar de forma clara qual o tipo de atividade que desenvolve e o contexto de políticas de saúde em que se insere²⁴.

CONCLUSÃO

A intervenção em HD mostrou um impacto significativo na resposta a patologia aguda decorrente de uma situação de crise e estendeu-se além da compensação sintomática da patologia. O modo de tratamento em contexto de HD pode ser muito variável, mas ainda assim eficaz, graças ao efeito terapêutico da relação interpessoal médico-doente, com um importante contributo da capacidade da empatia, radicada biologicamente nos circuitos de neurónios-espelho.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Maureso P. [Challenges and present situation in private practice in psychiatric Day Hospital and other intermediate devices]. *Vertex*. 2012;23(102):137-149.

2. Casarino JP, Wilner M, Maxey JT. American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *Int J Partial Hosp*. 1982;1(1):5-21.
3. Rosie JS. Partial hospitalization: a review of recent literature. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38(12):1291-1299.
4. d'Albis MA, Pull C. [Day care hospital in psychiatry: diversity or specificity?]. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb*. 2008(2):197-208.
5. Kallert TW, Matthes C, Glöckner M, Eichler T, Koch R, Schützwohl M. [Acute psychiatric day hospital treatment: is the effectiveness of this treatment approach still questionable?]. *Psychiatr Prax*. 2004;31(8):409-419.
6. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess*. 2001;5(21):1-75.
7. Escala de Avaliação Global de Funcionamento. In: Figueira, ML, Sampaio, D. *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Portugal: Climepsi; 2002.
8. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2007;12(2):225-235.
9. Pais-Ribeiro JL, Rodrigues AP. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief-COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2004;5(1):3-15.
10. ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline for Good Clinical Practice. *J Postgrad Med*. 2001;47(3):199-203.
11. Lazarus RS. Coping with the stress of illness. *WHO Reg Publ Eur Ser*. 1992;44:11-31.
12. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.; 1984.
13. Baumstarck K, Alessandrini M, Hamidou Z, Auquier P, Leroy T, Boyer L. Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):8.
14. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *J Affect Disord*. 2006;90(1):15-20.
15. Meyer B. Coping With Severe Mental Illness: Relations of the Brief COPE With Symptoms, Functioning, and Well-Being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2001;23(4):256-277.
16. Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess*. 2016;20(3):1-162.
17. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York,: Basic Books; 1964.
18. Fitzgerald JM, Klumpp H, Langenecker S, Phan KL. Transdiagnostic neural correlates of volitional emotion regulation in anxiety and depression. *Depress Anxiety*. 2019;36(5):453-464.
19. Murgatroyd CA, Pena CJ, Podda G, Nestler EJ, Nephew BC. Early life social stress induced changes in depression and anxiety associated neural pathways which are correlated with impaired maternal care. *Neuropeptides*. 2015;52:103-111.
20. Khalsa HK, Denes AC, D MP-H, Santelli JC, Baldessarini RJ. Specialized Police-Based Mental Health Crisis Response: The First 10 Years of Co-

- lorado's Crisis Intervention Team Implementation. *Psychiatr Serv.* 2018;69(2):239-241.
21. Arias SA, Sullivan AF, Miller I, Camargo CA, Jr., Boudreaux ED. Implementation and use of a crisis hotline during the treatment as usual and universal screening phases of a suicide intervention study. *Contemp Clin Trials.* 2015;45(Pt B):147-150.
 22. Thomas KC, Owino H, Ansari S, Adams L, Cyr JM, Gaynes BN, et al. Patient-Centered Values and Experiences with Emergency Department and Mental Health Crisis Care. *Adm Policy Ment Health.* 2018;45(4):611-622.
 23. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Houlst J, McKenzie N,, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ.* 2005;331(7517):599.
 24. Kallert TW, Glöckner M, Priebe S, Briscoe J, Rymaszewska J, Adamowski T, et al. A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries: implications of their diversity for day hospital research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(10):777-788.
 25. Currall R, Lopes R, Silveira C, Norton A, Domingues I, Lopes F, et al. Forty years of a psychiatric day hospital. *Trends Psychiatry Psychother.* 2014;36(1):52-58.
 26. Graça J. PM, Mendonça C., Cargaleiro I., Melo J. C. Empathy - a prosocial tool explored in a therapeutic group. *Psilogos.* 2013;11(2):57-69.
 27. Blackmore C, Tantam D, Parry G, Chambers E. Report on a Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. 2012;45(1):46-69.
 28. Fonagy P. Psychotherapy research: do we know what works for whom? *Br J Psychiatry.* 2010;197(2):83-85.
 29. Watzke B, Rüdell H, Jürgensen R, Koch U, Kriston L, Grothgar B, et al. Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental health-care. *Br J Psychiatry.* 2010;197(2):96-105.
 30. Jensen HH, Mortensen EL, Lotz M. Scl-90-R symptom profiles and outcome of short-term psychodynamic group therapy. *ISRN Psychiatry.* 2013;2013:540134.
 31. Pec O, Bob P, Pec J, Hrubcova A. Psychodynamic day treatment programme for patients with schizophrenia spectrum disorders: Dynamics and predictors of therapeutic change. *Psychol Psychother.* 2018;91(2):157-168.
 32. Reisch T, Thommen M, Tschacher W, Hirsbrunner HP. Outcomes of a cognitive-behavioral day treatment program for a heterogeneous patient group. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):970-972.
 33. Dobos G, Overhamm T, Büssing A, Ostermann T, Langhorst J, Kümmel S, et al. Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based day care clinic for cancer survivors. *Support Care Cancer.* 2015;23(10):2945-2955.
 34. Pisa A, Lukens H. A multifaceted approach to psychodrama in a day treatment center. *Hosp Community Psychiatry.* 1975;26(7):444-447.
 35. Suszek H, Holas P, Wyrzykowski T, Lorentzen S, Kokoszka A. Short-term intensive psychodynamic group therapy versus cognitive-behavioral group therapy in day treatment of anxiety disorders and comorbid depressive or personality disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015;16:319.

36. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed*. 2012;19(5):252-257.
37. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4):e94207.
38. Nafradi L, Kostova Z, Nakamoto K, Schulz PJ. The doctor-patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients' perspectives. *Chronic Illn*. 2017;1742395317739961.
39. Dolev T, Zilcha-Mano S. The role of the therapeutic relationship in the association between interpersonal behaviors and outcome: Comparison of two competing models. *Psychother Res*. 2018;1-12.
40. Cameron SK, Rodgers J, Dagnan D. The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Psychother*. 2018;25(3):446-456.
41. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol*. 2011;2:270.
42. Arnow BA, Steidtmann D, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Klein DN, et al. The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(4):627-638.
43. Jaspers K. The phenomenological approach in psychopathology. *Br J Psychiatry*. 1968;114(516):1313-1323.
44. Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Action recognition in the premotor cortex. *Brain*. 1996;119 (Pt 2):593-609.
45. Molenberghs P, Cunnington R, Mattingley JB. Brain regions with mirror properties: a meta-analysis of 125 human fMRI studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012;36(1):341-349.
46. Jeon H, Lee SH. From Neurons to Social Beings: Short Review of the Mirror Neuron System Research and Its Socio-Psychological and Psychiatric Implications. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2018;16(1):18-31.
47. Rizzolatti G, Sinigaglia C. The mirror mechanism: a basic principle of brain function. *Nat Rev Neurosci*. 2016;17(12):757-765.
48. Lamm C, Silani G, Singer T. Distinct neural networks underlying empathy for pleasant and unpleasant touch. *Cortex*. 2015;70:79-89.
49. Bonini L, Ferrari PF. Evolution of mirror systems: a simple mechanism for complex cognitive functions. *Ann N Y Acad Sci*. 2011;1225:166-175.
50. Cook R, Bird G, Catmur C, Press C, Heyes C. Mirror neurons: from origin to function. *Behav Brain Sci*. 2014;37(2):177-192.
51. Lamm C, Majdandzic J. The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy--a critical comment. *Neurosci Res*. 2015;90:15-24.
52. Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30(6):855-863.
53. Call J, Tomasello M. Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends Cogn Sci*. 2008;12(5):187-192.

54. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2003;358(1431):459-473.
55. Van Overwalle F, Baetens K. Understanding others' actions and goals by mirror and mentalizing systems: a meta-analysis. *Neuroimage.* 2009;48(3):564-584.
56. Badenoch B, Cox P. Integrating interpersonal neurobiology with group psychotherapy. *Int J Group Psychother.* 2010;60(4):462-481.



Programa *Mais Família Mais Jovem*: estudo exploratório em contexto clínico

Mais Família Mais Jovem Program: exploratory study in a clinical sample

Rita Amaro *, Cláudia Gomes Cano*, Maria Francisca Magalhães*, Juan Sanchez*, Pedro Caldeira da Silva*

RESUMO

Introdução: A crescente prevalência dos Problemas de Comportamento na Infância e Adolescência tem motivado a procura de respostas que permitam a sua prevenção, e intervenção, na prática clínica de Pedopsiquiatria. Do mesmo modo que sabemos que as interações familiares desadequadas podem fortalecer a sua ocorrência, tem sido realçado o papel crucial dos pais e cuidadores como agentes de mudança na intervenção pluridisciplinar concernente a estas perturbações. As intervenções parentais em grupo de forma estruturada e sustentada, baseadas na promoção de Parentalidade positiva, apresentam-se como uma medida de implementação promissora, neste âmbito.

Objetivos: Apurar as principais mudanças obtidas com o programa *Mais Família, Mais Jovem*, aplicado ao longo de doze semanas com sessões de duas horas semanais, numa amostra clínica de pais de crianças acompanhadas em consulta de segunda infância

de pedopsiquiatria (população de três a doze anos), Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

Métodos: Antes e após a implementação do programa procedeu-se à aplicação de um conjunto de instrumentos (*Questionário de Capacidades e de Dificuldades: versão mãe/pai; Índice de Parentalidade Autorizada: versão pai/mãe*) que permitem avaliar a eficácia da implementação do mesmo. A avaliação e discussão dos resultados foi ainda estendida a um período de *follow-up* a três meses. .

Resultados e Conclusões: A participação dos pais na intervenção traduz-se numa melhoria percecionada, em todos os tempos de avaliação, das suas práticas de aceitação e apoio aos filhos, assim como na redução da noção de sobrecarga parental. Estes dados suportam a evidência apontada pelo programa, no desenvolvimento de padrões de relacionamento saudáveis com os filhos, no exercício da autoridade, diálogo, respeito e educação pelo afeto, permitindo a aquisição de competências parentais nestes domínios. De acordo com o

* Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Dona Estefânia; ✉ aritaamaro@gmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0002-0600-1093>

Recebido / Received: 25/02/2020 - Aceite / Accepted: 16/02/2021

esperado, também os problemas externalizantes das crianças e a avaliação global das suas dificuldades evidenciam uma redução sustentada. A principal limitação encontrada foi a reduzida dimensão da amostra, pelo que estes resultados suportam a necessidade de maior investimento na aplicação do programa nos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, bem como a realização de mais estudos para confirmar a sua eficácia.

Palavras-Chave: Parentalidade; Intervenção em Grupo; Problemas de Comportamento; Infância; Adolescência.

ABSTRACT

Background: *The increasing prevalence of behavior problems in childhood and adolescence has motivated the search for answers that allow its prevention and intervention, in the clinical practice of Child and Adolescent Psychiatry. Just as in the same way that we know that inappropriate family interactions can strengthen their occurrence, the crucial role of parents and caregivers as agents of change in a multidisciplinary intervention concerning these disorders has been highlighted. Group parenting interventions in a structured and sustained manner, based on the promotion of positive parenting, have been presented as a promising implementation measure in this area.*

Aims: *To determine the main changes obtained with the Mais Família, Mais Jovem program applied over twelve weeks with two-hour sessions per week in a clinical sample of parents of children followed up in a pediatric psychiatric outpatient clinic (popula-*

tion aged three to twelve), at Dona Estefânia Hospital, in Lisbon.

Methods: *Before and after the program implementation, a set of instruments was applied to parents (Strengths and Difficulties Questionnaire: mother / father version; Authorized Parenting Index: father / mother version) to assess its effectiveness. The evaluation and discussion of the results were further extended to during a follow-up period of three months after the end of the program.*

Results and Conclusions: *The attendance of parents in this program points to translates in a perceived an improvement perceived at all times in the evaluation assessment of their practices of acceptance and support for of their children, as well as the reduction of the notion of parental burden. These This data supports the evidence pointed out by the program in the development of healthy relationship patterns with the children, in the exercise of authority, dialogue, respect and education by affection, allowing the acquisition of parental skills in these domains. As expected, the externalizing problems of children and the global assessment of their difficulties also show a sustained reduction. The main limitation found was the small sample size, so these results support the need for greater investment in the application of the program in the services of Child and Adolescent Psychiatry Services, as well as further studies to confirm its effectiveness.*

Key-Words: *Parenting; Group Therapy; Behaviour Disorders; Childhood; Adolescence.*

INTRODUÇÃO

As Perturbações Disruptivas do Controlo dos Impulsos e do Comportamento (PDCIC) encontram-se entre as perturbações mais comuns na infância, estando associadas a uma disfunção significativa, tanto na criança como nas suas famílias, e a elevados custos para a sociedade¹. Estas perturbações incluem a Perturbação de Oposição e Desafio (POD), que se caracteriza pela existência de um padrão persistente de comportamento desafiante, desobediente epositor perante as figuras de autoridade e a Perturbação de Comportamento (PC) em que existem comportamentos mais graves de transgressão de normas e comportamentos agressivos ou antissociais².

O aumento da prevalência das PDCIC tem causado o interesse de vários investigadores, tentando procurar respostas que permitam a prevenção e intervenção nestas perturbações^{3,4}, cujo início é cada vez mais precoce, podendo persistir ao longo da vida, conduzindo a comportamentos de risco e antissociais na adolescência e idade adulta, quando não são alvo de intervenção^{5,6}.

São múltiplos os fatores de risco para o desenvolvimento das PDCIC, podendo ser classificados como genéticos, biológicos e ambientais. As causas ambientais incluem os modelos de disciplina parental, disfunção familiar e perturbações psiquiátricas dos pais, sendo que estes fatores familiares podem ainda ser afetados por fatores sociais como a pobreza, desemprego e fraca rede de suporte relacional⁷. Realça-se assim que as interações familiares desadequadas podem fortalecer a probabilidade de ocorrência de comportamentos desadequados nas crianças e jovens.⁸

Várias meta-análises⁹⁻¹¹ e revisões^{12,13} têm demonstrado evidência de que as intervenções baseadas no treino parental são eficazes na redução dos problemas de comportamento das crianças. Desta forma, a educação parental em grupo é uma metodologia de intervenção familiar, que assenta na intervenção em grupo, com subsistemas parentais, com o intuito de promover e desenvolver competências que promovam a mudança do funcionamento familiar, através do trabalho com as figuras parentais¹⁴. Esta intervenção aproxima-se das terapias de inspiração sistémica, tendo também inspiração nas Teorias Cognitivas da Aprendizagem Social, da Modelagem e da Autoeficácia¹⁵.

Em Portugal, foi desenvolvido o Programa *Mais Família, Mais Jovem*, da autoria de Maria Filomena Gaspar, baseado no Programa *Parenting Wisely (PW)*, na sua versão grupal. O *PW* trata-se de um programa de prevenção indicada, com o objetivo de aumentar os conhecimentos e competências parentais, diminuindo os problemas de comportamento nos jovens, com evidência demonstrada relativamente à sua eficácia¹⁶.

O Programa *Mais Família, Mais Jovem* integra os denominados programas de promoção da parentalidade positiva, ajudando as famílias no desenvolvimento de padrões de relacionamento saudáveis com os filhos, centrando-se no exercício da autoridade, diálogo, respeito e educação pelo afeto, permitindo a aquisição de competências nestes domínios. Este programa destina-se a pais de jovens entre os 10 e 18 anos, encontrando-se dividido em 12 sessões estruturadas, cada uma dedicada a uma temática específica, tendo como

principal objetivo aumentar a qualidade das relações entre pais e filhos, desenvolvendo estratégias que reduzam os problemas de comportamento do adolescente em casa, na escola e com os colegas.

OBJECTIVOS

Apresentar os resultados da aplicação do Programa *Mais Família, Mais Jovem* (FMFJ) após término do grupo e *follow up* a três meses, num grupo de pais de crianças acompanhadas em consulta de pedopsiquiatria num hospital terciário – Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram sinalizadas pelos médicos assistentes, as crianças com alterações do comportamento concomitantes com interações familiares desadequadas, com o intuito de formar um grupo, com um máximo de doze pais/mães – limite definido pelo Programa FMFJ.

Por se tratar de uma população de crianças com seguimento numa unidade de psiquiatria de segunda infância (população de três a doze anos), foram incluídas na amostra selecionada crianças dos dez aos doze anos. Foram excluídos do grupo crianças com Perturbações do Desenvolvimento Intelectual, Moderada a Grave e Perturbação do Espectro do Autismo.

Os pais das 22 crianças selecionadas, foram contactados telefonicamente, com o propósito de comunicar o objetivo do grupo e aferir as suas disponibilidades. No caso de se mostrarem interessados em participar no programa, foi dada a possibilidade de ambos os elementos do casal ou apenas um participar no grupo, ficando esta escolha ao critério das famílias.

Seis mães e um pai vieram à entrevista, sendo que uma mãe foi excluída do programa, uma vez que, por se encontrar em fim de gravidez, não teria possibilidade de participar em todas as sessões. A amostra final compôs-se de cinco mães e um pai. Ao longo de doze semanas foram realizadas sessões semanais, com a duração de duas horas, em horário pós-laboral, com três facilitadoras com formação no Programa FMFJ. Em todas as sessões foi realizado um breve intervalo, com um lanche. Após três meses, foi agendada e realizada uma nova sessão com todos os pais e facilitadoras, a fim de realizar um *follow-up* do grupo.

Medidas Aplicadas

Na primeira e última sessão e no *follow-up* de três meses, foram preenchidos pelos pais os seguintes questionários: Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e Índice de Parentalidade Autorizada (API): Auto (versão portuguesa de M. Gaspar e M. Alarcão, 2003).

RESULTADOS

Relativamente à tipologia das famílias das crianças cujos pais foram selecionados para participarem no grupo, três são famílias nucleares, uma monoparental e duas reconstituídas. Na maioria das famílias, concretamente em quatro famílias, existe um nível socioeconómico médio-baixo e duas famílias têm um nível médio, de acordo com a escala de *Graffar*. Apenas em um dos agregados, existia um dos elementos do casal desempregado, estando os restantes elementos das famílias empregados a tempo inteiro. Na família monoparental, a mãe encontrava-se em trabalho a tempo inteiro por turnos. Todas as crianças

das famílias selecionadas, pertenciam a uma fratria de dois irmãos, sendo quatro crianças as mais velhas da fratria. A média de idades dos seis pais que participaram no grupo é 40,5 anos, com idade máxima de 47 anos e idade mínima de 36 anos. Quanto à escolaridade dos pais participantes no grupo, quatro têm 9º ano de escolaridade, um tem licenciatura e um tem mestrado. Todos estes pais estavam empregados a tempo inteiro.

No Quadro I, apresentam-se o total, em valor absoluto, de resultados anormais para cada subescala do SDQ, nos vários momentos de avaliação.

Quadro I. Frequência absoluta de SDQ com resultados anormais.

Dimensões	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Follow-Up 3M
SDQ Emocional	4	2	3
SDQ Comportamento	4	1	0
SDQ Relação com Pares	2	0	1
SDQ Hiperatividade	3	1	1
SDQ Total	3	2	1
Noção de Impacto Familiar	4	2	2

O SDQ é um questionário de despiste comportamental composto por 25 itens e um suplemento de Noção de Impacto Familiar. O somatório dos itens permite avaliar competências de quatro subescalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade e Relação com os Outros. O somatório destas subescalas (SDQ Total) configura o total de dificuldades da criança. O suplemento de Noção de Impacto Familiar coloca questões acerca da cronicidade do problema, nível de stress por ele provocado, ajustamento social da criança

e sobrecarga que este problema implica para a família.

Em todas as subescalas se verificou uma diminuição do número de subescalas cotadas como anormais entre o momento inicial e as avaliações subsequentes. Realçam-se os resultados obtidos na *Subescala de Comportamento*, inicialmente com quatro questionários a cotar para dificuldades nesta área e que na avaliação de *follow-up* a três meses nenhum questionário apresentava resultados anormais nesta subescala. Na *Subescala de Hiperatividade* verificou-se uma redução de três questionários que inicialmente cotaram para anormal, havendo na avaliação final apenas um questionário alterado nesta subescala. Quatro questionários cotaram inicialmente para *Noção de Impacto Familiar*, com com redução para dois questionários quer na avaliação final quer no *follow-up* a três meses..

O API dá informação acerca de duas dimensões *Aceitação* (que diz respeito às práticas de aceitação e apoio ao/à filho/a, confortar, ser afetivo e envolver-se nas atividades; composta por 9 itens) e *Controlo* (a qual inclui práticas como definir e manter regras de comportamento, supervisionar e monitorizar as atividades do/a filho/a e manter a estrutura e previsibilidade; composta por 7 itens). Os resultados são obtidos através do somatório dos valores obtidos em cada item, cotado de um a quatro pontos, pelo que se tem para a variável *Aceitação* uma pontuação possível de nove a 36 pontos e para a variável *Controlo* uma variação possível de sete a vinte e oito pontos.

Como se pode observar no Gráfico 1 e Gráfico 2, verificou-se uma melhoria em ambas as dimensões. Na dimensão *Aceitação* objeti-

vou-se um aumento médio de 23,6% entre o score inicial e o final. Da avaliação final do grupo para o *follow-up* a três meses verificou-se um decréscimo de 2,8% na cotação desta dimensão, mantendo-se um aumento de 15,27% comparando com o *score* inicial. Relativamente à dimensão *Controlo* verifica-se um aumento no *score* nos vários tempos de avaliação com uma melhoria de 7,2% da avaliação inicial para a final e um acréscimo adicional de 1,4% no *follow-up* a três meses, com uma melhoria no *score* total de 8,6%.

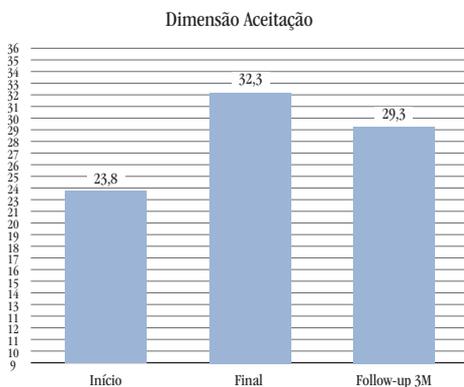


Gráfico 1 . Valores médios na cotação do Questionário API - Dimensão *Aceitação*.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Existem melhorias em todas as subescalas do SDQ avaliadas, assim como no *SDQ total*, no final do programa e no *follow-up* a 3 meses. Sendo o MFMJ um programa direcionado a problemas do comportamento, seria esperado obter uma melhoria sobretudo nas subescalas do SDQ que traduzem dificuldades externalizantes – Subescala *Comportamento e Hiperatividade*. Este facto está de acordo com os

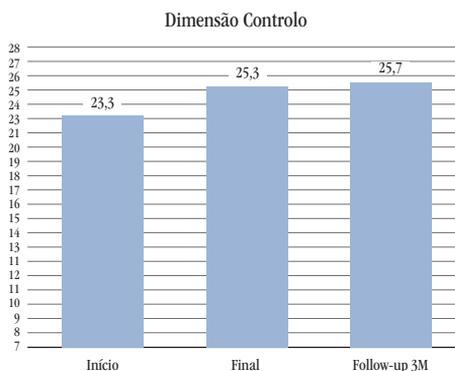


Gráfico 2. Valores médios na cotação do Questionário API - Dimensão *Controlo*.

resultados encontrados, sendo estas melhorias mantidas no *follow-up* a três meses.

Nas Subescalas *Emocional* e de *Relação com os Pares* verificou-se também uma redução do número de subescalas anormais no final do programa, registando-se um aumento no mesmo quando comparadas a avaliação final e de *follow-up* a três meses.

Vários fatores podem contribuir para os resultados encontrados nomeadamente o facto do Programa MFMJ incidir e dar ferramentas aos pais para lidar com os problemas externalizantes, o que contribui para a diminuição dos mesmos. Também ao promover a parentalidade positiva e restabelecimento de relações pais-filhos satisfatórias, poderá permitir que os pais estejam mais atentos a dificuldades de ordem internalizante, cotando mais para esta subescala, três meses depois do programa concluído.

A diminuição de *Noção de Sobrecarga Parental* no SDQ e o aumento na Dimensão *Aceitação* no API podem suportar a ideia de que o programa MFMJ, ao promover dinâ-

micas pais-filhos mais positivas, minimiza o peso dos problemas das crianças, aos olhos dos pais. . Estas mudanças são de relevo, tendo em conta tratar-se de uma população de crianças com patologia psiquiátrica em que a aceitação será importante no processo terapêutico. Na Dimensão *Controlo* do API verifica-se uma melhoria sustentada em todos os tempos de avaliação, reforçando a noção de competência parental do ponto de vista dos pais, o que se pode revelar numa maior capacidade de supervisão das crianças, contribuindo para a manutenção das melhorias no comportamento.

Os resultados obtidos apresentam como principal limitação a dimensão reduzida da amostra (n=6) para o propósito de demonstrar as mudanças obtidas com o programa MFMJ, numa amostra clínica. Não deverá, ainda, ser negligenciado o facto de todas as crianças se encontrarem em seguimento em consulta de Pedopsiquiatria e, portanto, com intervenção psicoterapêutica / psicofarmacológica concomitante ao programa, pelo que um futuro desenho de estudo deverá contemplar um grupo de comparação. Outra limitação do artigo foi a utilização de escalas preenchidas apenas na versão dos pais, uma vez que a ampliação destes resultados ao preenchimento pelas próprias crianças, e eventualmente dos professores, fortaleceria a percepção do impacto do mesmo nos sintomas clínicos. Será importante replicar o programa em outras amostras clínicas, bem como fazer uma meta-análise dos resultados obtidos em diversos grupos, de forma a poder demonstrar a utilidade e resultados nesta população.

As dificuldades socioeconómicas e a fraca rede de suporte social, relatadas pelos pais poderão explicar a dificuldade de adesão ao grupo de um maior número de participantes – de 22 pais contactados apenas seis participaram no programa. De forma a colmatar as dificuldades descritas pelos pais, o grupo funcionou num horário pós-laboral. A possibilidade de garantir um espaço supervisionado onde pudessem ser integradas as crianças ou adolescentes durante a sessão dos pais foi outra medida pensada neste sentido.

A evidência de melhoria desta intervenção em grupo deveria suportar maior investimento na aplicação do programa MFMJ, empiricamente validado, nos serviços de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, sendo adicionalmente uma intervenção custo-efetiva.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Quay K, Stringaris A. Oppositional defiant disorder. In: Rey JM, editor. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed. Washington DC: Author; 2013.
3. Costin J, Lichte C, Hill-Smith A, Vance A, Luk E. Parent group treatments for children with oppositional defiant disorder. Australian e-Journal for the advancement of mental health. 2004;3:1-8.
4. Hutchings J, Bywater T, Daley D. Early prevention of conduct disorder: How and why did the North West Wales Sure Start study work? Journal of Children Services. 2007;2:4-14.
5. Campbell S, Shaw D, Gilliom M. Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. Development and Psychopathology. 2000;12:467-488.
6. Shaw D, Lacourse E, Naguin D. Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2005;46:931-942.
7. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. Arch. Dis. Child. 2002;86:251-256.
8. Barrias P. Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit de Atenção. In: Monteiro P, coord. Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Lisboa: LIDEL;2014. p. 115-134.
9. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy CM. A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. Clin Psychol Ver. 2006;26(1):86-104.
10. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A metaanalytic review of components associated with parent training program effectiveness. J Abnorm Child Psychol. 2008;36(4):567-589.
11. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S et al. The clinical effectiveness of different parenting programs for children with conduct problems: a systematic review of randomized controlled trials. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2009.
12. Bayer J, Hiscock H, Scalzo K, Mathers M, McDonald M, Morris A et al. Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? Aust N Z J Psychiatry. 2009;43:695-710.
13. Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. J Clin Child Psychol. 1998;27(2):180-189.
14. Jerónimo A, Sequeira J, Gaspar M. A mudança narrativa em grupos de formação parental. In: fad revista de psicologia. 2010;1(1): 371-379.
15. Stratton C, Gaspar M, Seabra-Santos M. Incredible years parent, teachers and children series: Transportability to Portugal and early intervention programs for promoting social and emotional competence. Psychosocial Intervention. 2012;21(2), 157-169.
16. Stalker KC, Rose RA, Bacallao M, Smokowski PR. Parenting Wisely Six Months Later: How Implementation Delivery Impacts Program Effects at Follow-Up. J Primary Prevent. 2018.



LGBTQI+: conceitos e definições aplicados no contexto da saúde

LGBTQI+: concepts and definitions in health environment

Joana Granado*✉, Joana Vasconcelos*, Ana Cláudia Miranda*, Kamal Mansinho*

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde e a comunidade médica têm vindo a reconhecer a necessidade de intervir nos grupos considerados como minorias sexuais e de género, nomeadamente na comunidade de lésbicas, *gays*, bissexuais, “trans” (transgéneros e transsexuais), *queer* e intersexuais (LGBTQI).

Objetivo: O presente artigo pretende rever a terminologia utilizada na distinção dos vários grupos de orientação sexual, identidade de género, outros conceitos relevantes e o seu impacto clínico.

Materiais e métodos: Revisão da literatura com recurso à base de dados científica Pubmed utilizando as palavras-chave *gender identity, gender variance, transgender, sexual orientation, transsexualism*. Foi realizada pesquisa da terminologia e conceitos LGBTQI em *websites* e jornais de associações de apoio à comunidade LGBTQI.

Resultados: A identidade de género é a forma como uma pessoa se identifica internamente e que determina a expressão de género, a

qual resulta da combinação do comportamento, linguagem, apresentação estética e contexto cultural. A orientação sexual corresponde à atração sexual e/ou emocional que pode contribuir para o estabelecimento de relações sexuais e/ou emocionais e é determinada por três dimensões: a atração, o comportamento e a identidade sexual.

Discussão: Alguns estudos mostram que utentes LGBTQI podem ter uma menor procura de cuidados de saúde, em particular devido ao receio de discriminação. Estes apresentam também necessidades específicas em cuidados de saúde, conforme os fatores de risco de exposição sexual ou inerentes à redesignação sexual cirúrgica/médica.

Conclusão: O género e a sexualidade são determinantes sociais para a saúde que devem ser distinguidos e aferidos na prestação de cuidados de saúde. O clínico deve estar sensibilizado para reconhecer esses problemas e intervir.

Palavras-chave: Orientação sexual; Saúde sexual; Comportamento sexual; Identidade de género; Expressão de género.

*Serviço de Infeciologia e Medicina Tropical, Hospital de Egas Moniz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; ✉ jngranado@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-5022-6345>

Recebido / Received: 04/01/2020 - Aceite / Accepted: 04/09/2020

ABSTRACT:

Background: *The World Health Organization and the medical community have become more aware of the health issues and needs of the minority sexual and gender groups, mainly the lesbian, gay, bisexual, “trans” (transgender or transsexuals), queer and intersexual communities (LGBT-QI).*

Aims: *The aim of this article is to review the terminology applied to distinguish between the various gender and sexual orientations and other relevant concepts with focus on its clinical impact.*

Methods and Materials: *Review of literature through the biomedical database Pubmed using the following keywords: gender identity, gender variance, transgender, sexual orientation, transsexualism. The LGBTQI terminology and concepts were researched in websites and journals of associations/organizations oriented for these communities.*

Results: *Gender identity is a person’s internal sense of being masculine, feminine, or another gender and influences gender expression, which results from behaviour, self-expression, appearance and cultural context. Sexual orientation relates to the emotional and/or sexual attraction which may lead to the establishment of relationships, either sexual or emotional, which is determined by three dimensions: sexual attraction, behaviour and identity.*

Discussion: *Some studies showed that LGBTQI patients may seek less health care, particularly due to their apprehensiveness of being marginalized. Some gender and sexual*

minorities have relevant health needs, in particular those related to their sexual risk and surgical/medical sexual reassignment.

Conclusion: *Gender and sexual orientation are social determinants which need to be distinguished and explored in the health-care setting. Clinicians should be aware and recognise potential health issues related to these gender and sexual minorities and intervene accordingly.*

Keywords: *Sexual orientation; Sexual health; Sexual behaviour; Gender identity; Gender expression.*

INTRODUÇÃO

As organizações profissionais de médicos e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm vindo a reconhecer a necessidade de abordar de forma específica, a saúde de grupos considerados como minorias sexuais e de género, nomeadamente da comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, “trans” (transgéneros e transsexuais), *queer* e intersexuais (LGBTQI), pela iniquidade no acesso aos cuidados de saúde comparativamente à população em geral¹. O género e a sexualidade são considerados determinantes sociais para a saúde e devem ser tidos em consideração na prestação de cuidados de saúde. No entanto existem poucos estudos que aferem o verdadeiro impacto destes determinantes na saúde²⁻³. Um estudo epidemiológico europeu, que inquiriu de forma anónima 11754 europeus, determinou que 5,9% da população europeia se identificava como LGBT e que 10% dos heterossexuais não eram exclusivos, podendo ter relacionamentos com pessoas do mesmo sexo sem que se considerassem bissexuais. Existia uma grande

variabilidade entre os países inquiridos, desde 7,4% da população alemã a enquadrar-se nesta comunidade a apenas 1,5% na Hungria. Os jovens descreviam-se mais como não sendo exclusivamente heterossexuais: 16% dos europeus com idade compreendida entre os 14 e os 29 comparado com 7,5% com idade entre os 30 e os 65 anos⁴.

Numa revisão sistemática sobre a epidemiologia da identidade “transgénero” apurou-se que 0,5-1,3% das crianças, adolescentes e adultos se autoidentificam como transgéneros³⁰.

Ao abrigo da lei portuguesa n.º 38/2018, que estabelece o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e o direito à proteção das características sexuais de cada pessoa, apreende-se que existe uma sensibilização crescente às necessidades deste grupo diversificado, incluindo no que diz respeito, à prestação de cuidados de saúde.

OBJETIVOS

- A uniformização e atualização da terminologia LGBTQI e além sigla.
- A compreensão dos conceitos de sexo biológico, identidade de género, expressão de género e orientação sexual.
- Descrição e definição da terminologia usada em cada uma das dimensões.
- Apresentação da teoria de género não binária e implicações na prática clínica.
- Caracterização das dimensões da orientação sexual e implicações na prática clínica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão da literatura através da base de dados científica *PubMed* utilizando como palavras-

-chave *gender identity, gender variance, transgender, sexual orientation, transsexualism*. Foi igualmente realizada revisão da terminologia e dos problemas de saúde identificados na comunidade através de consulta de informação disponível em *websites* de:

- Associações de apoio e de interesse particular nas questões LGBTQI: *Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities, University of California, Los Angeles (UCLA) Lesbian Gay Bisexual Transgender Campus Resource Center, Intervenção Lésbica, Gay, Bisexual, Trans e Intersexo (ILGA) Portugal*);
- Revistas e jornais orientados para os problemas da comunidade LGBTQI: *Journal of Homosexuality, Journal of Bisexuality, LGBT Health, British Association Counseling and Psychotherapy Gender, Sexual & Relationship Diversity*);
- Revistas e jornais orientados para a saúde sexual e mental: *The International Encyclopedia of Human Sexuality, Archives of Sexual Behavior, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Sexual Health, Journal of Personality and Social Psychology, American Psychology Journal*);
- Jornais, associações e organizações orientadas para problemas de saúde pública e luta pelos direitos humanos: *Journal of Urban Health, American Journal of Public Health, College of Family Physicians of Canada, Advanced Emergency Nursing Journal, Centers for Disease Control and Prevention, Organização das Nações Unidas*).

RESULTADOS

LGBTQI +

A sigla LGBTQI é um termo amplo, que engloba várias e diferentes minorias sexuais e de género, tendencialmente estigmatizadas^{6,14,29}. Atualmente a sigla LGBTQI, pela sua abrangência e cariz inclusivo, quer das minorias da identidade de género quer da orientação sexual, tende a expandir-se para LGBTQI-AP em que o A representa os assexuais e aliados (pessoas que, apesar de não pertencerem a estas minorias, proativamente apoiam movimentos no combate à discriminação e se envolvem socialmente na sua defesa) e o P pretende representar os pansexuais²⁹. Na vez da designação inclusiva AP também se poderá usar o sinal de somatório +.

É importante haver uma distinção entre sexo biológico, identidade de género e orientação sexual, três conceitos muitas vezes tomados como similares (figura 1).

Sexo biológico

O sexo biológico resulta do conjunto de cromossomas, caracteres sexuais primários e secundários e do contexto hormonal. Divide-se em sexo feminino e masculino.

Um dos conceitos mais relevantes a realçar é a intersexualidade: pessoa com alteração do desenvolvimento sexual que decorre de alguma alteração genética, dos caracteres sexuais secundários ou primários ou do contexto hormonal do qual resulta um corpo que não é totalmente feminino ou masculino¹⁸. Do ponto de vista da comunidade intersexual, a intersexualidade não é considerada patológica mas apenas uma variação pelo que defendem que não deve ser realizada correção do sexo



Figura 1: Dimensões definidoras da identidade do ser humano

à nascença ou infância, aguardando-se até à maturidade do indivíduo^{18,24-25}.

Orientação sexual

A orientação sexual remete-se para a atração sexual/emocional que pode contribuir para o estabelecimento de relações (sexuais e/ou emocionais) com uma pessoa do mesmo género/sexo, do género/sexo oposto, ambos ou de múltiplos géneros/sexos (Tabela I)^{15,18}.

Esta terminologia é composta por três dimensões: a identidade sexual, o comportamento sexual e a atração sexual. A utilização das três dimensões da orientação sexual permite obter uma imagem mais completa da associação entre orientação sexual e estado de saúde/doença em adultos. A dimensão mais aferida na prática clínica será a identidade sexual²⁹. Trata-se duma dimensão complexa de medir porque existem várias identidades minoritá-

Tabela I. Terminologia e definição usadas correntemente para a orientação sexual.

Termo	Definição
Heterossexual	Pessoa emocional e/ou romântica e/ou sexualmente atraída por pessoas com uma expressão de gênero ou sexo oposto. ^{1,18,29}
Homossexual	Pessoa emocional e/ou romântica e/ou sexualmente atraída por pessoas com a mesma expressão de gênero ou sexo. Trata-se dum conceito aplicado quase exclusivamente a pessoas que se identificam como homens. ^{1,18,29}
Gay	Idêntico a homossexual.
Lésbica	Pessoa do sexo feminino ou que se identifica como mulher emocional e/ou romântica e/ou sexualmente atraída por mulheres. ^{1,18,29}
Bissexual	Pessoa emocional e/ou romântica e/ou sexualmente atraída por mais do que um gênero (mais frequentemente usado no contexto de pessoas que se sentem atraídas pelo gênero feminino e masculino). A atração não tem de ser equitativa entre os gêneros e pode haver uma preferência por um dos gêneros. ^{1,18,29}
Pansexual	Pessoa emocional e/ou romântica e/ou sexualmente atraída por múltiplas expressões de gênero ou sexo (feminino, masculino, <i>queer</i>). ^{18,29}
Assexual	Pessoa que não sente atração emocional e/ou romântica e/ou sexual por nenhum gênero ou que não tem uma orientação sexual definida. ¹⁸
Heterossexual <i>Bicurious</i>	Pessoa que sente curiosidade em ter relações emocionais e/ou românticas e/ou sexuais com pessoas do mesmo gênero. ¹⁸
Gay/Lésbica <i>Bicurious</i>	Pessoa que sente curiosidade em ter relações emocionais e/ou românticas e/ou sexuais com pessoas do gênero oposto. ¹⁸

rias, que muitas vezes não são percebidas ou reconhecidas pelos profissionais de saúde (como por exemplo o heterossexual *bicurious* e o pansexual). A necessidade de inquirir sobre a identidade sexual, promove frequentemente a escolha entre identidades estáticas e agrupadas como heterossexual, homossexual, bissexual, assexual quando atualmente assumem-se identidades intermédias nomeadamente, maioritariamente heterossexual ou maioritariamente homossexual¹⁵.

Kinsey propôs em 1948, uma escala com oito estados intermédios da identidade sexual entre o heterossexual e homossexual exclusivo¹⁹⁻²⁰. Posteriormente, em 1978, Klein elabora uma escala com o objetivo de aumentar a abran-

gência da orientação sexual tendo em conta as várias dimensões da sexualidade (atração, comportamento, identidade, preferência social e emocional, convivência) em três momentos distintos da pessoa (passado, presente e idealização) pontuando em sete estados da sexualidade²¹. Uma das limitações desta escala é que não previa a assexualidade. Em 1980, Michael D. Storms desenvolve uma escala baseada na atração sexual e erotismo que permite colocar a identidade sexual dum pessoa num mapa bidimensional com gradação progressiva²². Em relação às duas primeiras escalas esta permite incluir o assexual e caracterizar com melhor precisão a bissexualidade em relação à escala de Kinsey.

Identidade de género

A identidade de género resulta da forma como uma pessoa se identifica (homem, mulher, uma combinação de ambos ou nenhum), independentemente do seu sexo biológico e, que determina tendencialmente a nossa expressão de género, que resulta do conjunto de características do comportamento, da linguagem, da apresentação estética e outras manifestações, que coletivamente, são agrupadas como masculinas, femininas ou andróginas, conforme o registo cultural^{15-17,27}. No entanto, as características sexuais externas e a fisionomia corporal, a perceção e experiência psicológica de género e as normas/ideais de género impressos na cultura onde a pessoa se insere, muitas vezes estabelecem de forma tão intrincada a identidade de género, que é difícil isolar a contribuição de cada um destes componentes na definição de género duma pessoa^{29,31}. Para melhor compreensão das definições apresentadas em seguida, é necessário introduzir a teoria do género não binário e do binário.

A teoria do género binário parte da convicção de que apenas existem dois géneros: homem/mulher ou feminino/masculino e que uma pessoa tem de se enquadrar obrigatoriamente num deles. Tudo que recaia fora deste âmbito, é tendencialmente considerado patológico ou não normativo. Em oposição, a teoria do género não binário implica a existência de vários géneros, que não o feminino e masculino, e inclui o conceito de género variante ou género não conformante: pessoa que por opção ou necessidade não se conforma com a identidade e expressão de género esperadas pela sociedade (p.e. transgénero, intersexual, *queer*)^{17,18,23-24,27,29}. O género variante é utilizado como um termo “guarda-

-chuva” ao abrigo do qual se encontram outros termos, usados dentro da comunidade LGBTQI, que diferem entre si em alguns aspetos (Tabela II). Assim incluem-se pessoas sem género, pessoas que sentem ter simultaneamente componentes parciais de homem e mulher, pessoas que sentem simultaneamente ser o resultado de homem e mulher, pessoas que variam de género conforme o momento (p.e. um dia são mulheres outro dia são homens) e pessoas que não se identificam como homem nem mulher mas como um terceiro género. Um transgénero pode ser considerado como um género variante, mas também existem transgéneros que só aceitam a teoria binária: nestes casos após mudança médico/cirúrgica do género deixam-se de considerar transgéneros por se integrarem ou no género masculino ou no género feminino²⁷. Considera-se que existe disforia de género quando um transgénero experiencia sofrimento emocional e físico por não se identificar com o sexo biológico, considerando-se nestes casos, um estado patológico^{26,28}.

DISCUSSÃO

Existe um apelo crescente ao registo nos sistemas de informação em saúde da orientação sexual e identidade de género, de modo a se sinalizar mais facilmente as desigualdades no acesso à saúde e poder intervir nas mesmas tendo por base indicadores reais^{5,27}. São vários os estudos que demonstraram que os homens que fazem sexo exclusivamente com homens e os homens e mulheres bissexuais apresentam um maior risco para a doença mental e alterações comportamentais, como depressão e ideação suicida⁶⁻⁷. As mulheres bissexuais e lésbicas têm um risco de quatro a dez vezes supe-

Tabela II. Terminologia e definição usadas correntemente para a identidade de gênero.

		Termo	Definição
Gênero Variante	Gênero binário	Cisgênero	Pessoa que se sente confortável com a identidade e expressão de gênero esperada conforme o seu sexo biológico ^{16-18,27} .
	Gênero não binário	Transgênero	Pessoa cujo comportamento, aparência ou identidade ultrapassa, transcende ou não se conforma com as normas culturalmente aceitas para o seu sexo biológico ^{16-18,23-24,27} .
		Agênero	Pessoa que internamente não tem necessidade de definir um gênero ^{18,27} .
		Gênero neutro	Mesmo que agênero.
		Gênero fluído	Pessoa que alterna de gênero podendo num dia ser feminino e noutro dia masculino ¹⁸ .
		Bigênero	Pessoa que se sente como mulher e como homem simultaneamente ¹⁸ .
		<i>Gender queer</i>	Pessoa cuja identidade de gênero não se enquadra como feminina ou masculina: pode estar entre ou além dos gêneros binários ou resultar da combinação de ambos os gêneros ^{18,24} .
		Intergênero	Pessoa cujo o gênero se encontra entre os gêneros binários ou resulta da combinação de ambos. Por vezes usada como sinónimo de intersexual ^{18,24} .
		Transsexual	Termo que tem caído em desuso e que não é uniformemente empregue dentro da comunidade. Usado para pessoas com intenção ou submetidas a tratamento de transição médico/cirúrgico enquadrando-se posteriormente num modelo binário. Por vezes usado como sinónimo de transgênero ^{8,16,17,23} .
		Transformista	Pessoa que se apresenta fisicamente como o sexo oposto (p.e vestuário, maquiagem, postura corporal) por motivos profissionais, de forma recreativa, performativa ou artística. Não existe interferência na orientação sexual da pessoa e na identidade de gênero e não se consideram transgêneros ^{16-18,24} .
		<i>Drag Queen</i>	Artista (maioritariamente do sexo masculino) que se apresenta com características femininas estereotipadas na cultura vigente, por vezes exarcebadas, em contexto profissional ^{16,17,24} .
		<i>Drag King</i>	Artista (maioritariamente do sexo feminino) que se apresenta com características masculinas estereotipadas na cultura vigente, por vezes exarcebadas, em contexto profissional ^{16,17,24} .
		Transgênero feminino/mulher trans	Homem cuja identidade de gênero não é congruente com o sexo biológico e se identifica como mulher, quer tenha realizado ou não transição de sexo ^{16-18,23-24,27} .
Transgênero masculino/homem trans	Mulher cuja identidade de gênero não é congruente com o sexo biológico e se identifica como homem, quer tenha realizado ou não transição de sexo ^{16-18,23-24,27} .		

rior de não realizarem o rastreio do cancro do colo do útero através da realização de citologia cervico-vaginal^{1,8}. Os transgéneros homens e mulheres são particularmente um grupo vulnerável, tanto por serem frequentemente alvo de violência psicológica e física, como também por demonstrarem uma menor adesão a exames de rastreio, nomeadamente do cancro e um maior risco cardiovascular associado à hormonoterapia de longa-duração⁹⁻¹¹.

Vários fatores contribuem para a vulnerabilidade deste grupo no que diz respeito ao comprometimento no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Um inquérito nacional nos EUA, que incluiu 4916 pessoas que se integravam na comunidade LGBTQI, demonstrou que quase 56% das lésbicas, *gays* e bissexuais e 70% dos transgéneros e *queer* teriam tido pelo menos uma das seguintes experiências no sistema nacional de saúde: recusa de tratamento, alteração do comportamento do prestador de cuidados nomeadamente o uso de precauções excessivas na avaliação física ou a recusa de ter qualquer tipo de contacto físico com o doente, uso de linguagem abusiva e inapropriada, culpabilização ativa do doente pelo seu estado de saúde ou contexto de abuso físico¹². Num outro inquérito nacional estado-unidense, orientado para profissionais de saúde, que incluiu 4418 médicos com 491 questionários respondidos de forma anónima, 7% referiram desconforto em prestar cuidados a homossexuais, 22% a transgéneros e 13% a doentes com infeção por VIH¹³.

Os *US National Institutes of Health* criaram um comité para rever o conhecimento sobre o estado de saúde destas minorias e definiram várias recomendações com o objetivo de pro-

mover o aumento de estudos de cada segmento desta comunidade, de forma a que os sistemas de saúde consigam responder da forma mais adequada às necessidades dos mesmos³. Assim, quanto melhor e mais sistematizadas forem abordadas as questões de género, orientação e comportamento sexual, maior a informação que se conseguirá retirar dos fatores que podem estar associados a doença e, de forma mais rápida e dirigida, se podem intervir neles. A Direção Geral da Saúde (DGS) também se tem debruçado sobre as questões relacionadas à iniquidade de género, reconhecendo que se tratam de determinantes sociais com impacto nos indicadores de saúde³¹.

Afinar os mecanismos que permitem medir o estado de saúde e o bem-estar de cada pessoa, assim como estabelecer comparações entre indivíduos e entre grupos nessa matéria, constitui uma preocupação nuclear das Ciências da Saúde.

CONCLUSÃO

Este artigo pretendeu rever e atualizar os conceitos sobre a identidade de género e orientação sexual de modo a podermos incorporar na entrevista clínica elementos, que vão de encontro às expectativas dos utentes, de modo a promover uma relação de respeito e confiança entre o clínico/outros profissionais de saúde e o doente. O aumento da sensibilidade para as questões da diversidade sexual e de género podem moldar a linguagem aplicada durante a comunicação com o doente. Não só a compreensão da pessoa que temos à frente promove a procura e adesão aos cuidados, como também permite que consigamos intervir com valor e gerar ganhos em saúde.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / REFERENCES

1. Obedin-Maliver J, Robertson PA, Ard KL, Mayer KH, Deutsch MB. Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Health. In: Papadakis M, McPhee S, Rabow M, editors. *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 57th edition. New York: Mc Graw-Hill Medical; 2018. p. 1731-1749.
2. College of Family Physicians of Canada. *Best Advice Guide - Social determinants of health*. 2015. Disponível em: patientsmedicalhome.ca [consultado 2019 Out 23].
3. Graham R, Berkowitz B, Blum R, Bockting W, Bradford J, de Vries B, et al. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
4. Deveaux F. Counting the LGBT population: 6% of Europeans identify as LGBT. Disponível em: <https://daliaresearch.com/blog/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/> [consultado 2019 Out 23].
5. Cahill S, Singal R, Grasso C, King D, Mayer K, Baker K, et al. Do ask, do tell: high levels of acceptability by patients of routine collection of sexual orientation and gender identity data in four diverse American community health centers. *PLoS One*. 2014;9(9):e107104.
6. Mayer KH, Bradford JB, Makadon HJ, Stall R, Goldhammer H, Landers S. Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *Am. J. Public Health*. 2008;98(6):989-995.
7. Kann L, Olsen EO, McManus T, Kinchen S, Chyen D, Harris WA, et al. Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9-12 - Youth Risk Behavior Surveillance, Selected Sites, United States, 2001-2009. Collingdale: DIANE Publishing; 2011.
8. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban health*. 2006;83(5):970-979.
9. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex*. 2001;42(1):89-101.
10. Grant JM, Mottet LA, Tanis J. Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. Disponível em: <https://www.transequality.org> [consultado 2019 Out 23].
11. Futterweit W. Endocrine therapy of transsexualism and potential complications of long-term treatment. *Arch Sex Behav*. 1998;27:209-226.
12. Lambda Legal. *When health care isn't caring: Lambda Legal's survey of discrimination against LGBT people and people with HIV*. New York: Lambda Legal; 2010.
13. Marlin R, Kadakia A, Ethridge B, Mathews WC. *Physician Attitudes Toward Homosexuality and HIV: The PATHH-III Survey*. *LGBT health*. 2018;5(7):431-442.

14. Herek GM. A nuanced view of stigma for understanding and addressing sexual and gender minority health disparities. *LGBT Health*. 2016;3:397–399.
15. Lindley LL, Walsesman KM, Carter JW. The association of sexual orientation measures with young adults' health-related outcomes. *Am J Public Health*. 2012;102(6):1177-85.
16. Lev AL. *Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working with Gender-Variant People and their Families*. New York, NY: Haworth Clinical Practice Press; 2013.
17. American Psychological Association. Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance. 2009. Disponível em: www.apa.org/pi/lgbtc/transgender/2008TaskForceReport.html [consultado 2019 Out 23]
18. LGBT terminology. Disponível em: <https://www.lgbt.ucla.edu/Resources> [consultado 2019 Out 23]
19. Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE. Sexual behavior in the human male.. *Am J Public Health*. 2003;93(6):894–898.
20. Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual behavior in the human female*. Bloomington: Indiana University Press; 1998.
21. Weinrich JD, Klein F, McCutchan JA, Grant I; the HNRC Group. Cluster Analysis of the Klein Sexual Orientation Grid in Clinical and Non-clinical Samples: When Bisexuality Is Not Bisexuality. *J Bisex*. 2014;14(3-4):349–372.
22. Storms MD. Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980;38(5):783-792.
23. Polly R, Nicole J. Understanding the transsexual patient: culturally sensitive care in emergency nursing practice. *Adv Emerg Nurs J*. 2011;33(1):55-64.
24. Jesus JG. *Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos*. Brasília: Autor; 2012.
25. Intersex Awareness Day – Wednesday 26 October. End violence and harmful medical practices on intersex children and adults, UN and regional experts urge. Office of the High Commissioner for Human Rights. Disponível em: <https://www.ohchr.org> [consultado 2019 Out 23]
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
27. Baker KE. Identifying transgender and other gender minority respondents on population-based surveys: why ask? In: Kerman JL, editor. *Gender Identity in U.S. Surveillance (GenIUSS) group. Best Practices for asking questions to identify transgender and other gender minority respondents on population-based surveys*. Los Angeles, CA: the Williams Institute; 2014. p.1-6.
28. Garg G, Marwaha R. *Gender Dysphoria (Sexual Identity Disorders)*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019.
29. Barker MJ. Good Practice across the Counselling Professions 001: Gender, sexual, and relationship diversity (GSRD). *British Association Counselling and Psychotherapy Gender, Sexual & Relationship Diversity*; 2019.
30. Ehrbar, RD. Gender role nonconformity. In: Whelehan P, Bolin A, editors. *The International Encyclopedia of Human Sexuality*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2015.
31. Laranjeira AR, Marques AM, Soares C, Prazeres V. *Saúde, sexo e gênero Factos, representações e desafios*. Lisboa: DGS; 2008.



Alucinações Auditivo-Verbais Na Esquizofrenia: Uma Revisão Sobre A Abordagem Cognitivo-Comportamental

Cognitive-Behavioral Approach of Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Review

Rodrigo Mota Freitas*, Maria Teresa Valadas**

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é uma doença mental grave cuja apresentação clínica inclui sintomas positivos, sintomas negativos, desorganização do pensamento, alterações afetivas e cognitivas. As alucinações auditivas e, em especial, as auditivo-verbais, são comuns nesta doença e causam grande sofrimento psíquico e limitação funcional. A psicoterapia cognitivo-comportamental dirigida às alucinações auditivo-verbais visa a mudança das crenças desadaptativas desenvolvidas pelos doentes acerca das vozes e substituição das mesmas por crenças mais adequadas, e é uma intervenção eficaz como terapia adjuvante dos psicofármacos no tratamento de alucinações auditivo-verbais na esquizofrenia, com evidência acumulada na literatura nas últimas décadas e corroborada por estudos de revisão recentes.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo a realização de uma revisão atualizada da literatura com o objetivo de resumir a conceptua-

lização cognitiva e estratégias da psicoterapia cognitivo-comportamental das alucinações auditivo-verbais na esquizofrenia, eficácia, limitações das mesmas e possíveis desenvolvimentos futuros.

Métodos: Realizámos uma revisão não sistemática da literatura da base de dados *PubMed* de artigos publicados entre dia 1 de Dezembro de 1999 e 1 de Dezembro de 2019, utilizando combinações dos termos de pesquisa “*cognitive behavioral therapy*”, “*schizophrenia*” e “*hallucinations*”. Os artigos incluídos foram selecionados a partir de revisão de título e resumo. Adicionalmente, foram consultados livros de texto de referência.

Resultados e Conclusões: A psicoterapia cognitivo-comportamental é uma ferramenta terapêutica importante e eficaz na abordagem das alucinações na esquizofrenia e deveria fazer parte dos serviços de saúde mental prestados aos doentes com esquizofrenia. Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas novas terapias, e a realidade virtual surgiu como uma

* Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo, Évora; ✉ rodrigo_fmfreitas@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-6836-9988>

**Serviço de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja
Recebido / Received: 19/02/2020 - Aceite / Accepted: 12/10/2020

ferramenta promissora no tratamento das alucinações. Serão necessários mais estudos para consolidar a evidência acerca da eficácia dos progressos recentes nesta área.

Palavras-Chave: esquizofrenia; perturbações psicóticas; alucinações; psicoterapia cognitivo-comportamental

ABSTRACT

Introduction: *Schizophrenia is a severe mental illness characterized by positive symptoms, negative symptoms, disorganization, affective disturbance and cognitive impairment. Auditory hallucinations are common in this disorder and lead to marked suffering and functional limitations. Cognitive-behavioral therapy for auditory verbal hallucinations aims to challenge erroneous beliefs the patient may hold about the voices and to replace these beliefs with more adequate ones. It is an effective therapy to complement drug treatment for auditory verbal hallucinations in schizophrenia, supported by a growing body of literature in the last decades, including recent trials and reviews.*

Objectives: *In this paper, we aimed to perform a review of literature regarding cognitive conceptualization and particularities of cognitive-behavioral intervention for auditory hallucinations in schizophrenia. We also considered the current limitations, efficacy and future developments of said intervention.*

Methods: *We performed a non-systematic review of literature in the PubMed database published between December 1st 1999 and*

December 1st 2019, using combinations of the search terms “cognitive behavioral therapy”, “schizophrenia” and “hallucinations”. The included articles were selected by review of title and abstract. Reference textbooks were also reviewed.

Results and Conclusions: *Cognitive-behavioral psychotherapy is useful in the management of auditory hallucinations in schizophrenia and should be part of the standard care offered by mental health services. In recent years, new therapies have been developed with good outcomes, and virtual reality has arisen as a promising tool. Further studies are needed in order to ascertain the efficacy of this recent interventions in the management of auditory hallucinations in schizophrenia.*

Key-Words: *schizophrenia; psychotic disorders; hallucinations; cognitive-behavioral therapy*

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma perturbação mental que afeta cerca de 0,48% da população e cuja apresentação inclui sintomas positivos (alucinações e delírios), sintomas negativos, desorganização do pensamento (acompanhada de alterações do comportamento), alterações afectivas e cognitivas¹⁻³. As pessoas com esquizofrenia manifestam défices subtis nas capacidades cognitivas, sociais e motoras desde a infância. O primeiro episódio psicótico da doença é habitualmente precedido por uma fase prodrômica, período no qual se podem verificar sintomas como ansiedade e isolamento social. O curso da doença é frequentemente flutuante, com a manutenção crónica de sin-

tomas positivos residuais e sintomas negativos e períodos de exacerbação aguda da sintomatologia positiva¹.

A farmacoterapia com antipsicóticos representa a principal terapêutica da esquizofrenia, sendo eficaz no tratamento dos sintomas positivos. No entanto, a taxa de resposta a antipsicóticos é de 50-70% num primeiro episódio psicótico na esquizofrenia. Estima-se que 20-30% dos doentes com esquizofrenia cumpram critérios para esquizofrenia refratária e cerca de 25-50% dos doentes que aderem à medicação mantêm alucinações^{4,7}. Um outro problema é a fraca adesão à medicação, que pode estar presente em até metade dos doentes⁷. Assim, torna-se necessário complementar a intervenção farmacológica com tratamentos adjuvantes.

A psicoterapia cognitivo-comportamental (PCC) para a esquizofrenia utiliza princípios e estratégias de intervenção anteriormente desenvolvidas por Beck na abordagem da ansiedade e depressão, ajustadas e adaptadas para o tratamento de sintomas específicos da esquizofrenia, num paradigma de diátese-stress e biopsicossocial⁸. A PCC para a psicose é uma intervenção eficaz, existindo um acumular de evidência nas últimas décadas que sustenta o seu uso na esquizofrenia⁷⁻¹⁰ e, em particular, nas alucinações auditivas^{11,12}. Estas são as alucinações mais comuns na esquizofrenia, podendo afetar até 83% dos doentes, e a maior parte das estratégias de PCC desenvolvidas para a abordagem de alucinações focam-se nas alucinações auditivo-verbais (AAV), a perceção de ouvir terceiros a falar na ausência de um estímulo apropriado^{7,10}.

Algumas das vantagens da PCC para AAV descritas na literatura incluem a maior resistência a cumprir ordens das vozes de comando e a redução do diferencial de poder entre o doente e as vozes^{11,12}.

OBJETIVOS

Este trabalho teve como objetivo a realização de uma revisão atualizada da literatura com o objetivo de resumir a conceptualização cognitiva e estratégias da PCC das alucinações auditivo-verbais na esquizofrenia, eficácia, limitações das mesmas e possíveis desenvolvimentos futuros.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos uma revisão não sistemática da literatura da base de dados *PubMed* de artigos publicados entre 1 de Dezembro de 1999 e 1 de Dezembro de 2019, utilizando combinações dos termos de pesquisa “*cognitive behavioral therapy*”, “*schizophrenia*” e “*hallucinations*”. Os artigos incluídos foram selecionados a partir de revisão de título e resumo. Adicionalmente, foram consultados livros de texto de referência.

RESULTADOS

Modelo Cognitivo das Alucinações

O modelo cognitivo proposto por Beck e Rector integra conceitos de predisposição biológica, vulnerabilidade ao stress e a existência de crenças negativas quanto ao *self* e ao mundo para tentar explicar o fenómeno das alucinações auditivas². Este modelo compreende fatores relacionados com os precursores das alucinações, a fixação inicial das AAV e a sua manutenção.

Precursores das Alucinações

Os indivíduos mais predispostos a experienciar alucinações têm uma maior propensão para a formação de imagens mentais auditivas e visuais involuntárias¹³. Respondem mais frequentemente com alucinações face a estímulos auditivos ambíguos, centrando-se excessivamente nos ruídos que podem interpretar erradamente como vozes, e assumem uma atitude hipervigil expectante quando aguardam a ocorrência de vozes, aumentando a intensidade das imagens mentais¹³. Adicionalmente, exibem um menor limiar para a “perceptualização”, ou seja, tendem a perceber pensamentos e outros eventos mentais como fenómenos externos auditivos ou visuais mais facilmente do que a restante população^{9,13}. Esta “perceptualização” ocorre quando as representações internas sobrecarregam o sistema de processamento cognitivo e criam uma representação falsa no mundo externo (alucinação)¹⁴. O limiar da “perceptualização” é dinâmico em cada pessoa, sendo diminuído por fatores como a fadiga, stress, respostas emocionais e redução dos estímulos externos^{8,14}. Um estudo recente reforçou a hipótese de que as alucinações auditivas são facilitadas por estados emocionais negativos e pela diminuição dos recursos cognitivos disponíveis para a iniciação das falsas percepções geradas¹⁵. Um aspeto fundamental deste modelo é o papel dos processos cognitivos na génese das alucinações. Os esquemas cognitivos dizem respeito à relação do indivíduo consigo mesmo e com o mundo externo e, quando ativados, conferem significado às experiências. Na presença de psicopatologia, certos esquemas podem tornar-se hiperativos, subjungando o pro-

cessamento central de informações e gerando cognições congruentes com o seu conteúdo, independentemente da realidade exterior. As crenças acerca do próprio e do mundo, memórias, medos, preocupações, reflexões, avaliações e comandos são contidas nos esquemas e cognições que influenciam o conteúdo das alucinações auditivas. Estas formar-se-ão a partir de cognições particularmente salientes na presença de um baixo limiar de “perceptualização”, levando a que o doente vivencie os seus pensamentos como um comentário audível em que o indivíduo é o objeto e não o agente^{8,9,14}.

Fixação Inicial

As alucinações auditivo-verbais não são patognomónicas da esquizofrenia, podendo estar presentes noutras patologias psiquiátricas, como a perturbação afetiva bipolar, perturbação da personalidade estado-limite e perturbação de stress pós-traumático, e podem manifestar-se em processos normativos como o luto. Para além do mais, 10-15% dos indivíduos saudáveis experienciam AAV^{10,14}. Tendo isto em conta, apesar da prevalência relativamente alta de pessoas com AAV na população geral, a prevalência de esquizofrenia será bastante mais reduzida, rondando 0,40 a 0,48 % ao longo da vida^{3,16}.

O fator crucial que medeia o início da doença parece ser a atribuição das vozes a um agente externo, contribuindo para a formação inicial de um delírio persecutório. Deste modo, os doentes com esquizofrenia apresentam habitualmente erros de processamento de informação como o viés externalizante, atribuindo uma fonte externa às experiências mentais

desagradáveis ou perturbadoras. Este estilo de atribuição, por sua vez, leva a um processamento de informações tendencioso nos doentes com esquizofrenia após o surgimento de delírios, reforçando a crença inicial de que as vozes são provocadas por um agente externo. O viés externalizante, aliado a défices na monitorização das fontes de estímulos, contribui ainda para o desenvolvimento de outros sintomas psicóticos como a inserção, roubo e controlo do pensamento e fenómenos de passividade^{8,10,14}.

Na esquizofrenia, para além da atribuição de significados errados às experiências, os doentes apresentam défices no teste da realidade e tendem a usar métodos simplistas de processamento de informação como meio de poupança de recursos cognitivos, promovendo o aparecimento de conclusões erradas. Estes doentes manifestam hipoatividade de outras funções de monitorização da realidade, como a capacidade de considerar explicações alternativas, de aguardar a obtenção de informação suficiente antes de chegar a uma conclusão, de desviar a atenção das alucinações e delírios, e de tomar consciência dos seus vieses de raciocínio. Devido a estes défices, os doentes com esquizofrenia não testam a realidade das crenças acerca das AAV, mantendo as suas convicções de uma fonte externa e não considerando explicações alternativas. Caso o doente procurasse uma outra explicação, poderia concluir que as AAV tinham um significado patológico e que sofria de uma doença mental. A intolerabilidade do estigma associado à doença mental à luz das crenças do doente poderá ser outro fator a prejudicar o teste da realidade¹⁴.

Os doentes com esquizofrenia manifestam outros erros de raciocínio que potenciam a fixação inicial das AAV. Uma vez que têm uma propensão para tirar conclusões precipitadas (*jumping to conclusions*), aceitam facilmente as AAV como fenómenos externos, evitando a tarefa mais difícil de reconsiderar as suas experiências e questionar a sua adequação à realidade. Posteriormente, acumulam evidências para reforçar as suas explicações quanto à natureza das vozes, através de raciocínio circular (considerar as AAV como prova da realidade das próprias AAV) e consequencial (o valor verdadeiro de uma inferência emana das consequências de uma vivência), cimentando as crenças anteriormente formadas^{2,14}.

Manutenção

Os doentes com esquizofrenia com AAV apresentam um conjunto de crenças acerca da origem das vozes, do suposto agente e da natureza da relação que estabelecem com as mesmas. Assim, a ativação das AAV leva à formação de crenças que por sua vez amplificam a importância das vozes. O conteúdo destas crenças (habitualmente delirante) e o conteúdo das vozes influenciam a resposta emocional e comportamental face às vozes^{2,14,17}.

A experiência de AAV frequentes e perturbadoras, o conteúdo crítico, negativo e ameaçador das vozes e as crenças relacionadas com a impotência do doente para enfrentar um agente mais poderoso desencadeiam respostas emocionais de tristeza, ira e ansiedade, e conduzem ao surgimento de crenças relacionadas com a falta de controlo da própria vida e com o receio de desenvolver uma doença mental. Este último receio leva a uma preocupação

adicional relativa às implicações da necessidade de tratamento farmacológico e respetivos efeitos secundários, ao afastamento da família num possível internamento e ao estigma associado à doença mental^{2,14,17}.

Os doentes tendem a obedecer a vozes de comando que acreditam ser mais benévolas e resistem mais intensamente a ordens de prejudicar terceiros do que a prejudicar o próprio. No caso de vozes tidas como malévolas, será o diferencial de poder (voz dominante e que o doente crê ser poderosa, com capacidade de cumprir ameaças) que facilita a obediência a vozes de comando. As vozes tidas como mais dominantes levam também a um maior grau de sofrimento^{2,14,17}.

Os doentes formam uma relação interpessoal com as vozes, que pode ser positiva, negativa ou ambivalente. Podem interagir com elas e usar métodos para as ativar quando as consideram desejáveis e benévolas. Em contrapartida, quando as vozes são encaradas como desagradáveis e perturbadoras ou quando os doentes pretendem aplacar o suposto agente das mesmas, adotam comportamentos que visam diminuir a ativação das vozes ou reduzir o sofrimento psíquico a elas associado. Estes comportamentos de segurança procuram evitar a antecipação do perigo e ansiedade levando, por exemplo, a que os doentes se afastem de locais públicos e se ocupem com tarefas domésticas para se manterem distraídos. Cerca de dois terços dos pacientes que assumem estas estratégias não têm sucesso na tentativa de escapar ou ignorar as vozes. Paradoxalmente, dado que a adoção de comportamentos de segurança e o evitamento restringem o funcionamento do doente e levam ao isolamento

social, a atividade das vozes aumenta ainda mais. Outras estratégias para tentar parar as vozes e minimizar os seus efeitos negativos incluem a tentativa de abstração das vozes, a realização de comportamentos congruentes com as crenças delirantes derivadas das vozes que poderiam minorá-las, e a adoção de uma postura hipervigil, focando a atenção nas vozes para tentar descobrir os seus propósitos ou ouvindo as vozes benévolas em detrimento das malévolas. Estes estilos de confrontação impedem a desconfirmação das consequências das vozes e, paralelamente, as estratégias de segurança privam o doente de experienciar evidência contrária às suas crenças a propósito da fonte, poder e natureza das vozes, comprometendo o teste da realidade. Assim, apesar de proporcionarem alívio temporário, a longo prazo os comportamentos de segurança mantêm as alucinações e crenças relacionadas com as mesmas¹⁴.

Em suma, as crenças disfuncionais e estímulos externos adversos contribuem para a hiperativação de esquemas e “perceptualização” de cognições e, por sua vez, crenças desadaptativas acerca da externalidade, onnipotência e omnisciência das vozes, a par dos comportamentos de segurança adotados e estratégias de confrontação deficitárias, levam à confirmação da veracidade das vozes por parte do doente. A expectativa em relação às vozes, a hipervigilância mesmo na ausência das mesmas, a resposta emocional às AAV, bem como a relação e interações estabelecidas entre estas e os pacientes, aumentam ainda mais a saliência da experiência alucinatória. O conjunto destes processos assegura a manutenção das vozes^{2,8,9,14}.

Intervenção Psicoterapêutica Cognitivo-Comportamental

A PCC para as alucinações é uma terapia de curta duração e baseia-se numa relação de cooperação, para a qual o estabelecimento de relação terapêutica é essencial. O modelo para abordar as alucinações foi desenvolvido para as AAV, podendo ser adaptado à intervenção noutro tipo de alucinações^{9,14}.

Na PCC, as AAV são vistas como um agente ativador, que é avaliado pelo indivíduo no contexto do seu sistema de crenças e que desencadeia uma resposta emocional e comportamentos de segurança. As técnicas de PCC envolvem o enfraquecimento das crenças nucleares desadaptativas e fortalecimento de crenças mais adaptativas⁷.

O principal objetivo da terapia é reduzir o sofrimento provocado pelas vozes e aumentar a qualidade de vida do doente. Este objetivo é atingido através da redução do stress associado ao conteúdo das vozes, às crenças (delirantes e não delirantes) relacionadas com as vozes e às crenças de auto-avaliação subjacentes às vozes¹⁴.

Avaliação e Formulação de Caso

Antes da implementação de estratégias cognitivas, é necessário conhecer as várias características das vozes, como a sua duração, intensidade, frequência, variabilidade e quais os seus *triggers* internos e externos. Instrumentos como a *Psychotic Symptom Rating Scale* (PSYRATS) e a *Topography of Voices Rating Scale* são úteis quer na avaliação inicial quer no acompanhamento da evolução do doente. A PSYRATS contem questões relacionadas com as propriedades físicas, grau de perturbação

e crenças acerca das vozes, enquanto que a segunda escala mede a frequência, clareza, volume, tão bem como o grau de sofrimento e distractibilidade provocado pelas vozes nos dias anteriores. O *Beliefs about Voices Questionnaire* é um instrumento útil para aferir as crenças acerca das vozes e monitorizar o efeito da intervenção nas crenças erradas ao longo do tratamento. Para além da aplicação de escalas, o terapeuta realiza questões para obter mais dados acerca das características das vozes e acerca das crenças do doente¹⁴.

Durante a avaliação, o terapeuta obtém o relato literal do conteúdo das vozes e deve incentivar o doente a monitorizar o conteúdo das vozes entre sessões, através do preenchimento de folhas de registo. Estas devem ser simples e conter informação acerca da atividade que o doente estava a realizar, do conteúdo das vozes, do volume das vozes, do grau de sofrimento, da resposta emocional e de qual o comportamento adotado para lidar com a voz. Estes registos auxiliam a identificação de *triggers* internos e externos específicos relacionados com a duração e atividade das vozes. Estes dados precedem e influenciam as estratégias terapêuticas a implementar. Adicionalmente, o terapeuta avalia as reações emocionais e comportamentais desencadeadas pelas vozes e a relação mantida entre o doente e as AAV. O terapeuta deve, ainda, averiguar os acontecimentos que ocorreram pouco antes do início das vozes e avaliar de que forma o seu conteúdo específico e as crenças do doente refletem os seus medos, preocupações, fantasias e interesses pré-mórbidos. Para um melhor entendimento dos *triggers* idiossincráticos dos doentes, é necessário observar a evolução do

padrão de atividade das AAV ao longo do tempo. É também importante observar a mudança de crenças relativas às vozes ao longo do tempo¹⁴.

Intervenção

Os doentes apresentam diferentes necessidades no que diz respeito à obtenção de uma explicação para as vozes, e o terapeuta deve adequar-se às características dos doentes. Uma etapa inicial e fundamental do tratamento é a psicoeducação. Esta inclui a familiarização dos doentes com o modelo da diátese-*stress* da psicose e da atividade alucinatoria em específico. As explicações para aumentar a compreensão do papel da vulnerabilidade envolvem variáveis biológicas, psicológicas e sociais válidas para o paciente em termos de compreensão e experiência. O papel dos eventos traumáticos, acontecimentos pessoais adversos, perdas e desafios de vida são *triggers* relevantes que devem ser discutidos em relação ao início das vozes. A abordagem normalizante inicia também um acumular de evidência que permite construir explicações alternativas para as vozes, um componente fulcral para o sucesso do tratamento. Nesta fase de psicoeducação, podem ser referidos *triggers* típicos, para auxiliar os doentes a reconhecer os seus próprios *triggers* numa fase posterior do tratamento. O terapeuta pode explicar, ainda, o papel das expectativas e do viés externalizante, reduzindo o estigma associado às vozes e apresentando o modelo cognitivo¹⁴.

Durante a familiarização com o modelo cognitivo, o doente aprende a identificar distorções cognitivas, a considerar evidências alternativas para atingir conclusões mais adequadas

e a pensar nas vantagens e desvantagens de manter certas crenças. Esta é uma abordagem colaborativa e não confrontativa, que pretende incentivar o doente a questionar-se e a desenvolver capacidades para identificar o papel das avaliações das suas experiências antes de partir para interpretações mais ameaçadoras ou delirantes¹⁴.

A implementação de estratégias comportamentais pode basear-se no repertório de estratégias já usadas pelo doente (uso de auriculares ligados a aparelhos de música, por exemplo) que são aprimoradas pelo terapeuta, que sugere igualmente outras estratégias reconhecidas como eficazes a que o paciente poderá recorrer. Qualquer atividade que distraia o doente das vozes, como conversar, ler ou praticar desporto pode ser eficaz. Como os estados emocionais negativos são potenciais *triggers* para as AAV, a promoção de comportamentos que diminuam esses estados também reduzem a atividade das vozes. Outra estratégia comportamental passa pela alocação de um determinado período do dia em que o doente pode gerar intencionalmente e focar a sua atenção nas vozes, nas suas características sonoras, localização e conteúdo, mas não pode prestar atenção às AAV durante o resto do dia. Isto leva o doente a aperceber-se de que tem algum controlo sobre as vozes¹⁴.

Como anteriormente referido, os quatro domínios principais a ser abordados na PCC das alucinações são o conteúdo das vozes, as crenças não delirantes acerca das vozes, as crenças delirantes sobre as vozes e as crenças auto-avaliativas subjacentes associadas às vozes.

Quanto ao conteúdo das vozes, a abordagem passa por questionar a precisão deste, testá-

-lo e corrigir as crenças relativas ao mesmo através de diálogo socrático. Uma vez que o conteúdo das vozes é assumido como evidência das crenças acerca das próprias vozes, pôr em causa a veracidade do conteúdo das vozes irá ter impacto nas crenças acerca das mesmas. Para atingir estes objetivos, é necessário utilizar um registo de pensamento modificado no qual o doente escreve o conteúdo literal das vozes, analisa a evidência a favor e contra a veracidade do que a voz afirmou e regista pensamentos alternativos e o seu estado de humor¹⁴.

Os doentes têm crenças não delirantes acerca das vozes que devem ser exploradas em conjunto com o terapeuta. Isto pode ser alcançado através de perguntas específicas acerca da identidade, propósito, perigo e consequências das vozes. Uma crença não delirante comum acerca das AAV prende-se com o facto de poderem ser sinónimo de doença mental e com todas as consequências dessa potencial doença¹⁴. A maioria dos doentes com esquizofrenia e com AAV desenvolve delírios acerca destas. O sofrimento provocado pelas vozes relaciona-se intimamente com as crenças delirantes acerca do agente, o seu poder e grau de controlo sobre o doente. Assim, gerar explicações alternativas para a origem das vozes leva a reduções significativas no grau de desconforto. No entanto, quando a origem das vozes é tida como benévola e condiciona uma sensação de bem-estar ao doente, estas crenças poderão não ser contestadas. Alternativamente, questiona-se o doente sobre como se sentiria na ausência das vozes para expor os sentimentos subjacentes de solidão ou impotência. Depois de tentar compreender as explicações do doente para as suas

vozes, o terapeuta deve perguntar diretamente se o doente já considerou explicações alternativas. Em seguida, através de diálogo socrático, o terapeuta deve suscitar dúvida e perplexidade acerca do suposto agente para ajudar o paciente a concluir que a sua crença, apesar de compreensível, é incorreta, e que existem explicações alternativas mais válidas¹⁴.

É também importante que o terapeuta identifique as crenças nucleares que influenciam o conteúdo das vozes, tal como outras crenças delirantes e não delirantes. A intensidade da crença no poder e controlo das vozes poderá estar correlacionado com o facto do doente se considerar vulnerável e impotente. Podem ser empregues estratégias cognitivas (como registos de crenças nucleares) para identificar e testar as crenças existentes e criar crenças nucleares alternativas a ser reforçadas por experiências comportamentais¹⁴.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Ao longo das últimas décadas, ocorreu um acumular de evidência na literatura que permite afirmar a eficácia do uso combinado de farmacoterapia e PCC no tratamento de AAV na esquizofrenia, e que recomenda a sua integração na prática clínica de rotina. Para além da eficácia, a PCC revela uma alta tolerabilidade e é útil em doentes com pouca adesão ao tratamento farmacológico¹¹.

Num estudo publicado em 2011, Thomas, Rossel e colaboradores registaram uma melhoria na gravidade das AAV após PCC direcionada especificamente para as alucinações. Essa melhoria foi independente dos ajustes psicofarmacológicos e foi observada numa amostra de doentes com sintomatologia de longa duração

e refratária ao tratamento. Os resultados sugeriam que a PCC pode ser eficaz no tratamento de AAV mesmo em doentes sem crítica para a sua doença, com grande convicção delirante ou desorganização cognitiva, ao contrário da PCC dirigida aos delírios. Deste modo, a ausência de crítica não deverá ser considerada como um fator de exclusão para a intervenção cognitivo-comportamental neste tipo de sintomas¹⁸.

Dados de ensaios clínicos randomizados sustentam que o recurso ao tratamento combinado com psicofármacos e PCC é superior à farmacoterapia isolada no tratamento de AAV na esquizofrenia¹⁹, e uma revisão publicada em 2016 por Pontillo e colaboradores reforçava esse achado¹¹. Nessa mesma revisão, os autores concluíam que o modelo terapêutico focado na natureza da relação entre o doente e as vozes tinha melhores resultados face ao modelo focado na aceitação das vozes e promoção da capacidade de ouvir as vozes e experienciar os pensamentos associados sem acreditar nestes ou agir em conformidade com os mesmos. Neste trabalho, era referido, ainda, que os sintomas negativos da esquizofrenia pareciam ser o preditor mais forte de uma má resposta terapêutica, potencialmente porque interferem com o desenvolvimento da relação terapêutica e com a realização de tarefas fora das sessões. Isto poderá levar a modificações no modelo terapêutico em doentes com sintomas negativos relevantes, com a adoção de mais estratégias comportamentais¹¹.

Birchwood, através do estudo COMMAND voltou a concluir, em 2018, que a PCC focada na relação entre o doente e as vozes leva a uma diminuição marcada e significativa da obe-

diência às vozes e das crenças acerca do seu poder, em particular da crença de diferença de poder entre as vozes e o paciente¹⁷.

A PCC para as alucinações na esquizofrenia tem visto o surgimento de vários paradigmas terapêuticos novos que, apesar de divergirem nas estratégias utilizadas, se focam na relação interpessoal estabelecida entre o doente e as vozes, bem como no sofrimento que dela advém. Contudo, cada terapia enfatiza alvos terapêuticos diferentes: a *Cognitive Behavior Therapy for Command Hallucinations* (CTCH, utilizada no estudo de Birchwood anteriormente referido) centra-se na mudança das crenças acerca da onipotência das vozes, na redução da obediência e dos comportamentos de segurança; a *Relating Therapy* procura o enriquecimento e alargamento da rede social; a Terapia com Avatar e a *Competitive Memory Training* (COMET) procuram reduzir o impacto negativo do conteúdo das vozes. De salientar que a Terapia com Avatar foi a única a demonstrar uma redução significativa na severidade e frequência das AAV¹².

O recurso a realidade virtual já foi usado para demonstrar que a redução de comportamentos de segurança leva a diminuições na convicção delirante e desconforto, e tais estratégias também poderão ser usadas para o estudo dos comportamentos de segurança relativos a vozes¹².

Um dos potenciais caminhos futuros poderá passar pela combinação de várias intervenções individuais que se revelaram eficazes. Apesar desta estratégia se assemelhar ao modelo inicial da PCC, adaptando a terapia de modo flexível à apresentação de doentes heterogêneos, tem o benefício de cada componente do novo

modelo já ter a sua eficácia comprovada empiricamente, contrariamente ao modelo inicial¹².

A PCC é uma ferramenta terapêutica importante e eficaz na abordagem das alucinações na esquizofrenia e deveria fazer parte dos serviços de saúde mental prestados aos doentes com esquizofrenia. A literatura recente tem-se focado essencialmente na eficácia de intervenções para sintomas específicos, produzindo estudos clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises que avaliam a eficácia da PCC, testam hipóteses do modelo cognitivo previamente proposto e procuram determinantes e preditores de resposta para a PCC nas AAV. Assim, existe uma escassez de artigos que avancem novos paradigmas que tentem contrariar o modelo cognitivo vigente, e o grosso da literatura recente foca-se na eficácia de várias terapias descendentes desse modelo. A maior divergência registada passa pelos diferentes alvos terapêuticos e estratégias usadas por terapias recentes como a CTCH, COMET, *Relating Therapy* e Terapia com Avatar, e na controvérsia em torno do uso de terapias focadas apenas num domínio de um sintoma ou mais globais. A par do desenvolvimento destas terapias, a realidade virtual surge como uma ferramenta promissora no tratamento das AAV.

Serão necessários mais estudos para consolidar a evidência acerca da eficácia dos desenvolvimentos recentes nesta área.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*. 2014;383(9929):1677-87.
2. Batinic B. Cognitive Models of Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia and Implications for Treatment. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 2):181-4.
3. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990 horizontal line 2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2015;15:193.
4. Lally J, Ajnakina O, Di Forti M, Trotta A, Demjaha A, Kolliakou A, et al. Two distinct patterns of treatment resistance: clinical predictors of treatment resistance in first-episode schizophrenia spectrum psychoses. *Psychol Med*. 2016;46(15):3231-40.
5. Wimberley T, Stovring H, Sorensen HJ, Horsdal HT, MacCabe JH, Gasse C. Predictors of treatment resistance in patients with schizophrenia: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(4):358-66.
6. Demjaha A, Lappin JM, Stahl D, Patel MX, MacCabe JH, Howes OD, et al. Antipsychotic treatment resistance in first-episode psychosis: prevalence, subtypes and predictors. *Psychol Med*. 2017;47(11):1981-9.
7. Aleman A, Laroi F. Insights into hallucinations in schizophrenia: novel treatment approaches. *Expert Rev Neurother*. 2011;11(7):1007-15.

8. Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(10):832-9.
9. Freedman S, Hasson-Ohayon I, Roe D. Cognitive behavioral treatment for persons with psychosis: a new direction in psychological intervention. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009;46(4):298-303.
10. Zhuo C, Jiang D, Liu C, Lin X, Li J, Chen G, et al. Understanding auditory verbal hallucinations in healthy individuals and individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res.* 2019;274:213-9.
11. Pontillo M, De Crescenzo F, Vicari S, Pucciarini ML, Aversa R, Santonastaso O, et al. Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations in schizophrenia: A review. *World J Psychiatry.* 2016;6(3):372-80.
12. Lincoln TM, Peters E. A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations. *Schizophr Res.* 2019;203:66-79.
13. Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:577-606.
14. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. *Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy: The Guilford Press; 2009.*
15. Laloyaux J, De Keyser F, Pinchard A, Della Libera C, Laroï F. Testing a model of auditory hallucinations: the role of negative emotions and cognitive resources. *Cogn Neuropsychiatry.* 2019;24(4):256-74.
16. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2(5):e141.
17. Birchwood M, Dunn G, Meaden A, Tarrrier N, Lewis S, Wykes T, et al. The COMMAND trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations: predictors of outcome and mediators of change. *Psychol Med.* 2018;48(12):1966-74.
18. Thomas N, Rossell S, Farhall J, Shawyer F, Castle D. Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations: effectiveness and predictors of outcome in a specialist clinic. *Behav Cogn Psychother.* 2011;39(2):129-38.
19. Thomas N, Hayward M, Peters E, van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, et al. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophr Bull.* 2014;40 Suppl 4:S202-12.



Brexanolona e depressão pós-parto: haverá lugar em Portugal?

Brexanolone and postpartum depression: is there a place for it in Portugal?

Miguel Felizardo*✉, Catarina Freitas**

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto é definida como um episódio depressivo *major*, relacionado temporalmente com o parto, tendo características específicas nomeadamente a presença de mais sintomas ansiosos e obsessivos, a reposta mais lenta ao tratamento, a necessidade de associação de psicofármacos mais frequente e a provável relação com a queda hormonal após o parto. O tratamento recomendado para a depressão pós-parto, apesar das suas especificidades, é o mesmo que para qualquer episódio depressivo *major*. Recentemente foi aprovada nos Estados Unidos da América a brexanolona, o primeiro fármaco específico para o tratamento da depressão pós-parto.

Objetivos: Os objetivos dos autores foram realizar uma revisão bibliográfica acerca da brexanolona, discutindo posteriormente a sua importância e aplicabilidade, principalmente em Portugal.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas principais plataformas de pesquisa científica, utilizando os termos *brexanolone*,

allopregnanolone e *postpartum depression treatment*, e consultada a bula de administração da brexanolona, aprovada pela *Food And Drug Administration*.

Resultados e Conclusões: A brexanolona é um análogo da pregnanolona, metabolito endógeno da progesterona, administrada na forma endovenosa. Tem um efeito rápido, com manutenção dos resultados terapêuticos aos 30 dias após administração, principalmente em casos de depressão pós-parto grave. É um fármaco seguro, mas com necessidade de vigilância médica, pelo risco de sedação excessiva e perda de consciência. Apesar de não ser provável que a brexanolona seja um fármaco de primeira linha na depressão pós-parto, pode ser uma opção atrativa em casos de depressão grave resistente a outros tratamentos, ou quando é necessária uma resposta rápida.

Palavras-Chave: Depressão pós-parto; Brexanolona; Alopregnanolona.

ABSTRACT

Background: *Postpartum depression is defined as a major depressive episode, related*

*Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; ✉ a26721@fcsaude.ubi.pt.

** Departamento de Saúde Mental, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

 <https://orcid.org/0000-0001-6936-2809>

Recebido / Received: 14/02/2020 - Aceite / Accepted: 10/02/2022

temporarily related to childbirth, with specific characteristics, namely the presence of more anxious and obsessive symptoms, the slower response to treatment, the more frequent need for association of psychotropic drugs and the probable relationship with hormonal decrease after delivery. The recommended treatment for postpartum depression, despite its specificities, is the same as for any major depressive episode. Brexanolone, the first specific drug for the treatment of postpartum depression, has recently been approved in the United States of America.

Aims: The authors' objectives were to carry out a bibliographic review about brexanolone, later discussing its importance and applicability, mainly in Portugal.

Methods: A bibliographic search was carried out on the main scientific research platforms, using the terms brexanolone, allopregnanolone and postpartum depression treatment. The brexanolone administration leaflet, approved by the FDA, was also consulted.

Results and Conclusions: Brexanolone is an analogue of pregnanolone, an endogenous metabolite of progesterone, administered intravenously. It has a rapid effect, with maintenance of therapeutic results at 30 days after administration, especially in cases of severe postpartum depression. It is a safe drug, but in needs of medical surveillance, due to the risk of excessive sedation and loss of consciousness. Although brexanolone is unlikely to be a first-line treatment in postpartum depression, it can be an attractive option in cases of severe depres-

sion, resistant to other treatments, or when a rapid response is needed.

Key-Words: Postpartum depression; Brexanolone, Allopregnanolone.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é definida como um episódio depressivo major que está temporalmente em relação com o parto¹. A entidade de depressão periparto, reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria em 2013, engloba os casos de depressão com início nas quatro semanas após o parto ou durante a gravidez². É sabido, no entanto, que em muitos casos, a sintomatologia tem início após as quatro semanas pós-parto, com estudos a considerar até dois meses, três meses, seis meses e até um ano³.

Sendo uma das complicações mais frequentes no pós-parto, com prevalências estimadas de 15-20%³ e com consequências significativamente negativas, é recomendado o seu rastreio por rotina^{4,5}.

Em 1858, Louis-Victor Marcé publicou uma extensa monografia com descrições clínicas detalhadas de 79 mulheres com sintomas psiquiátricos durante a gravidez e no período pós-parto, com 62,5% destas diagnosticadas com melancolia durante a gravidez e 22,7% no pós-parto.⁶ Os primeiros relatos contemporâneos de quadros de depressão pós-parto surgiram na década de 50, num estudo de Pitt, em que 33 de 305 mulheres desenvolveram uma “depressão atípica”, caracterizada por sintomas neuróticos proeminentes, irritabilidade, ansiedade, fobias e depressão⁷. Atualmente assume-se que se enquadra na sintomatologia presente num episódio depressivo major, com

humor deprimido, anedonia, alterações do peso e/ou apetite, agitação ou inquietação psicomotora, sentimentos de culpa ou inutilidade e pensamentos de morte^{2,8}. No entanto, determinadas características são mais frequentes no episódio depressivo pós-parto, como os sintomas ansiosos^{9,10} e obsessivo-compulsivos¹¹⁻¹³. A depressão pós-parto está associada a repercussões na mãe, no bebê e na família. A sintomatologia depressiva está relacionada com padrões de interação mãe-bebê menos afetivos, mais ambivalentes e indecisos^{14,15}, o que se repercute no desenvolvimento psicomotor da criança, com maior irritabilidade e choro, hipoatividade, menos vocalizações e dificuldades no sono e alimentação¹⁶⁻¹⁸. Estudos de *follow-up* com crianças de mães com depressão pós-parto demonstram que essas crianças têm menos segurança afetiva, mais alterações de comportamento e maior atraso no desenvolvimento cognitivo e afetivo¹⁹⁻²³.

A etiologia da depressão pós-parto parece estar relacionada com a queda hormonal brusca após o parto, quer de estrogênio, quer de progesterona, que estão associados à regulação de diversos sistemas neurotransmissores, incluindo o serotoninérgico²⁴. Outras hormonas neurorreguladoras também têm sido estudadas, como a prolactina, a ocitocina, o cortisol e as hormonas tiroideias, com resultados ainda não conclusivos²⁵.

Estudos epidemiológicos na população portuguesa apontam para prevalências de depressão pós-parto entre 11,7% e 16,6%, de acordo com o sistema diagnóstico utilizado.²⁶ Através da utilização da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) em mulheres adultas e adolescentes dois a três meses após o parto,

Figueiredo *et al* (2007), encontraram quadros depressivos com gravidade moderada a grave (EPDS>12) em 9,3% das primeiras e 25,9% das segundas.²⁷ Augusto *et al* (1996), encontraram scores de EPDS>13 em 13,1% das 352 mulheres avaliadas, entre os dois e os cinco meses após o parto.²⁸

O tratamento de primeira linha para a depressão pós-parto é a medicação antidepressiva, nomeadamente inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), tal como em qualquer episódio depressivo²⁹, havendo também papel de relevo para a terapia cognitivo-comportamental, principalmente em casos de gravidade ligeira ou na prevenção da depressão pós-parto em mulheres de risco^{30,31}. No entanto, a depressão pós-parto parece ter uma resposta terapêutica distinta de um episódio depressivo *major* em outro período da vida, mais demorada e requerendo mais do que uma medicação³².

A brexanolona foi recentemente aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento endovenoso da depressão pós-parto. Sendo um neuroesteróide análogo da alopregnanolona, um metabolito da progesterona, parece ter especificidade para o episódio depressivo *major* durante o período pós-parto³³.

OBJETIVOS

Os autores pretendem realizar uma revisão narrativa, não sistemática, acerca da brexanolona, tendo em conta mecanismos e rapidez de ação, segurança na amamentação e tolerabilidade, eficácia e aplicabilidade na prática clínica, comparando-a com o tratamento de primeira linha aprovado para a depressão pós-parto, os ISRS.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas principais plataformas de pesquisa científica (Pubmed® e UptoDate®), utilizando os termos *brexanolone*, *allopregnanolone* e *postpartum depression treatment*. Foi ainda consultada a bula de administração da brexanolona aprovada pela FDA.

RESULTADOS

Farmacocinética e farmacodinâmica da brexanolona

A brexanolona é uma molécula análoga da allopregnanolona, metabolito endógeno da progesterona (Figura 1). É um neuroesteróide com ação nos receptores GABA_A, potenciando a sua ação inibitória³⁴ (Figura 2).

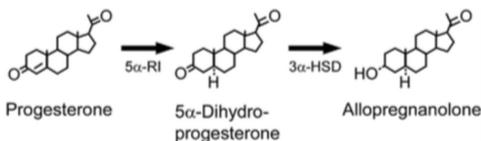


Figura I: Síntese da allopregnanolona (adaptado de Takei Y et al., 2016)³¹.

O tempo de exposição-resposta à brexanolona é desconhecido³⁵. A farmacocinética da brexanolona é dose proporcional em intervalos entre 30mcg/kg/hora e 270mcg/kg/hora (três vezes a dose máxima recomendada). As concentrações séricas atingidas com 60mcg/kg/hora e 90mcg/kg/hora são aproximadamente 52ng/mL e 79ng/mL. A distribuição da brexanolona nos tecidos parece ser extensa, o que é sugerido por um volume de distribuição de cerca de 3L/kg. A sua ligação a proteínas é maior que 99% e independente das concentra-

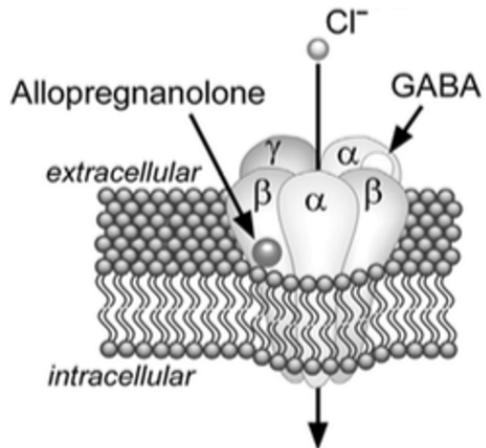


Figura II: Ação da allopregnanolona no receptor GABA_A (adaptado de de Takei Y et al., 2016)³¹

ções plasmáticas. A semivida da brexanolona é de nove horas, com uma *clearance* de cerca de 1L/hora/kg. A brexanolona não é metabolizada pelo CYP, mas através de três vias principais, cetoredução, glicuronidação e sulfatação. Os seus metabolitos principais são três, farmacologicamente inativos. Relativamente à excreção, a maioria é nas fezes (47%) e na urina (42%)³⁶.

Racional para a aprovação pela FDA

A brexanolona é comercializada pela *Sage Therapeutics* com o nome comercial *Zulresso™*, sendo o primeiro fármaco a ser aprovado pela FDA com esta indicação³⁴.

A justificação para o seu estudo na depressão pós-parto está relacionada com os níveis de allopregnanolona que aumentam na gravidez, atingindo o pico no terceiro trimestre, e descem abruptamente depois do parto³⁴.

A brexanolona parece ter efeito na depressão e na ansiedade ao modular o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal através da neurotransmissão GABAérgica, responsável pela mediação da resposta ao stress³³.

O fármaco foi aprovado com base em dois estudos randomizados, duplo-cegos, caso-controle, num total de 246 mulheres com seis meses ou menos de pós-parto e sintomatologia depressiva *major* com início durante a gravidez ou nas quatro semanas após o parto. No primeiro estudo as mulheres incluídas tinham uma pontuação na *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) maior ou igual a 26 (depressão grave) e no segundo estudo entre 20 e 25 (depressão moderada). Em ambos os estudos, o *score* diminuiu consideravelmente após 60 horas de administração de brexanolona (*endpoint* primário). No entanto, na reavaliação aos 30 dias após o tratamento, apenas as mulheres do primeiro estudo mantinham pontuações significativamente baixas³⁷ (Tabela I).

Administração e monitorização

A brexanolona é administrada por via endovenosa através de perfusão durante 60 horas com débito variável^{34,37} (Tabela II).

Tabela II. Débito de administração endovenosa em perfusão da brexanolona ao longo das 60 horas³⁷.

Horas	Dose
0-4	30 mcg/kg/h
4-24	60 mcg/kg/h
24-52	90 mcg/kg/h ^a
52-56	60 mcg/kg/h
56-60	30 mcg/kg/h

^ase mal tolerado pode ser diminuído para 60 mcg/kg/h.

Deve ser usada a oximetria periférica durante todo o tratamento e ser avaliada a saturações de oxigênio a cada duas horas. Na existência de hipoxemia o tratamento deve ser descontinuado. Se saturações excessivas devem ser interrompidos o tratamento até melhoria e retomado com dose mais baixa^{34,37}.

Tabela I. Pontuação na HAM-D às 60 horas de administração e follow-up de 30 dias nos estudos realizados³⁴.

	Pontuação após 60 horas de administração	Diferença na pontuação aos 30 dias após administração ^a
Estudo 1 (n=138, DPP severa)		
Brexanolona (max. 90mcg/kg/h)	-17,7 ^b	-17,6 ^b
Brexanolona (max. 60mcg/kg/h)	-19,5 ^b	-19,5 ^b
Placebo	-14,0	-13,8
Estudo 2 (n=108, DPP moderada)		
Brexanolona (max. 90mcg/kg/h)	-14,6 ^b	-14,7
Placebo	-12,1	-15,2

^aVarição média da pontuação na HAM-D em relação à pontuação basal

^bp<0,05 vs placebo

Efeitos secundários, segurança e tolerabilidade

Os efeitos secundários mais frequentes (5% ou mais das mulheres e mais que nos grupos controlo) foram sedação, cefaleias, tonturas, vertigens, boca seca, calores e perda de consciência. É recomendado que as mulheres sejam monitorizadas para sedação excessiva e perda de consciência. Devem ser acompanhadas durante as interações com os seus bebés e quanto a comportamentos ou ideação suicidas. Tendo em conta estes riscos a FDA desenvolveu um programa para administração da brexanolona (Risk Evaluation and Mitigation Strategy Program), que exige que apenas as mulheres nele incluídas possam ser tratadas com o fármaco³⁴.

Os estudos realizados em animais com brexanolona mostraram que esta não é segura na gravidez, havendo risco de neurotoxicidade do feto. Relativamente à amamentação, todos os estudos realizados excluíram mulheres a amamentar, pelo que não há dados sobre a sua segurança. Sabe-se, no entanto, que a brexanolona é excretada no leite materno, pelo que os riscos/benefícios deveram ser discutidos com o médico prescritor³⁴.

O efeito da brexanolona no intervalo QT foi avaliado em estudos de fase 1, randomizados, duplo-cegos, caso-controlo em 30 adultos saudáveis. Não se verificou aumento do intervalo QT com 1,9 vezes a dose máxima recomendada de 90mcg/kg/hora³⁴.

A sua administração com fármacos depressores do SNC pode ter risco aditivo e em conjunto com antidepressivos aumenta o risco de eventos relacionados com a sedação³⁴.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A brexanolona é um fármaco inovador para o tratamento da depressão pós-parto, já que tem em conta as especificidades do episódio depressivo neste período, que se pressupõe ter etiologia, pelo menos em parte, hormonal. Isto é apoiado pela rápida resposta terapêutica, ao contrário do ISRS. Parece ser um fármaco com poucas contraindicações e efeitos secundários, para além do risco de sedação e de perda de consciência (pouco frequente) e de não ser seguro na gravidez. Não há dados em relação à amamentação, devendo ser avaliados riscos e benefícios, tal como na maioria dos psicofármacos utilizados no pós-parto, exceto os não excretados no leite materno.

O facto de ser um tratamento endovenoso, com duração de 60 horas e necessidade de vigilância médica, requer internamento, que idealmente seria parcial e em unidades mãe-bebé. Em Portugal não existe este tipo de estruturas, ao contrário dos Estados Unidos da América e de outros países europeus, o que resultaria em afastamento da mãe do seu bebé, com as consequências que daí advêm (vinculação, agravamento de sintomas de culpa relacionados com a depressão, inadequação de cuidados, entre outros).

Para além disso, os tratamentos atualmente em uso para a depressão pós-parto parecem ser eficazes na maioria dos casos, com a mínima invasibilidade possível, com a psicoterapia reservada para casos ligeiros, os ISRS para casos moderados e graves (por vezes com necessidade de associação de outros psicofármacos como antipsicóticos atípicos ou benzodiazepinas) e a eletroconvulsivoterapia para casos

refratários. Isto é corroborado com os resultados dos estudos da brexanolona em relação à manutenção da remissão de doença aos 30 dias, muito mais frágeis em casos moderados, apesar da sua indicação terapêutica para depressão pós-parto moderada a grave.

Outra questão que se coloca é se é necessário algum tipo de tratamento após os 30 dias. Será necessário introduzir um ISRS? Não existe informação acerca deste tema, o que pressupõe que a decisão deve ser tomada pelo médico prescritor, tendo em conta a história psiquiátrica da doente.

Apesar de não ser provável que a brexanolona seja um fármaco de primeira linha na depressão pós-parto, pode ser uma opção atrativa em casos de depressão grave resistente a outros tratamentos, ou quando é necessária uma resposta rápida por risco para a mulher ou bebé, por exemplo na ideação suicida ou homicida ou nas alterações graves do comportamento.

Alguns estudos têm sugerido outros papéis para a brexanolona, nomeadamente eventual eficácia em outros grupos para além das mulheres com depressão pós-parto, por exemplo a zuranolona, uma molécula semelhante à brexanolona, tem demonstrado ser eficaz não só para a depressão pós-parto, mas também em homens e mulheres com depressão *major*³⁸. Outro dado a ter em conta em estudos preliminares é a hipótese de a brexanolona, tal como a pregnanolona endógena, ter um papel na resiliência, já que para além da sua ação na inibição da neurotransmissão GABAérgica, diminui a resposta ao stress pelas células dendríticas³⁹.

Em conclusão, apesar de a brexanolona ser um tratamento inovador e aparentemente especí-

fico para a depressão pós-parto, tem algumas questões ainda por responder, que deverão ser avaliadas em estudos em breve. Em Portugal neste momento não parece haver capacidade para o seu uso, sendo evidente a necessidade premente de investimento na área da saúde mental perinatal, em termos de estruturas e sensibilização e formação dos profissionais, muito mais urgentes do que a aprovação de um novo fármaco.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Epperson CN. Postpartum major depression: Detection and treatment. *American Family Physician*. 1999; 59(8):2247–2254.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. APA.2013..
3. Beck CT, Driscoll JW. Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide. 1. ed. Sudbury. 2006.
4. Freeman MP, Joffe H, Cohen LS. Postpartum depression: Help patients find the right treatment. *Current psychiatry*. 2012; 11(11):14–21.
5. Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening

- and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182(5):1080–1082.
6. Marcé LV. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchees et des nourrices, et considérations médico-legales qui se rattachent a ce sujet.* Paris, Bailliere. 1858.
 7. Pitt B. “Atypical” depression following child-birth. *Br J Psychiatry.* 1968; 114(516):1325-35.
 8. Pope S, Watts J, Evans S, McDonald S, Henderson J. Postnatal depression: a systematic review of published scientific literature to 1999. NHMRC. 2000.
 9. Ross LE, Gilbert Evans SE, Sellers EM, Romach MK. Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6(1):51-7.
 10. Cantilino A. *Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos [tese].* Universidade Federal de Pernambuco. 2009.
 11. Jennings KD, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord.* 1999; 54(1-2):21-8.
 12. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60(3):176-80.
 13. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Obsessive-compulsive symptoms in postpartum depression: case reports. *Rev Psiquiatr RS.* 2008; 30(2):155-8.
 14. Herrera E, Reissland N, Shepherd J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *J Affect Disord.* 2004; 81(1):29-39.
 15. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol.* 2000; 12(2):157-75.
 16. Stanley C, Murray L, Stein A. The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the Still-face perturbation, and performance on an Instrumental Learning task. *Dev Psychopathol.* 2004; 16(1):1-18.
 17. Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connell D, Lyons-Ruth K. Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New Dir Child Dev.* 1986; (34):31-45.
 18. Field T. Infants of depressed mothers. *Inf Behav Dev.* 1995; 18:1-13.
 19. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SI, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Dev Psychopathol.* 2004; 16(2):231-52.
 20. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *J Affect Disord.* 2007; 97(1-3):145-54.
 21. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2003; 6(4):263-74.
 22. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001; 42(7):871-89.
 23. Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children’s adjustment to school.

- Teacher's reports. *Br J Psychiatry*. 1998; 172:58-63.
24. Glover V. Do biochemical factors play a part in postnatal depression? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1992; 16(5):605-15.
25. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*. 1998; 39(2):93-101.
26. Maia BR et al. Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Medica Portuguesa*. 2011; 24(supl 2): 3-8.
27. Figueiredo et al. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Mental Health*. 2007; 10 (3): 103-9.
28. Augusto et al. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*. 1996; 26 (1):135-41.
29. Dennis CE, Stewart DE. Treatment of postpartum depression, part I: a critical review of biological interventions. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(9):1242-51.
30. Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(9):1236-41.
31. Cho HJ, Kwon JH, Lee JJ. Antenatal cognitive-behavioral therapy for prevention of postpartum depression: a pilot study. *Yonsei Med J*. 2008; 49(4):553-62.
32. Josefsson A, Larsson C, Sydsjo G, Nylander PO. Temperament and character in women with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10(1):3-7.
33. Nonacs R. A primer on brexanolone zulresso for postpartum depression. MGH Center for Women's Mental Health. 2019.
34. Brexanolone (Zulresso) for Postpartum Depression. *The Medical Letter on Drugs and Therapeutics*. 2019; 61(1571):68-69.
35. Takei Y, Ando H, Tsutsui K. *Handbook of Hormones*. 1st edition. Japan. 2016; 96C: 544-5.
36. Highlights of prescribing information Zulresso™. FDA. 2019.
37. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenber R et al. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet*. 2018; 392(10152):1058-1070.
38. Mehta, R, Bhandari, R, Kuhad, A, Kuhad, A. Zuranolone. GABA-A receptor positive allosteric modulator, Treatment of major depressive disorder, Treatment of postpartum depression. *Drugs Fut*. 2019; 44(6): 443.
39. Lüscher B, Möhler H. Brexanolone, a neurosteroid antidepressant, vindicates the GABAergic deficit hypothesis of depression and may foster resilience. *F1000 Faculty Rev*. 2019:751.

Depressão Perinatal Paterna: fatores de risco ^{a)}

Paternal Perinatal Depression: risk factors

Carolina Moura Pereira¹✉, José Fonseca-Moutinho^{1,2}, Sofia Morais^{3,4}

RESUMO

Introdução: A Depressão Perinatal Paterna tem uma prevalência estimada entre 8.4 e 10.4% segundo duas meta-análises recentes, sendo um fenómeno cada vez mais estudado nas últimas décadas. Atendendo ao impacto clínico e económico, esta perturbação merece a devida atenção da comunidade científica.

Objetivos: Análise descritiva da atual evidência científica sobre a Depressão Perinatal Paterna, identificando a prevalência, fatores de risco e impacto no indivíduo, sociedade e sistemas de saúde.

Métodos: Revisão não sistemática da literatura nas bases de dados PubMed, UpToDate e normas de orientação da Direção-Geral da Saúde e Organização Mundial da Saúde, sem limite temporal.

Resultados: Foram identificados diversos fatores de risco para a Depressão Perinatal Paterna, que podem ser divididos em: individuais (idade inferior a 28 anos, baixo nível educacional e socioeconómico, desemprego, tabagismo, hábitos alimentares desregrados, personalidade com níveis elevados de neuro-

ticismo ou baixa autoestima, padrão educacional do próprio pai com excessivo controlo ou ausência de modelos paternos, eventos de vida negativos); socioculturais (solteiro, separado ou divorciado, baixo apoio conjugal, familiar e laboral, e pertencente a minorias étnicas); relacionados com a gravidez (gravidez não planeada/desejada, parto instrumentado, complicações na gravidez ou na saúde da criança, e gravidez precedida por tratamentos de fertilidade); psiquiátricos (concomitância de depressão materna e antecedentes de doença psiquiátrica no homem); e hormonais (diminuição dos níveis de testosterona, estrogénio, cortisol, vasopressina e prolactina). A concomitância de depressão materna é o principal fator de risco, em que o homem apresenta risco superior, cerca de 50%, de desenvolver Depressão Perinatal Paterna. A Depressão Perinatal Paterna revela um impacto negativo, quer na ligação paterno-infantil, com efeitos deletérios na criança que podem persistir até à adolescência e idade adulta, quer ao nível económico no setor da saúde, pelo aumento da utilização dos cuidados de saúde primários e hospitalares pelos pais deprimidos.

1 Faculdade Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior ✉ ana.pereira2395@gmail.com

2 Serviço de Obstetria e Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

3 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

4 Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

 <https://orcid.org/0000-0003-3636-0414>

a) Baseado na dissertação de mestrado para a obtenção do grau de Mestre no Mestrado Integrado de Medicina

Recebido / Received: 02/04/2020 - Aceite / Accepted: 11/09/2020

Conclusões: Para uma maior consciencialização e reconhecimento precoce desta entidade clínica devem ser adotadas medidas como a implementação de questionários de rastreio, a divulgação de informação relativa à prevalência, fatores de risco e possíveis consequências e a utilização de tecnologias para conseguir a deteção e resolução de determinados fatores de risco.

Palavras-Chave: Depressão perinatal; Depressão paterna; Homem; Pai; Fatores de risco.

ABSTRACT

Background: *Paternal Perinatal Depression has an estimated prevalence between 8.4 and 10.4% according to two meta-analyses, and has been increasingly studied in recent decades. In light of its clinical and economic impact, this disorder deserves due attention from the scientific community.*

Aims: *This paper aims at a descriptive analysis of scientific evidence on Paternal Perinatal Depression, identifying the prevalence, risk factors and the impact on individuals, society and health systems.*

Methods: *Non-systematic literature review was carried out through PubMed, UpToDate, guidelines from the Direção-Geral da Saúde and World Health Organization.*

Results: *Several risk factors for Paternal Perinatal Depression were recognized and can be divided into: individual (age less than 28 years, low educational and socioeconomic level, unemployment, smoking, disordered eating habits, high levels of neuroticism or low self-esteem, father's*

educational pattern with excessive control or absence of paternal models, negative life events); sociocultural (single, separated or divorced, low marital, family and work support, belonging to ethnic minorities), pregnancy-related (unplanned or undesired pregnancy, instrumented delivery, complications in pregnancy or in child health, pregnancy preceded by fertility treatments), psychiatric (concomitant maternal depression and history of psychiatric illness in men) and hormonal (decreased levels of testosterone, estrogen, cortisol, vasopressin and prolactin). The concomitance of maternal depression is the main risk factor, in which men are at a higher risk (approximately 50%) of developing Paternal Perinatal Depression. Paternal Perinatal Depression has a negative impact, both on the father-child connection, with deleterious effects on the child that can persist until adolescence and adulthood, as well as on the health sector, with an increase in the use of primary health care and hospital care by the depressed parents.

Conclusions: *In order to increase awareness and early recognition of this clinical entity it is necessary to adopt measures, such as implementation of screening questionnaires, the dissemination of information related to the prevalence, risk factors and possible consequences and the use of technologies in order to enable the detection and resolution of certain risk factors.*

Key-Words: *Perinatal depression; Paternal depression; Man; Father; Risk factors.*

INTRODUÇÃO

Atualmente assiste-se a uma mudança na dinâmica familiar, verificando-se uma maior partilha dos deveres parentais. Esta partilha de deveres prende-se principalmente com as mudanças nos padrões de empregabilidade parental, em que as mulheres assumem um papel mais ativo na sociedade, com empregos remunerados, e em que, devido à mudança nas expectativas culturais do homem enquanto pai, se espera deste um maior envolvimento nos cuidados infantis e apoio à sua parceira¹⁻³. A transição para a paternidade é um período transformador na vida do homem em idade reprodutiva² e, apesar desta transição ser vista como um evento de vida extremamente recompensador, o pai enfrenta processos de reorganização profundos em que as demandas crescentes do novo bebé, face aos seus recursos psicológicos, aumentam a vulnerabilidade ao aparecimento de um primeiro episódio, ou recidiva, de doença psiquiátrica^{4,5}. O conceito de Depressão Paterna surgiu em 1990, sendo considerado na sua definição a existência de sintomas depressivos apenas no período pós-parto¹. Na quinta edição da DSM, em 2013, surge o especificador “início periparto”, reforçando a importância do período perinatal e não só do pós-parto⁶. Atualmente, a depressão materna é reconhecida como a patologia psiquiátrica mais prevalente durante a gravidez, com taxas de prevalência que variam de 10% a 20%⁷. Duas meta-análises avaliaram a prevalência da Depressão Perinatal Paterna (DPP), estimando-se entre 10.4%⁸ e 8.4%⁹. A prevalência da DPP corresponde a cerca de metade das percentagens registadas para as mães, mas tendo em conta que a perturbação depressiva

no homem ronda os 3.6%¹⁰, verificamos que a prevalência da DPP merece atenção.

OBJETIVOS

Análise descritiva da atual evidência científica sobre a DPP, identificando a prevalência, fatores de risco e impacto no indivíduo, sociedade e sistemas de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão não sistemática da literatura, sem limitação temporal, nas bases de dados, PubMed e UpToDate, bem como livros e normas de orientação da DGS e OMS. Não existiu uma limitação temporal na pesquisa por se considerar importante a obtenção de uma perspetiva longitudinal do conceito da DPP.

Sintomatologia e género

Nalguns contextos sociais e culturais tem sido evidenciado que o homem tem tendência a ocultar as suas emoções para se enquadrar nas noções de masculinidade, social e culturalmente impostas, e interiorizadas por si, pelo que é menos capaz de reconhecer e relatar os sintomas de depressão, comparativamente à mulher^{11,12}. A depressão materna inclui sintomas como: humor disfórico, mudanças de hábitos alimentares e de sono, anedonia, falta de proximidade e interesse pelo bebé, sentimentos de autculpabilização, tristeza e inutilidade^{13,14}. Por oposição, a depressão masculina caracteriza-se mais frequentemente pela externalização de sintomas (ataques de raiva, irritabilidade, hostilidade, autocrítica, rigidez afetiva, indecisão, cinismo, isolamento social e aumento dos comportamentos violentos), podendo também haver comorbilidade com abu-

so de álcool e de substâncias ilícitas e sintomas somáticos como diarreia ou obstipação, cefaleia e náusea¹⁵⁻¹⁸. Além destes, estão descritos sintomas específicos da adaptação à paternidade, como sensação de aprisionamento, luto pela perda da sua antiga vida e relação conjugal, e conflito interno entre a forma como devia agir e a forma como age na realidade¹⁹. Assim, os sintomas depressivos paternos tornam o diagnóstico da DPP mais desafiante²⁰⁻²².

Rastreamento da depressão perinatal paterna

Devido a esta disparidade de sintomatologia entre gêneros, o homem mostra-se muitas vezes incapaz de pedir ajuda, e a DPP mantém-se subdiagnosticada²³. Assim, em 2013, a Associação Nacional Perinatal recomendou o rastreio para DPP pelo menos duas vezes durante o primeiro ano após o parto²². Atualmente existem dois tipos de questionários para o rastreio da DPP: uns desenhados a partir dos já existentes para a depressão perinatal materna (exemplo: Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo -EPDS) e outros desenvolvidos especificamente para o homem (exemplo: Escala de Depressão Masculina de Gotland -GMDS)^{8,24}. Um estudo que comparou a EPDS com a GMDS sugere que quando se recorre apenas a uma das escalas, a percentagem de falsos negativos é maior, reforçando a necessidade da criação de um questionário que tenha por base a combinação de ambas as escalas^{1,23}. Na maioria dos estudos relativos à depressão paterna e materna, a EPDS é a escala mais usada²². A EPDS foi validada na população masculina em 2001, porém ainda não existe consenso sobre qual o ponto de corte adequado para o diagnóstico da DPP no homem²³.

No entanto, é necessário ter em conta que os homens durante a parentalidade nem sempre conseguem comparecer às consultas de vigilância, pelo que seria interessante a aplicação de um instrumento de rastreio como a EPDS à parceira, que seria uma ajuda no rastreio da depressão paterna através de relatos da mãe/cônjuge^{20,25}.

Fatores de risco

Durante a transição para a paternidade, os pais ficam particularmente vulneráveis a múltiplos fatores: individuais, socioculturais, relacionados com a gravidez, psiquiátricos e hormonais. (**Quadro I**, página seguinte)

Fatores Individuais

Verifica-se que, quando o pai tem idade igual ou inferior a 28 anos, e principalmente quando a parentalidade ocorre na adolescência, o homem apresenta um risco superior de desenvolver DPP^{16,19,26}. Relativamente à escolaridade, um pai com menor nível educacional terá maior risco de DPP, pois terá mais dificuldades em obter informação relativa à paternidade e aos cuidados infantis, e também no acesso a serviços de saúde no período perinatal^{7,27}. Também um baixo estrato socioeconómico^{28,29} e o desemprego^{30,31} se associam ao aumento do risco de DPP, pois as preocupações financeiras associadas a baixos rendimentos, aumentam com a noção dos custos associados ao cuidado de uma criança^{27,30}. São também considerados fatores de risco para DPP o arrendamento³² e a residência em alguns tipos de habitação, como os apartamentos²⁷, e em ambiente rural¹². Outros fatores individuais considerados na DPP são: hábitos tabágicos³³ e alimentares desre-

Quadro I. Resumo Fatores de Risco.

FATORES DE RISCO		
Individuais	Idade	Estado civil
	Nível educacional	Relação conjugal
	Estrato socioeconómico	Apoio social
	Status de emprego	Etnia e Emigração
	Habitação	Relação familiar
	Eventos de vida negativos	Tipo de parto
	Tabagismo	Género da criança
	Hábitos alimentares	Complicações com a criança
	Personalidade	Gravidez não desejada/planeada
	Padrão educacional do pai	Tratamentos de fertilidade
Psiquiátricos	Tipo de família	Testosterona
	Doença ou incapacidade	Estrogénio
	Depressão materna	Cortisol
	Nível de <i>stress</i> percebido	Vasopressina
	Antecedentes de doença psiquiátrica	Prolactina

grados¹⁹(com níveis elevados de hidratos de carbono e gorduras saturadas); características da personalidade (baixa autoestima³⁴, níveis elevados de neuroticismo^{35,36} e traços de personalidade antissocial²⁰). O padrão educacional do próprio pai, dotado de excessivo controlo e proteção parental ou, num extremo oposto, a ausência de modelos parentais, foi também considerado fator de risco para DPP^{35,37}. Também o tipo de família: estar sem a custódia do bebé¹⁷, não residir na mesma habitação¹⁶, manter relação com mãe solteira (sem filhos biológicos do casal)^{5,24} ou pertencer a uma família adotiva³⁸ terá maior risco de DPP. Os eventos de vida negativos apresentam-se como fatores de risco para a DPP e consideram-se todos os eventos que perturbem o estado psicológico paterno e despoletem o início ou a

recorrência de perturbação mental no pai durante o período perinatal (exemplo: antecedentes de abortos/perda precoce de uma criança^{13,17}; doença/incapacidade^{29,33}; luto¹⁷).

Fatores Socioculturais

Durante a parentalidade, o estado civil solteiro, separado ou divorciado²³ associa-se a maior risco de DPP. O apoio conjugal ou familiar que o homem recebe é um fator protetor da DPP, pois cria oportunidades para se falar dos sentimentos e preocupações, diminuindo a vulnerabilidade para a depressão³⁷. A relação conjugal é também um fator importante para a DPP. Quando consideramos o papel da relação íntima, na preparação para o período perinatal e na mediação do impacto de eventos negativos na vida e no bem-estar parental

durante a gravidez, vemos que a insatisfação e conflito conjugais são particularmente prejudiciais^{4,30}. O apoio social pode relacionar-se com a rede social³⁹ ou com condições de trabalho⁴⁰. Quando o apoio social percebido pelo pai se encontra prejudicado, considera-se que existe um risco acrescido de desenvolver DPP, sendo disso exemplo a nível laboral: a carga horária excessiva, a instabilidade laboral e o conflito trabalho-família. A licença de paternidade assume-se como um fator protetor da DPP, e consoante a sua duração e valor monetário, permite um maior envolvimento na família e, por sua vez, diminui o risco de DPP²⁷. Certos estudos consideram a influência da cultura na DPP, indicando que um pai emigrante ou pertencente a minorias étnicas, como negros não hispânicos e hispânicos, tem risco acrescido de depressão^{23,34}.

Fatores Relacionados Com A Gravidez

Na preparação para o período pós-parto, o homem tenta antecipar a sua vida futura e as alterações que daí advém, gerando por vezes alguma incerteza e uma sensação de incongruência entre a realidade e o que idealizou, mostrando insatisfação perante o novo ambiente familiar⁴¹. As preocupações referidas pelo pai incluem: inadequação das competências paternas perante a realidade, principalmente se a parentalidade é vivida pela primeira vez^{19,26}; possibilidade de exclusão da ligação mãe-filho⁴²; e preocupação quanto ao parto (tipo de parto¹², género da criança^{15,43}, complicações na gravidez e pós-parto^{5,27}). Também se a gravidez não foi desejada/planeada, o pai apresenta maior risco de desenvolver DPP^{1,5}. Quando a gravidez é precedida por tratamen-

tos de fertilidade, estes podem induzir ansiedade e depressão, colocando a saúde mental do pai em risco⁴⁴.

Fatores Psiquiátricos

Os fatores psiquiátricos podem influenciar o risco de DPP, quer pelo atingimento do indivíduo quer pelo impacto na parceira. Relativamente à mãe, existe uma relação de comorbilidade entre a depressão materna e paterna, em que o homem apresenta um risco substancialmente superior de exibir DPP, chegando a probabilidades de 50% quando a parceira vivencia uma depressão pós-parto^{21,24}. Relativamente ao pai, é necessário avaliar se este apresenta história prévia de patologia psiquiátrica, pois durante o período perinatal aumenta a vulnerabilidade para o aparecimento ou recidiva desta patologia²¹. Sendo a gravidez um período de mudanças, o pai acaba por se sentir pressionado a desempenhar o melhor papel paternal possível, pelo que também enfrenta um aumento do nível de stress percebido³³. Assim, considera-se que existe uma maior prevalência de depressão paterna, em indivíduos com antecedentes de depressão durante a vida ou no período perinatal^{7,29}, perturbação de ansiedade³² ou do sono³⁰, abuso de substâncias ilícitas e/ou álcool^{22,33} e antecedentes de tratamento psiquiátrico⁴⁴. Desta forma, os fatores com a contribuição mais significativa para o surgimento da DPP são a existência de depressão materna perinatal e a presença de antecedentes de depressão paterna^{7,9}.

Fatores Hormonais

Apesar dos vários estudos realizados para caracterizar a influência dos fatores biológicos

na depressão materna, quanto à DPP existem apenas modelos teóricos que tentam explicar o papel de cada hormona no comportamento parental, com implicações na saúde mental paterna e materna^{22,42}. Os níveis de testosterona, na maioria dos homens, tendem a diminuir durante a gravidez e a manterem-se baixos alguns meses após o parto. Assim, a redução dos níveis pode ser uma adaptação à paternidade que, aliada a outros fatores contextuais, pode contribuir para o aumento do risco de depressão. De acordo com um estudo de 2017, homens com diminuição dos níveis de testosterona reportavam mais sintomas depressivos⁴⁵. Por outro lado, no homem, os níveis de estrogénio aumentam no último mês de gestação da parceira até ao período pós-parto inicial, estando associados a um maior envolvimento na paternidade e a menor risco de DPP. Assim, teoriza-se que níveis reduzidos de estrogénio constituam um fator de risco para DPP⁴². Também o efeito do cortisol na DPP é estudado, e estando esta hormona relacionada com a resposta fisiológica ao stress, pondera-se que um baixo nível de cortisol paterno poderá aumentar o risco de DPP⁴². Relativamente à vasopressina sabe-se que durante o período perinatal há um aumento da vasopressina no homem, que se associa ao desenvolvimento da ligação pai-filho e ocorre de forma análoga à variação dos níveis de oxitocina na mulher, pelo que valores mais reduzidos de vasopressina poderão revelar-se um fator de risco para a DPP⁴². Por último, a prolactina apresenta um aumento dos seus níveis, no homem, desde o início da gravidez até ao primeiro ano pós-parto, propiciando melhor interação paterna e uma

resposta positiva aos estímulos infantis, assim, verifica-se que uma diminuição da prolactina poderá dificultar a transição para a parentalidade, a relação familiar e aumentar o risco de DPP⁴².

Impacto no contexto clínico e sistemas de saúde

Na criança, a primeira infância, dos 0 aos 5 anos, afigura-se como um período crítico para o seu desenvolvimento, pelo que as relações interpessoais formadas durante este período, a segurança e aquisição de capacidades de exploração são extremamente importantes, fazendo com que a criança esteja muito sensível aos estímulos do ambiente em redor.¹⁶ Segundo um estudo de 2015, um envolvimento paterno positivo e significativo, especialmente durante o primeiro ano de vida, pode ter uma influência única e acarretar vários benefícios, como o menor uso de substâncias ilícitas, a melhor regulação emocional e o melhor desempenho escolar no adolescente²². Porém, a existência de DPP, a ausência de uma ligação paterno-infantil e de um ambiente saudável durante a infância associam-se a efeitos deletérios na criança, que podem persistir até à idade adulta³. O prejuízo das capacidades parentais traduz-se numa diminuição da tolerância do pai, assim como do prazer e afeto resultante das interações com a criança. Por um lado, diminuem os comportamentos paternos positivos e atividades de enriquecimento^{3,5,16}, como o canto, leitura e conto de histórias; e por outro aumentam os comportamentos parentais negativos^{3,22}, como hostilidade, crítica, irritabilidade, conflito e punição. A propensão para aplicar castigos físicos nas crianças será

tanto maior quanto mais precoce for o início da DPP⁴⁶.

Segundo um estudo, que comparou pais do sexo masculino, com e sem depressão, quanto ao impacto económico da DPP no setor da saúde, verificou-se um aumento da utilização dos cuidados de saúde primários e dos serviços hospitalares em pais deprimidos⁴⁷. A DPP revela, assim, um impacto negativo global, económico e social, que necessita de ser olhado de uma nova perspetiva. O homem é uma parte igualitária da unidade parental²¹, por isso cabe aos profissionais de saúde desmistificar as conceções sobre a DPP, demonstrando a importância da saúde mental não só da mãe, mas também do pai¹⁹. Note-se que no Serviço Nacional de Saúde, de acordo com o guia “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para Profissionais de Saúde” (2005), destinado a sensibilizar os profissionais de saúde para a saúde mental perinatal, as questões relativas à saúde mental continuam a ser, quase que exclusivamente, direcionadas para a mãe, deixando o pai em segundo plano⁴⁸. O rastreio da DPP no homem deve ser realizado em certos períodos, pré e pós-parto, tais como as consultas pré-natais e o internamento na maternidade no pós-parto, permitindo, com o rastreio e diagnóstico precoces, uma melhor alocação de fundos e recursos da saúde^{9,38}. Segundo um estudo australiano de 2019, os homens consideram que o rastreio de rotina, embora potencialmente desconfortável, é essencial para normalizar a experiência emocional que atravessam no período perinatal⁴⁹. Para além do rastreio, é também necessário planear medidas preventivas tais como: inter-

venções no relacionamento conjugal e familiar; alertar a sociedade para o encaminhamento precoce aos serviços de saúde; fornecer materiais educacionais; e promover sessões de preparação para o parto dirigidas tanto ao pai como à mãe^{38,42}. Com uma correta psicoeducação relativa à DPP, que inclua informação sobre a prevalência, sintomas, fatores de risco e locais onde procurar ajuda, será possível educar o homem a reconhecer os seus sintomas e incentivá-lo a procurar tratamento. Os principais sinais e sintomas para os quais os profissionais de saúde devem estar alertas são: ataques de raiva; irritabilidade; rigidez afetiva; sintomas somáticos; isolamento social e abuso de álcool ou de substâncias ilícitas^{14-18,26}. Com a constante evolução tecnológica, também a saúde pode tirar o melhor partido das ferramentas tecnológicas. Neste sentido, um estudo australiano de 2017 enviou várias mensagens, as “SMS4DADS”, aos pais durante o período perinatal com informações relevantes e esclarecimento de dúvidas sobre a transição para a paternidade que contribuíam para a redução da sensação de isolamento social e insatisfação conjugal, demonstrando ser uma ferramenta útil, viável e eficaz para abordar o homem¹⁴.

CONCLUSÕES

Nos últimos 30 anos, verificou-se um aumento na investigação sobre a DPP, estando este associado a uma mudança de paradigmas na sociedade, em que, gradualmente, o pai e a mãe começam a ser considerados de uma forma mais igualitária quanto à educação e aos cuidados infantis. Como referido, a prevalência da DPP estima-se entre 8.4 e os 10.4%, o que

demonstra a sua relevância em termos de saúde pública. O homem apresenta um quadro sintomatológico com algumas diferenças em relação ao da mulher, dificultando o rastreio e diagnóstico da DPP. Ainda assim, para a detecção precoce da DPP é importante que os profissionais de saúde reconheçam esta entidade, a sua sintomatologia e fatores de risco. Quanto aos fatores de risco individuais, destaca-se: idade paterna inferior a 28 anos, baixo nível socioeconómico e educacional, desemprego, habitação com contrato de arrendamento, presença de eventos de vida negativos, tabagismo ativo e hábitos alimentares desregrados. Há que considerar, também, a personalidade (baixa autoestima, elevado nível de neuroticismo e traços de personalidade antissocial), o padrão educacional do próprio indivíduo dotado de excessivo controlo e proteção parental ou por oposição a ausência de modelos parentais, o tipo de família (como não ter a custódia do bebé ou não residir na mesma habitação) e a existência de doença ou incapacidade por parte do homem. Relativamente aos fatores socioculturais, são considerados de risco para DPP quando: o homem é solteiro, separado ou divorciado; existe baixo apoio conjugal, familiar e laboral (como instabilidade laboral ou dificuldade no gozo de licenças de parentalidade); e quando o homem pertence a minorias étnicas ou é emigrante. Abordando os fatores relacionados com a gravidez realça-se: a incerteza quanto ao novo ambiente familiar e às competências paternas; gravidez não planeada/ desejada; parto instrumentado; presença de complicações na gravidez ou na saúde da criança; e gravidez precedida por tratamentos de fertilidade. Dos fatores psiquiátricos distin-

gue-se a concomitância de depressão materna - considerado o principal fator de risco para DPP - em que o homem apresenta um risco superior, cerca de 50%, de desenvolver DPP, o nível elevado de stress percebido e a existência de doença psiquiátrica anterior no homem. Em relação aos fatores hormonais, menciona-se a possível relação entre a DPP e a diminuição dos níveis de testosterona, estrogénio, cortisol, vasopressina e prolactina. Em resumo, torna-se imperativo que, quer a comunidade, quer os profissionais de saúde, colaborem na criação de novas políticas de saúde com vista a uma maior consciencialização para a DPP.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Shaheen NA, AlAtiq Y, Thomas A, Alanazi HA, AlZahrani ZE, Younis SAR, et al. Paternal Postnatal Depression Among Fathers of Newborn in Saudi Arabia. *Am J Mens Health*. 2019;13(1).
2. Pinto TM, Samorinha C, Tendais I, Figueiredo B. Depression and paternal adjustment and attitudes during the transition to parenthood. *J Reprod Infant Psychol*. 2020 Jul;38(3):281-296.
3. Ip P, Li TMH, Chan KL, Ting AYY, Chan CY, Koh YW, et al. Associations of paternal postpartum

- depressive symptoms and infant development in a Chinese longitudinal study. *Infant Behav Dev.* 2018;53:81–9.
4. Tambelli R, Trentini C, Trovato A, Volpi B. Role of psychosocial risk factors in predicting maternal and paternal depressive symptomatology during pregnancy. *Infant Ment Health J.* 2019;40(4):541–56.
 5. Gentile S, Fusco ML. Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res.* 2017;252:325–32.
 6. Loscalzo Y, Giannini M, Contena B, Gori A, Benvenuti P. The Edinburgh Postnatal Depression Scale for Fathers: A contribution to the validation for an Italian sample. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015;37(3):251–6.
 7. Glasser S, Lerner-Geva L. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health.* 2019;139(4):195–8.
 8. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression. A Meta-analysis. *JAMA.* 2010;303(19):1961–9.
 9. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;206:189–203.
 10. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
 11. Ayinde O, Lasebikan VO. Factors associated with paternal perinatal depression in fathers of newborns in Nigeria. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40(1):57–65.
 12. Zhang YP, Zhang LL, Wei HH, Zhang Y, Zhang CL, Porr C. Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from northwestern China. *Midwifery.* 2016;35:47–52.
 13. Demontigny F, Girard ME, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *J Affect Disord.* 2013;150(1):44–9.
 14. Fletcher R, Kay-Lambkin E, May C, Oldmeadow C, Attia J, Leigh L. Supporting men through their transition to fatherhood with messages delivered to their smartphones: a feasibility study of SMS4dads. *BMC Public Health.* 2017;17(1):953.
 15. Kamalifard M, Hasanpoor S, Babapour Kheiroddin J, Panahi S, Bayati Payan S. Relationship between Fathers' Depression and Perceived Social Support and Stress in Postpartum Period. *J Caring Sci.* 2014;3(1):57–66.
 16. Garfield CF, Duncan G, Rutsohn J, McDade TW, Adam EK, Coley RL, et al. A Longitudinal Study of Paternal Mental Health During Transition to Fatherhood as Young Adults. *Pediatrics.* 2014;133(5):836–43.
 17. Spector AZ. Fatherhood and depression: A review of risks, effects, and clinical application. *Issues Ment Health Nurs.* 2006;27(8):867–83.
 18. Currid TJ. Psychological issues surrounding paternal perinatal mental health. *Nurs Times.* 2005;101(5):40–2.
 19. Freitas CJ, Williams-Reade J, Distelberg B, Fox CA, Lister Z. Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delhi study. *J Affect Disord.* 2016;202:128–36.
 20. Berg AR, Ahmed AH. Paternal perinatal depression: Making a case for routine screening. *Nurse Pract.* 2016;41(10):1–5.
 21. Fisher SD. Paternal Mental Health: Why Is It Relevant? *Am J Lifestyle Med.* 2016;11(3):200–11.

22. Singley DB, Edwards LM. Men's perinatal mental health in the transition to fatherhood. *Prof Psychol Res Pr.* 2015;46(5):309–16.
23. Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L. Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am J Mens Health.* 2018;12(4):720–9.
24. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth.* 2008;21(2):65–70.
25. Fisher SD, Kopelman R, O'Hara MW. Partner report of paternal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(4):283–8.
26. Bergström M. Depressive Symptoms in New First-Time Fathers: Associations with Age, Sociodemographic Characteristics, and Antenatal Psychological Well-Being. *Birth.* 2013;40(1):32–8.
27. Philpott LE, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery.* 2018;56:121–7.
28. Albicker J, Hölzel LP, Bengel J, Domschke K, Kriston L, Schiele MA, et al. Prevalence, symptomatology, risk factors and healthcare services utilization regarding paternal depression in Germany: study protocol of a controlled cross-sectional epidemiological study. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1)
29. Kiviruusu O, Pietikäinen JT, Kylliäinen A, Pölkki P, Saarenpää-Heikkilä O, Marttunen M, et al. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *J Affect Disord.* 2020;260:629–37.
30. da Costa D, Danieli C, Abrahamowicz M, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, et al. A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *J Affect Disord.* 2019;249:371–7.
31. Nishigori H, Obara T, Nishigori T, Metoki H, Mizuno S, Ishikuro M, et al. The prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms of fathers at one and 6 months postpartum: an adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;7058:1–8.
32. Maleki A, Faghihzadeh S, Niroomand S. The relationship between paternal prenatal depressive symptoms with postnatal depression: The PATH model. *Psychiatry R.* 2018;269:102–7.
33. Underwood L, Waldie KE, Peterson E, D'Souza S, Verbiest M, McDaid F, et al. Paternal depression symptoms during pregnancy and after childbirth among participants in the growing up in New Zealand study. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(4):360–9.
34. Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J. Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *J Affect Disord.* 2011;130(3):358–77.
35. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord.* 2000;60(2):75–85.
36. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. *Br J Psychiatry.* 1996;169(1):36–41.
37. Ngai FW, Ngu SF. Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res.* 2015;78(2):156–61.
38. Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal Postpartum Depression: What Health

- Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care*. 2013;27(6):479–85.
39. Koh YW, Chui CY, Tang CSK, Lee AM. The prevalence and risk factors of paternal depression from the antenatal to the postpartum period and the relationships between antenatal and postpartum depression among fathers in Hong Kong. *Depress Res Treat*. 2014;2014:1–11.
40. Top ED, Cetisli NE, Guclu S, Zengin EB. Paternal Depression Rates in Prenatal and Postpartum Periods and Affecting Factors. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(6):747–52.
41. Edward K leigh, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. An Integrative Review of Paternal Depression. *Am J Mens Health*. 2015;9(1):26–34.
42. Kim P, Swain JE. Sad Dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(2):35–47.
43. Mao Q, Zhu L xia, Su X yin. A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *J Clin Nurs*. 2011;20(5–6):645–52.
44. Nishimura A, Fujita Y, Katsuta M, Ishihara A, Ohashi K. Paternal postnatal depression in Japan: An investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):1–8.
45. Saxbe DE, Schetter CD, Simon CD, Adam EK, Shalowitz MU. High paternal testosterone may protect against postpartum depressive symptoms in fathers, but confer risk to mothers and children. *Horm Behav*. 2017;95:103–12.
46. Takehara K, Suto M, Kakee N, Tachibana Y, Mori R. Prenatal and early postnatal depression and child maltreatment among Japanese fathers. *Child Abuse Negl*. 2017;70:231–9.
47. Edoaka IP, Petrou S, Ramchandani PG. Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *J Affect Disord*. 2011;133(1–2):356–60.
48. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2006. 46 p.
49. Schuppan KM, Roberts R, Powrie R. Paternal Perinatal Mental Health: At-Risk Fathers' Perceptions of Help-Seeking and Screening. *J Mens Stud*. 2019;27(3):307–28.

Terapia Cognitivo-Comportamental: potencialidades e eficácia num caso de perturbação de pânico

Cognitive-Behavioral Therapy: potentialities and efficacy in a case of panic disorder

Maria Miguel Barbosa*, Cristina Batista**^{*,***}, Paula Saraiva Carvalho***

RESUMO

Introdução: A abordagem cognitivo-comportamental baseia-se na relação entre cognições, emoções e comportamentos, promove processos limitados no tempo e orientados para objetivos específicos onde a pessoa tem um papel ativo na sua potenciação terapêutica.

Objetivos: Explora-se a Terapia Cognitivo-Comportamental enquanto abordagem de avaliação e intervenção psicológica, demonstrando as suas potencialidades num caso de perturbação de pânico.

Métodos: Durante o processo de avaliação clínica foram recolhidos dados que possibilitaram o desenvolvimento da formulação que, por sua vez, baseou o protocolo terapêutico. A intervenção decorreu ao longo de onze sessões distribuídas por três fases (aguda/continuação/manutenção).

Resultados/Conclusões: A combinação de diferentes estratégias (e.g., psicoeducação, reestruturação cognitiva, treino de competências sociais), aliadas à promoção de empoderamento e autonomia, permitiram o alcance de exponenciais ganhos terapêuticos bem

como a potenciação da funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida. Os procedimentos aplicados culminaram na alta clínica e permitiram comprovar as potencialidades e eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Palavras-Chave: Perturbação de Ansiedade; Ataques de Pânico; Psicologia; Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

Introduction: Cognitive-behavioral approach is based on the relationship between cognitions, emotions and behaviors, in time-limited therapeutic processes and oriented towards specific goals where the person plays an active role in their therapeutic potentiation.

Objectives: This article aims to explore Cognitive-Behavioral Therapy as a psychological evaluation and intervention approach and demonstrate its effectiveness in a case of panic disorder.

Methods: During the clinical evaluation process, data was collected, allowing the development of case formulation, which, in

* Departamento de Psicologia e Educação: Universidade da Beira Interior; Instituto Politécnico da Guarda; ✉ mariambc@live.com.pt

** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira

*** Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior; CIDESD – Universidade da Beira Interior

 <https://orcid.org/0000-0001-6838-4969>

Recebido / Received: 02/03/2020 - Aceite / Accepted: 29/05/2023

turn, supported the therapeutic protocol. The intervention took place during 11 sessions, spread over three phases (acute/continuation/maintenance).

Results/Conclusions: *The combination of different strategies (e.g., psychoeducation, cognitive restructuring, social skills training), combined with the promotion of empowerment and autonomy, allowed the achievement of exponential therapeutic gains as well as the enhancement of functionality, well-being and quality of life. The applied procedures culminated in clinical discharge and allowed to demonstrate Cognitive-Behavioral Therapy potential and effectiveness.*

Keywords: *Anxiety Disorders; Panic Attacks; Psychology; Cognitive Behavioral Therapy.*

INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), considera o indivíduo como um ser biopsicossocial e pauta-se por princípios que assentam nas premissas de que existe uma estreita relação entre cognições, emoções e comportamentos¹⁻⁴.

Os processos terapêuticos baseados nesta abordagem tendem a ser limitados no tempo e, por norma, ocorrem um conjunto de sessões estruturadas que se baseiam numa dinâmica de relação colaborativa onde a pessoa é protagonista do seu processo⁵⁻⁸. Neste âmbito, um dos papéis do psicólogo clínico é - através da promoção da autonomia e do papel ativo das pessoas que atende - facilitar metodologias e técnicas que promovam a saúde física e mental e o máximo potencial individual e/ou coletivo. A forma de alcançar esse desiderato

assenta na gestão adaptativa de processos de avaliação e intervenção^{1-4,9}.

O princípio central da avaliação cognitivo-comportamental consiste na premissa de que o comportamento da pessoa é determinado, em parte, pelas interpretações que faz das situações - e não pela situação em si¹⁰. Assim, o principal enfoque deverá incidir sobre a recolha de informação específica, que permita dar resposta a diversas questões e elaborar hipóteses através da formulação¹⁰. Neste sentido, é importante operacionalizar todas as informações em termos situacionais, contextuais e individuais (e.g., nível comportamental, fisiológico, cognitivo e emocional). Variados procedimentos de avaliação fornecem informações sobre diferentes sistemas de resposta e, portanto, torna-se útil avaliar o mesmo objeto de diferentes modos. Pode-se, então, recorrer a múltiplas técnicas (e.g., entrevistas, observação direta) e testes (e.g., questionários, escalas), promovendo a sua conjugação simbiótica, de forma a atingir o pluralismo metodológico e multireferencial^{9,11}. Tendencialmente, o processo de avaliação psicológica inicia-se quando a pessoa solicita o auxílio do psicólogo (encaminhado ou por vontade própria) e, por norma, mantém-se ao longo de todos os contactos posteriores^{9,11}.

Por seu turno, a intervenção psicológica da TCC baseia-se na premissa de que a atividade cognitiva, as emoções e os comportamentos se influenciam entre si¹⁰. Se este processo circular e multidirecional ocorre, antecipa-se que, como a atividade cognitiva pode ser identificada, monitorizada e modificada, as alterações de comportamento poderão ser facilitadas através da modificação das cognições. Por sua

vez, a mudança das cognições pode ser auxiliada e exponenciada pela modificação de comportamentos^{1,6,12}. Neste sentido, a intervenção ocorre de forma estruturada, circunscrita no tempo e orientada para objetivos graduais (a curto, médio e longo prazo) definidos em conjunto com a pessoa e operacionalizados de forma específica⁴⁻⁷.

Através da identificação e intervenção nas cognições, esquemas, erros de processamento de informação e comportamentos é possível modificar o que mantém o quadro clínico promovendo aptidões na pessoa para que, autonomamente, enfrente as suas dificuldades e atinja os seus objetivos. Assim, deve ser promovido o empoderamento do indivíduo bem como a potenciação e generalização das suas competências, enfatizado sempre o seu papel ativo, durante – e entre – as sessões^{1,12,13}. Para além disso, é essencial analisar e reforçar os ganhos terapêuticos responsabilizando a pessoa pelos mesmos e promovendo a sua perceção da eficácia dos resultados da intervenção relativamente aos objetivos estabelecidos inicialmente. Por fim, torna-se especialmente importante intervir ao nível da prevenção da recaída¹⁴. A prevenção da recaída, destina-se a implementar todos os processos e procedimentos que contribuam para evitar uma iteração do quadro clínico. Assim, é uma fase em que podem ocorrer a consolidação de aprendizagens, a revisão e a avaliação da proficiência da pessoa em relação à aplicação de técnicas e estratégias. Para além disso, deve garantir-se a aquisição/generalização de ganhos terapêuticos bem como a antecipação de desafios de potencial risco e planos de ação

comportamentais. Deste modo, prepara-se a pessoa para ser o seu próprio terapeuta, para ter atenção aos pródromos e para prevenir e gerir possíveis sintomas, otimizando a manutenção, de modo perdurável, da funcionalidade e do bem-estar¹⁰.

Existe um vasto conjunto de estratégias de intervenção ao dispor do psicólogo pelo que a sua combinação tende a aumentar o seu potencial. Para além disso, salienta-se que a sua seleção e aplicação ao longo do processo terapêutico deve ser sempre adaptada às necessidades específicas da pessoa e da fase do processo. Através de diversos princípios, procedimentos e técnicas a TCC almeja dar resposta terapêutica a diferentes quadros nosológicos como são disso exemplo as perturbações de ansiedade. É com origem e base nos princípios teóricos explorados que se concretizaram os processos de avaliação e intervenção cognitivo-comportamental no caso do Sr. António (nome fictício), que se passa a apresentar.

OBJECTIVOS

O presente artigo objetiva explorar a TCC enquanto abordagem de avaliação e intervenção psicológicas bem como demonstrar as suas potencialidades e eficácia ao nível da aplicação dos princípios, metodologias e estratégias num caso clínico de perturbação de pânico.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO DO SR. ANTÓNIO

O Sr. António é do género masculino, leucodérmico, casado, tem um filho e à data do início do processo terapêutico tinha 37 anos. Chegou à consulta de psicologia voluntariamente, en-

caminhado pelo seu médico psiquiatra, devido a sintomatologia ansiosa.

Formulação

De acordo com os dados obtidos no processo de avaliação inicial e com base nos critérios de diagnóstico do DSM-5¹⁴, o Sr. António evidenciava apresentar um conjunto de sintomas congruentes com o diagnóstico de Perturbação de Pânico 300.01 (F41.0), cumprindo os seguintes critérios:

- Critério A¹⁴: presença de ataques de pânico inesperados (e.g., “são uns ataques que parece que vêm do nada” [sic]) e recorrentes (e.g., “é quase todos os dias” [sic]), sendo que um ataque de pânico é concetualizado como um período abrupto de medo ou desconforto intensos que atinge um pico em minutos, e durante o qual, no caso do Sr. António, se desenvolvia com sintomas completos. Os ataques de pânico do Sr. António, tanto ocorriam a partir de um estado calmo como a partir de um estado ansioso¹⁴.
- Critério B¹⁴: pelo menos um dos ataques de pânico do Sr. António foi seguido de um mês ou mais de: (1.) preocupação persistente acerca de novos ataques de pânico (e.g., “fico com medo que aconteça outra vez” [sic]) ou das suas consequências (e.g., “estou sempre com medo que me aconteça qualquer coisa por causa dos ataques” [sic]), bem como (2.) uma alteração significativa desadaptativa relacionada com os ataques de pânico (e.g., “deixei de ir às compras e aos restaurantes” [sic]).
- A perturbação não era atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (Critério C) e não era mais

bem explicada por outra perturbação mental (Critério D)¹⁴.

Da análise da história clínica e de desenvolvimento do Sr. António verificou-se a existência de experiências prévias e acontecimentos de vida, que parecem ter conduzido à formação de esquemas disfuncionais que o terão tornado mais vulnerável ao desenvolvimento do quadro clínico. Com base na terminologia de classificação de esquemas proposta por Young, Klosko, e Weishaar¹⁵, analisa-se que ao longo da infância e adolescência, o facto ter sido o irmão mais novo e ter ficado desde muito cedo, sozinho ao seu próprio cuidado (e.g., “aos 10 ou 12 anos fiquei sozinho, e agora desenrasca-te” [sic]; “fiquei com a responsabilidade sobre mim próprio” [sic]), parece ter levado o Sr. António a desenvolver a crença de que em breve pode perder alguém com quem mantém uma grande ligação emocional e que os relacionamentos mais significativos estão na eminência de acabar (e.g., “tenho sempre muito medo de perder quem amo” [sic]). Tal parece ter conduzido à formação de um esquema de abandono/perda.

Por outro lado, estes acontecimentos aliados à preocupação em relação à necessidade de vigilância e cuidado permanente (e.g., “estava sozinho e isolado, a cuidar de tudo e tinha medo porque achava que tudo era perigoso” [sic]), aparentam, ainda, ter espoletado a ideia de que o mundo é um lugar perigoso estando-se sempre à beira de uma enorme catástrofe. Esta aparenta ser a génese de um esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença.

Existem evidências retrospectivas de que no início da adolescência do Sr. António, este terá sido excessivamente responsabilizado,

negando as suas necessidades em virtude de outros (e.g., “os meus irmãos sempre tiveram tudo [...] e eu, não tive nada disso. Todo o dinheiro que ganhava dava aos meus pais” [sic]). Assim, parece ter ocorrido a formação da crença de que, de forma a evitar culpa, retaliação, promover a sua autoestima e obter amor/aprovação deve ocorrer um sacrifício excessivo das próprias necessidades de modo a poder ajudar outros. Tal parece ter conduzido à formação do esquema de autossacrifício.

Os fatores precipitantes que aparentam ter contribuído para a emergência e ativação dos esquemas de abandono/perda e vulnerabilidade ao mal e à doença, previamente desenvolvidos, parecem ter sido a debilitação da saúde e morte do pai. Por seu turno, o facto de ter sido o único cuidador dos pais, aparenta ter funcionado como acontecimento que contribuiu para a emergência e ativação do esquema de autossacrifício até então latente.

Em relação à manifestação atual dos esquemas, o de abandono/instabilidade parecia estar ativo traduzindo-se, por exemplo, na tendência para o medo da perda das pessoas e/ou ligações significativas (e.g., “eu preocupo-me com o facto de perder as pessoas importantes para mim” [sic]). O esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença aparentava estar ativo relacionando-se com o facto do Sr. António acreditar que algo de mal lhe está para acontecer de forma iminente. Este esquema refletia-se, e podia ser perceptível, através dos seguintes pensamentos automáticos negativos: “vou morrer” (sic)/ “vou desta para melhor e deixo cá a minha família” (sic); “e se me dá alguma coisa aqui?” (sic). Por seu turno, o esquema de autossa-

crifício, parecia manifestar-se na tendência que o Sr. António possuía, para a orientação para o outro, acreditando que deve ajudar toda a gente, subjugando as suas necessidades às necessidades de outros (e.g., “tento ajudar, tento acudir a toda a gente, e deixo as minhas coisas sempre para trás” [sic]). A presença destes esquemas levou ainda a um comportamento de comunicação pouco assertiva, numa tentativa de agradar a outros, de modo a obter aprovação, ajudando-os e realizando tudo o que lhe pedem (e.g., “sou uma pessoa que não consigo dizer que não” [sic]). Relativamente à manutenção dos esquemas disfuncionais do Sr. António, estes aparentavam manter-se devido a processos cognitivos e comportamentais. Cognitivamente, pôde-se inferir distorções cognitivas/erros de processamento de informação que possuíam o papel de salientar e exagerar informação que confirmavam os esquemas. Foram disso exemplo erros de processamento de informação de: a) catastrofização (e.g., “vou morrer” [sic]); b) sobregeneralização (e.g., “estou sempre com medo que me aconteça algo” [sic]) e c) inferência arbitrária (e.g., “e se me dá alguma coisa aqui?” [sic]). A nível comportamental pareciam ocorrer: a) padrões de comportamentos autoderrotistas (e.g., “não consigo dizer que não, nem que seja ao meu pior inimigo” [sic], “deixo as minhas coisas sempre para trás [...] estou sempre a abdicar” [sic]); b) comportamentos de hipervigilância (e.g., “agora estou sempre vigilante em relação ao meu corpo e ao sítio onde estou, é como um alarme” [sic]); c) comportamentos de segurança (e.g., “ligar para a minha mulher para ela me acalmar”

[sic] e d) comportamentos de evitamento (e.g., “evito multidões [...] e correr” [sic]). Estas condutas operavam sob o ambiente, retirando o estímulo fóbico e mantêm-se mediante mecanismos de reforço negativo. Assim, as oportunidades de confrontação encontravam-se diminuídas, não permitindo ao Sr. António experienciar a ansiedade provocada pelos estímulos. Consequentemente não tinha oportunidade de desconfirmar as crenças catastróficas relacionadas com a perigosidade dos estímulos percebidos como ameaçadores, impedindo a habituação a situações temidas. Parecem ainda contribuir como fatores de manutenção, sinais da existência de um elevado nível de ansiedade antecipatória (e.g., “queria deixar o pensamento de que me acontece algo de mal, mas e se acontece?” [sic]).

Ainda, em relação aos fatores de manutenção, parecia ocorrer, com o Sr. X um duplo ciclo vicioso. O primeiro, iniciava-se com um conjunto de estímulos desencadeantes internos (e.g., pensamentos e sensações) e externos (e.g., multidões), os quais o Sr. António tendia a interpretar errónea e catastroficamente como ameaça iminente, colocando-o num estado de apreensão. Este estado, estimulava sensações corporais (e.g., calor, palpitações), que por sua vez desencadeavam a interpretação catastrófica das mesmas (incrementando a percepção de ameaça) o que era notório em pensamentos como: “vou morrer” (sic); “vou desta para melhor e deixo cá a minha família” (sic). Por outro lado, este processo cognitivo de interpretação, produzia uma maior evidência das sensações físicas, que, por sua vez, potenciavam uma maior hipervigilância que

incrementava a interpretação das sensações corporais, terminando dessa forma, o segundo ciclo. Eram ainda contemplados comportamentos de segurança, que permitiam, em parte, compreender a manutenção do quadro clínico (e.g., “o hábito de trazer comprimidos e água comigo” [sic]).

As informações exploradas e enquadradas em formato de formulação permitiram inferir o modo como o quadro clínico do Sr. António se originou e se manteve. Através da análise das informações obtidas, parecia existir um conjunto de fatores de manutenção dos esquemas, como erros de processamento de informação, comportamentos de segurança e evitamentos comportamentais que faziam com que o quadro clínico se perpetuasse. Esta etapa de formulação foi, no caso do Sr. António, fulcral para o planeamento e aplicação do protocolo terapêutico (sistematizado no Quadro I, páginas seguintes).

O protocolo terapêutico planeado fundamentou-se em literatura científica^{1, 16}, derivou da formulação idiossincrática e teve em consideração o respeito pelas necessidades, prioridades, características e capacidades do Sr. António. Desta forma considerou-se importante o debate colaborativo e orientado, ao longo do processo terapêutico, primando-se a recolha de *feedbacks* para aferir a evolução e adequação com vista à promoção do empoderamento, da autonomia e do papel ativo do Sr. António. O protocolo terapêutico foi planeado prevendo a intervenção em três grandes fases, 1) aguda, 2) continuação e 3) manutenção. Na fase aguda pretendeu-se trabalhar semanalmente com o objetivo de minorar os sintomas de ansiedade. Na recolha de *feedbacks* relativos a estas

Quadro I . Protocolo terapêutico

<p>1º Objetivo (s)</p> <p>⇒ Estabelecer uma relação terapêutica empática</p> <p>⇒ Estimular o envolvimento, interesse e conhecimento da pessoa pelo processo terapêutico</p> <p>⇒ Planear, em conjunto, o processo terapêutico</p>	
Técnicas e estratégias	<p>Utilizar técnicas de empatia*;</p> <p>Evidenciar uma postura cordial, de aceitação e validação*;</p> <p>Escuta ativa através da demonstração de atenção e interesse; *</p> <p>Psicoeducação acerca do processo terapêutico;</p> <p>Clarificar papéis e explicar a importância do papel ativo e da relação colaborativa;</p> <p>Promover empoderamento; *</p> <p>Estabelecer objetivos realistas e exequíveis de forma hierárquica;</p> <p>Potenciar oportunidade de ventilação e suporte emocional; *</p> <p>Utilizar técnicas de assertividade; *</p> <p>Solicitar <i>feedback</i> da pessoa: assegurar e obter aprovação acerca da compreensão, das informações debatidas;* </p> <p>Fornecer <i>feedback</i> corretivo; *</p>
<p>2º Objetivo (s)</p> <p>⇒ Recolher informação acerca da pessoa (História Clínica Cognitivo-Comportamental)</p> <p>⇒ Efetuar avaliação Psicológica</p>	
Técnicas e estratégias	<p>Observação direta*;</p> <p>Entrevista clínica semiestruturada;</p> <p>Aplicar instrumentos de avaliação psicológica;</p> <p>Psicoeducação – identificação e avaliação dos sintomas;</p> <p>Explicação do processo (e sua efetivação) acerca da utilização de instrumentos de recolha de informações (e.g., registo de automonitorização);</p> <p>Silêncio instrumental*;</p>
<p>3º Objetivo (s)</p> <p>⇒ Promover a compreensão do quadro clínico</p>	
Técnicas e estratégias	<p>Psicoeducação: Desenvolver orientada e conjuntamente o racional acerca da ansiedade;</p> <p>Desenvolver um modelo teórico explicativo idiosincrático;</p>
<p>4º Objetivo (s)</p> <p>⇒ Gerir e diminuir a sintomatologia ansiosa</p> <p>⇒ Promover a percepção de controlo</p>	
Técnicas e estratégias	<p>Desenvolver e treinar estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais (e.g., Técnicas de distração; Técnica de paragem de pensamento; Respiração diafragmática);</p> <p>Treino de Técnicas de Relaxamento;</p> <p>Estimular para o planeamento e efetivação de atividades de mestria e prazer;</p> <p>Promover a prática de exercício físico;</p> <p>Tarefas Para Casa;</p>

5º Objetivo (s) ⇒ Identificar, avaliar e analisar esquemas e funcionamento cognitivo	
Técnicas e estratégias	Identificar, através dos registos de automonitorização e de debate, evidências do funcionamento cognitivo disfuncional; Aplicar instrumentos de avaliação de esquemas; Instruir sobre os esquemas; Desencadear esquemas; Identificar comportamentos desencadeados pelos esquemas (manutenção, evitamento e compensação); Promoção de <i>insight</i> ;
6º Objetivo (s) ⇒ Desenvolver um padrão cognitivo mais adaptativo	
Técnicas e estratégias	Reestruturação cognitiva; Ensinar a identificar, avaliar, controlar e modificar sintomas, pensamentos, emoções e comportamentos; Utilização do registo de automonitorização para a criação de Pensamentos Racionais Alternativos;
7º Objetivo (s) ⇒ Promover gradualmente o confronto com as situações provocadoras de ansiedade, potenciando o aumento do limiar de conforto (fenómeno de dessensibilização) e da autonomia ⇒ Diminuir comportamentos de segurança e evitamentos	
Técnicas e estratégias	Realizar hierarquia de Unidades Subjetivas de Desconforto; Exposição comportamental; Tarefas Para Casa;
8º Objetivo (s) ⇒ Melhorar a perceção de autocontrolo e da autovalorização ⇒ Treinar Habilidades Sociais	
Técnicas e estratégias	Treinar técnicas de autoafirmação: treino de assertividade; treino linguístico; treino postural; Treinar resolução de problemas; Treinar resolução de conflitos; <i>Role play</i> ;
9º Objetivo (s) ⇒ Reforçar e generalizar os ganhos adquiridos ⇒ Prevenir a recaída ⇒ Avaliar os resultados da terapia	
Técnicas e estratégias	Explorar um panfleto construído idiossincraticamente acerca da ansiedade; Rever os princípios, estratégias e competências adquiridas; Antecipar desafios de potencial risco e planos de ação comportamentais; Comparar os ganhos com os objetivos definidos inicialmente; <i>Role play</i> e <i>role reversal</i> .

(*) – Estratégias que se mantiveram ao longo de todo o processo terapêutico;

sessões, o Sr. António identificou uma estabilização do quadro clínico exemplificando que: “percebi o que é a ansiedade e quando a estou a sentir uso as estratégias e tem dado resultado, porque eu agora sei como e quando as devo aplicar” (*sic*) e “estou a melhorar (...) tenho passado bem” (*sic*).

Posteriormente, na fase da continuação, de duas em duas semanas, objetivou-se potenciar e estabilizar os benefícios da fase anterior e, além disso, proceder-se a uma intervenção mais consistente que conduzisse à remissão do quadro clínico, reduzindo a probabilidade de recaída e aumentando o nível de funcionamento global. Os procedimentos aplicados nesta fase, aliados à atitude proactiva do Sr. António, permitiram a existência de ganhos terapêuticos exponenciais, favorecendo oportunidades de exposição e a redução de comportamentos de evitamento e de segurança expressos nos seguintes exemplos: “tenho almoçado todos os dias fora, só mesmo para ir ao restaurante testar (...) senti calor, mas comecei a respirar e fiquei bem (...) já me sinto melhor, já consigo virar a página e não ficar preso nos pensamentos” (*sic*); “já jogo futebol com o meu filho” (*sic*) e “finalmente já não ando com medicação atrás para me proteger” (*sic*). Para além disso o trabalho relativo ao treino de habilidades sociais potenciou os benefícios terapêuticos.

Por fim, mensalmente, pretendeu-se efetivar a generalização e manutenção dos ganhos, prevenindo a ocorrência de novos episódios, maximizando a recuperação funcional, a saúde mental, o bem-estar e a qualidade de vida através da contínua remissão do quadro clínico. De acordo com os *feedbacks* recolhidos,

perceciona que “já está tudo normal (...) sei que ultrapassei todas aquelas questões, sei que tenho o controlo (...) se a ansiedade vier (...) é só ansiedade, (...) não vou morrer por isto (...) preciso é de a gerir (...) por exemplo: focar-se no aqui e agora, respirar, aplicar as técnicas de distração e relaxar” (*sic*) e “agora estou muito bem (...) faço tudo o que queria fazer” (*sic*). Relativamente aos padrões comportamentais de auto e hétero afirmação, o Sr. António perceciona que “tenho consciência que sou mais assertivo e que isso foi o essencial para eu poder melhorar (...) vivo sem limitações” (*sic*).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Considerando a eficiência e eficácia da TCC no tratamento de perturbações de ansiedade, apresentou-se o caso do Sr. António que exibia um conjunto de sintomas congruentes com o diagnóstico de Perturbação de Pânico com marcadas limitações e dificuldades na generalidade das suas esferas de vida. O processo terapêutico decorreu durante 7 meses, contemplando um total de 11 sessões de aproximadamente sessenta minutos.

Através do processo de avaliação, foi potenciada a recolha estruturada de dados operacionalizados (e.g., através de entrevista, observação direta, registo de automonitorização) que foram a base para a tomada de decisões informadas. Assim, foi possível uma compreensão eclética e adequada do problema permitindo realizar uma história clínica cognitivo-comportamental completa e – posteriormente – efetuar uma formulação onde foram analisados os fatores predisponentes/precipitantes e exploradas as possíveis hi-

póteses explicativas para o início, desenvolvimento e manutenção do quadro clínico. Desta forma, foi exequível enquadrar – de forma holística – múltiplas informações, permitindo a planificação e efetivação de uma intervenção adequada e integrada. Por seu turno, o processo de intervenção que foi desenvolvido, de forma colaborativa, com o Sr. António configurou-se como estruturado, circunscrito no tempo e orientado para objetivos graduais e metas específicas. O protocolo terapêutico foi planeado e efetivado em três fases, perspetivando sempre o Sr. António como tendo um papel ativo na gestão das dificuldades, na promoção da sua autonomia e na otimização do seu máximo potencial. Considerando que existe uma vasta panóplia de estratégias de intervenção ao dispor do psicólogo, no caso do Sr. António, foi a sua combinação que se revelou essencial. Destacam-se os procedimentos de psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o treino de respiração diafragmática, as técnicas de distração, o treino de competências sociais (nomeadamente de assertividade e resolução de conflitos) e a exposição às situações indutoras de ansiedade como as estratégias chave na otimização do potencial do Sr. António. Conclui-se que a globalidade dos procedimentos explorados, aliados simbioticamente à atitude proactiva e autónoma do Sr. António, permitiram a promoção de competências que se traduziram em exponenciais ganhos terapêuticos bem como na potenciação da saúde e do bem-estar que culminaram na alta clínica. Comprovam-se, assim, as potencialidades e eficácia da TCC no tratamento de um caso de Perturbação de Pânico.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / *REFERENCES*

1. Bahls, S., & Navolar, A. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP*, 2004, 4-11. Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. Intervenção. In: Leal, F. Pimenta, & M. Marques (Eds.), *Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas*. Lisboa: Placebo Editora; 2012. p. 31 – 42.
2. Mota, R., Martins, C., & Vêras, R. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol. Estud.*, 2006, 11 (2), 323–330.
3. Ito, L., Roso, M., Tiwari, S., Kendall, P., & Asbahr, F. Terapia cognitivo comportamental da fobia social. *Rev Bras Psiquiatr*, 2008, Suplemento II, 30, 96-101.
4. Olivares Olivares, P., Alcázar, Á., Alcázar, A. & Rodríguez, J.. *Intervención psicológica conductual y conductual-cognitiva: Primera y segunda generación de tratamientos*. Madrid: Pirámide; 2022.
5. Knapp, P., & Beck, A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, 2008, suplemento II, 30, 54-64.

6. Mululu, S., Menezes, G., Fontanelle, L., & Versiani, M. Terapias cognitivo comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Rev Psiquiatr Cli*, 2009, 36 (6), 221 -228.
7. Souza, I., & Cândido, C. Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. *Rev Bras Ter Cogn*, 2010, 5 (2), 82-93.
8. Beck, J. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* (3ª ed.). The Guilford Press:2021.
9. Rosset, C. *Evaluación Psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia*. Madrid: Sans y Torres; 2005.
10. Carvalho, P. S., Amaral, A. S. & Barbosa, M. M., Técnicas de intervenção Cognitivo-Comportamental nas perturbações de ansiedade. In: Carvalho, P. S., Silva, C. M. & Ramos, L., *Contributos da Psicologia na UBI: da teoria à prática*. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2022. p. 319 – 344.
11. Gouveia, J. P., Carvalho, S., Fonseca, L., Pânico, da compreensão ao tratamento. Climepsi Editores; 2007.
12. Maia, L., Correia, C., & Leite, R. *Manual prático de avaliação & intervenção neuropsicológica: estudos de caso e instrumentos*. Covilhã: Éditos Prometaicos; 2007.
13. Nogueira, V., & Cerejeira, J. Avaliação do doente em psiquiatria. In: C. Saraiva, & J. Cerejeira, *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel; 2014. p. 59-70.
14. APA. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais - DSM-5* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi; 2014.
15. Young, J. E., Klosko J. S. & Weishaar, M. E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press; 2003.
16. Buéla-Casal, G., Sierra, J., Martínez, M., & Morales, E. (2009). *Evaluación y tratamiento del pánico y agorafobia*. En G. Buéla-Casal, & J. Sierra, *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (págs. 73-131). Madrid: Bblioteca nueva



Sintomas Obsessivo-Compulsivos na Esquizofrenia Resistente: a Propósito de um Caso Clínico

Obsessive-Compulsive Symptoms in Treatment-Resistant Schizophrenia: Case Report

Ana Araújo*, António Bajouco**, David Mota**, Alexandre Mendes**, Miguel Bajouco**

RESUMO

Introdução: Poyurovsky propôs a existência de um subtipo esquizo-obsessivo da esquizofrenia para delinear um subgrupo relativamente homogêneo de doentes com sintomas do espectro obsessivo-compulsivo persistentes e com impacto incremental àquele provocado pela esquizofrenia, associando-se a pior prognóstico. Neste trabalho, pretendemos exemplificar os desafios diagnósticos e terapêuticos da abordagem dos sintomas obsessivo-compulsivos na esquizofrenia resistente ao tratamento.

Métodos: Reporte de um caso clínico, avaliação psicométrica e revisão não sistemática da literatura.

Resultados: É apresentado um caso clínico de um indivíduo de 43 anos, com diagnóstico de esquizofrenia resistente ao tratamento, internado na Unidade de Cuidados Avançados de Esquizofrenia Resistente ao Tratamento do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Identificam-se sintomas positivos, negativos e cognitivos da esquizofrenia, que coexistem com sintomas do espectro obsessivo-compulsi-

vo, de naturezas distintas: primários, presentes desde a fase prodrômica do processo esquizofrênico; secundários aos sintomas psicóticos; e secundários à introdução e aumento da clozapina.

Conclusões: O correto enquadramento dos sintomas do espectro obsessivo-compulsivo na esquizofrenia permite o seu tratamento eficaz.

Palavras-Chave: Esquizofrenia; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Sobreposição Clínica; Comorbilidade

ABSTRACT

Background: Poyurovsky proposed the schizo-obsessive subtype in order to delineate a discrete subgroup of patients with schizophrenia with comorbid obsessive-compulsive symptoms, which cause a cumulative effect on functioning and poor prognosis. We aimed to exemplify the clinical challenges of treatment-resistant schizophrenia with obsessive-compulsive symptoms.

Methods: Report a clinical case, evaluation with psychometric measures, and non-systematic literature review.

* Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria (CRIP), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC); ✉ araujo.ana90@gmail.com.

** Unidade de Cuidados Avançados de Esquizofrenia Resistente ao Tratamento do CRIP-CHUC

<https://orcid.org/0000-0002-8407-5821>

Recebido / Received: 16/05/2020 - Aceite / Accepted: 13/09/2021

Results: *This work presents the case of a 43-year-old patient, with treatment-resistant schizophrenia, admitted to the Treatment-Resistant Schizophrenia Unit of Coimbra Hospital and University Centre. The positive, negative, and cognitive symptoms of schizophrenia co-occurred with distinct obsessive-compulsive symptoms. Primary obsessive-compulsive symptoms were present since the schizophrenia prodrome. Other obsessive-compulsive symptoms followed the delusional ideas. Clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms appeared later.*

Conclusions: *Accurate diagnosis of obsessive-compulsive symptoms enables their effective treatment.*

Key-Words: *Schizophrenia; Obsessive-Compulsive Disorder; Clinical Overlap; Comorbidity.*

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica caracterizada por sintomas positivos (delírios e alucinações), negativos e cognitivos e uma evolução processual, com deterioração global e progressiva¹. A sua prevalência ao longo da vida varia entre 0,3 a 0,7%, e parece ser semelhante em ambos os sexos, ou ligeiramente superior no sexo masculino¹. Os primeiros sintomas surgem entre o final da adolescência e meados dos 30 anos, sendo mais tardios na mulher¹. Estados de alto risco, caracterizados pela presença de fatores de risco, como história familiar de perturbações do espectro psicótico, e/ou sintomas psicóticos transitórios precedem o início da doença². A esquizofrenia resistente ao tratamento (ERT) caracteriza-se pela ausência de resposta clíni-

ca satisfatória ao tratamento sequencial com dois antipsicóticos diferentes (sendo um deles atípico), com dose, duração e adesão adequadas³.

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) define-se pela presença de obsessões (pensamentos ou imagens repetitivos, intrusivos e egodistónicos) e/ou experiências sensoriais disruptivas (experiência *not just right*), geradoras de ansiedade que é, transitoriamente, diminuída pela realização de compulsões (comportamentos ou rituais mentais repetitivos e inflexíveis)¹. A sua prevalência é de cerca de 2-3%, ligeiramente superior no sexo masculino em amostras pediátricas⁴. Baseado nos modelos de estadiamento da esquizofrenia⁵, um modelo recente proposto para a POC⁶, também sugere a existência de estados de alto risco, uma evolução com deterioração ao longo do tempo e o papel da intervenção precoce para a melhoria do prognóstico da doença.

A etiologia da esquizofrenia e da POC é em grande parte desconhecida, complexa e multifatorial. A implicação de fatores de origem do neurodesenvolvimento em ambas as perturbações, ainda que de naturezas distintas^{7,8}, indica a existência de correlatos partilhados. Os estudos demonstram a existência de anomalias funcionais (défices no processamento e integração da informação, processos de aprendizagem e controlo inibitório)^{9,10} e regiões cerebrais (córtex pré-frontal dorso-lateral e ventro-medial, córtex orbito-frontal, córtex cingulado, tálamo e núcleo caudado)⁹⁻¹² partilhadas entre ambas as perturbações¹³. Aportes relevantes para a explicação da fisiopatologia da esquizofrenia e da POC também provêm da área da psicofarmacologia. Por um lado, a

ação dos antipsicóticos atípicos no sistema serotoninérgico, e por outro, a resposta de quadros de POC refratários a antipsicóticos antagonistas D2, particularmente ao aripiprazol¹⁴, suportam a implicação transversal destes dois sistemas de neurotransmissão¹³.

Desde os trabalhos de Westphal (1878), Janet (1903) e Bleuler (1911), evidências crescentes sugerem a existência de uma sobreposição entre sintomas do espectro psicótico e OC, num determinado subgrupo de doentes^{13,14}. Do mesmo modo que a prevalência de sintomas OC (25%) e de POC (12%) na esquizofrenia é superior à da população geral¹⁵, também indivíduos com POC e os seus familiares apresentam maior risco de desenvolver esquizofrenia¹⁴. Adicionalmente, a presença de sintomas do espectro psicótico na POC, principalmente o baixo *insight*, varia entre 13% e 31%¹⁴.

Os sintomas OC ocorrem na esquizofrenia associados a contextos diversos¹⁴: fase prodrômica; coocorrência de sintomas OC e esquizofrenia; e sintomas OC induzidos pelo tratamento, especialmente pela clozapina, utilizada na ERT. Os doentes com esquizofrenia em comorbidade com sintomas OC apresentam características clínicas, neurobiológicas, de herança

familiar, resposta ao tratamento e prognóstico distintas dos doentes com esquizofrenia sem sintomas OC^{15,16}. Poyurovsky *et al.*¹⁷ sugeriram a existência de um espectro esquizo-obsessivo (Figura 1) que inclui a POC, POC de baixo *insight* e/ou com sintomas psicóticos, POC com perturbação de personalidade esquizotípica, esquizofrenia com sintomas OC, esquizofrenia com POC e esquizofrenia. Assim, o conceito do subtipo esquizo-obsessivo da esquizofrenia¹⁶ surgiu para delinear um subgrupo relativamente homogêneo de doentes caracterizado pela co-ocorrência de obsessões e compulsões persistentes ao longo do processo da doença (período prodrômico, ativo e residual), que ocupam uma porção de tempo importante e interferem na rotina, provocando impacto funcional superior àquele da esquizofrenia. Apontaram como obrigatória a presença de sintomas OC de natureza primária, reconhecidos pelo doente como irracionais e excessivos, i.e., livres de convicção delirante. Estes autores consideraram, ainda, a possibilidade de as obsessões primárias coexistirem com obsessões e compulsões secundárias aos delírios ou alucinações (ex.: lavar as mãos repetidamente em resposta a vozes de comando). A plausibilidade

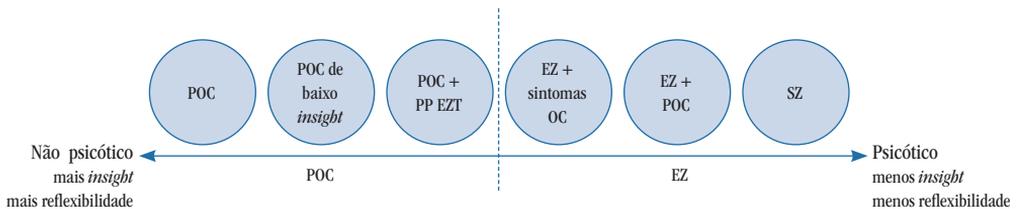


Figura 1. Espectro esquizo-obsessivo, adaptado Poyurovsky *et al.* (2004)¹⁷.

Legenda: POC – perturbação obsessivo-compulsiva; PP EZT – perturbação de personalidade esquizotípica; EZ – esquizofrenia.

do pensamento repetitivo pode auxiliar a distinção entre conteúdos delirante e obsessivo. Como critérios de exclusão, identificaram quadros de sintomas OC provocados por antipsicóticos, substâncias de abuso ou fatores orgânicos.

Os nossos objetivos foram: a) apresentar o caso de um doente com diagnóstico de ERT em comorbilidade com sintomas do espectro OC e b) rever a literatura sobre o espectro esquizo-obsessivo, enfatizando aspetos práticos do problema da interação entre antipsicóticos atípicos e sintomas OC.

MATERIAL E MÉTODOS

Relato de um caso clínico. Avaliação psicométrica com as seguintes entrevistas semiestruturadas: *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)¹⁸ que avalia sintomas positivos, negativos e psicopatologia geral na esquizofrenia; e *Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (DY-BOCS)¹⁹ que avalia a presença e a gravidade das obsessões e compulsões em seis dimensões OC, designadamente obsessões e compulsões do tipo dano devido a lesão, violência, agressão ou desastres naturais, sexual e religioso, de simetria, ordem, contagem e organização, de contaminação e limpeza, de acumulação e colecionismo e variado. Revisão não sistemática da literatura.

CASO CLÍNICO

História da Doença Atual

O início da história da doença atual reporta-se aos 23 anos do doente, altura em que iniciou a sua atividade profissional, como contabilista numa empresa, enquanto terminava o curso de Gestão Comercial e Marketing. Numa altu-

ra de maior sobrecarga académica e laboral, surgiram dificuldades em dormir, dúvidas e preocupações acerca da contabilidade da empresa, com necessidade de verificar repetidamente. Apesar dessa maneira de pensar e agir ser contínua à sua personalidade, o agravamento dessas experiências condicionou impacto significativo, como apurado pela aplicação da DY-BOCS (24/30, identificado como o pior período de sempre, com predomínio da dimensão “simetria, ordem, contagem e organização”). Reconhecia as dúvidas como exageradas e tentava, com dificuldade, resistir ao impulso para verificar. Nesse contexto, terá descoberto irregularidades na contabilidade, motivadoras de desconfianças dirigidas aos patrões. Surgiram ideias acerca de atividades ilícitas, que estariam a decorrer obscuramente (“talvez me pusessem *macânbamo* na comida, para me dar mais *speed*” *sic*). O medo tornou-se constante e, apesar da sua demissão, as preocupações persistiram. Sentia-se perseguido (“perseguições em carros com determinadas matrículas” *sic*, “HB”, que significaria “Homem Burro” *sic*). Não obstante a interferência dessas experiências no seu funcionamento global, continuou a trabalhar por conta própria, e manteve uma relação afetiva estável, que resultou em casamento.

Apenas aos 28 anos, iniciou acompanhamento em psiquiatria, após um episódio em que, ao entrar no restaurante, sentiu uma sensação de estranheza e inquietação por haver “apenas uma mesa de dois livre” *sic*. Ao olhar para indivíduo sentado à sua frente, compreendeu, imediatamente, que a empresa onde trabalhara pertencia à rede nacional de tráfico de petróleo e “as perseguições e ameaças de mor-

te” de que estaria a ser alvo fariam parte de uma “campanha psicológica, com o objetivo de ser descredibilizado pela justiça” *sic*, devido à posse de informação secreta. Segundo o próprio, este momento representou um ponto de rutura, a partir do qual surgiram diversas experiências novas. Memórias passadas adquiriram significados reveladores, começou a ouvir um *pip* no início das chamadas telefónicas e vozes, às quais chegou a obedecer, dizendo “empurra-a”, relativamente à esposa, da qual também passou a suspeitar. Deixou de frequentar espaços públicos, passando grande parte do seu tempo em casa, a verificar as fechaduras e a exatidão de movimentos de conta antigos. No final desse ano, não obstante o seguimento em consulta de psiquiatria e o tratamento psicofarmacológico instituído, foi internado compulsivamente, no contexto das alterações de comportamento descritas.

Seguiram-se sete internamentos, entre os quais os sintomas persistiram, e que resultaram no seu divórcio aos 32 anos, e na reforma por invalidez dois anos mais tarde. A rotina tornou-se progressivamente mais estreita, entre o tempo passado em casa, sozinho, e as refeições em casa dos pais. Tornaram-se evidentes dificuldades na concentração e na socialização, condicionado desmotivação e isolamento. Foi medicado com diferentes combinações de fármacos (risperidona, olanzapina, decanoato de haloperidol e lorazepam). Com a introdução da clozapina, aos 41 anos, surgiram as “preocupações com a sujidade” *sic* (dimensão “contaminação e limpeza” da DY-BOCS). Nessa altura, a sensação de sujidade, efeito de um *chip* que estaria implantado no seu ânus, dominava o pensamento e condicionava comportamen-

tos de limpeza frequentes e com interferência nas rotinas. Outras sensações olfativas (cheiro a queimado, gasolina e humidade) também provocavam desconforto e ansiedade intensos. Aos 43 anos, e após treze anos de evolução de quadro psicótico resistente à terapêutica e agravamento dos sintomas do espectro OC, foi internado na Unidade de Cuidados Avançados de Esquizofrenia Resistente ao Tratamento (UCAERe-T) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, para cumprir o protocolo de clozapina de 48 semanas.

Evolução no Internamento

A tabela terapêutica à entrada (palmitato de paliperidona 150 mg mensal, decanoato de haloperidol 50 mg toma única no mês anterior e clozapina 300 mg, biperideno 4 mg, fluvoxamina 300 mg, e olanzapina 10 mg diários) pretendia contemplar a resistência dos sintomas psicóticos ao tratamento e a comorbilidade com os sintomas do espectro OC.

No início do internamento, identificava-se sedação, sialorreia e períodos de desorganização comportamental com débito espontâneo de ideias delirantes. Apresentava também obsessões e compulsões sobre contaminação e limpeza (“Tomo banho da cabeça para os pés. Mas se me enganar ao limpar e tocar primeiro nos pés e depois no peito, tenho de me lavar outra vez porque considero que os pés são uma zona mais suja” *sic*) e de simetria, ordem, contagem e organização (acerca da contabilidade, com necessidade de verificar mentalmente ou ligar ao seu gestor de conta; e verificação das matrículas dos carros que passavam junto pavilhão, secundária ao medo de estar a ser perseguido). Estes sintomas geravam ansieda-

de intensa e evidente interferência no funcionamento.

O primeiro doseamento de clozapina revelou níveis tóxicos (1813.2 ng/mL) e saturação da metabolização (clozapina/norclozapina 3.5 ng/mL), pelo que se optou pela alteração da tabela terapêutica (com suspensão da clozapina) para palmitato de paliperidona 150 mg mensal, risperidona 2 mg e lorazepam 2.5 mg diários. Nos dias que se seguiram, a sedação, sialorreia e desorganização comportamental desapareceram e os sintomas OC de contaminação e limpeza começaram a melhorar. Com o reinício do protocolo (fase de *baseline*) e introdução da clozapina, em titulação lenta com doseamentos frequentes, verificou-se melhoria clínica global e progressiva dos sintomas psicóticos (como indicado pela diminuição da pontuação na PANSS total de 99 para 83 e para 72, na semana 24), mas com períodos de agravamento dos sintomas OC de “simetria, ordem, contagem e organização”. A dose de risperidona foi, subsequentemente, reduzida até à sua suspensão. Com a dose de 300 mg de clozapina, apesar de ainda apresentar níveis infraterapêuticos (239.6 ng/ml; rácio 2.5 ng/ml), surgiu sialorreia relevante. Este efeito secundário melhorou após introdução de biperideno e redistribuição da dose de clozapina ao longo do dia. Face à evolução favorável dos sintomas psicóticos, com manutenção de obsessões e compulsões, como demonstrado pela pontuação na DY-BOCS de 20/30 (predomínio de obsessões e compulsões de simetria, ordem, contagem e organização), optou-se pela introdução de sertralina até à dose de 100 mg. Ao longo de doze semanas, os sintomas OC tornaram-se menos frequentes e

persistentes e com menor impacto funcional, percebido pelo doente, médicos e familiares; e consubstanciado pela redução na DY-BOCS total de 20/30 para 16/30. O relato de queixas de disfunção erétil e anorgasmia motivou a redução de sertralina para a dose de 75 mg e, posterior introdução de aripiprazol 5 mg. A melhoria na sintomatologia psicótica e OC permitiu a alta do doente entre as semanas 24 e 48 do protocolo de clozapina, como é habitual na UCAERe-T, com o intuito de promover a reintegração e reabilitação social. Regressou ao serviço de internamento da UCAERe-T para cumprir a semana 48 do protocolo de clozapina, apresentando-se melhorado. Registava-se delírio residual e atividade alucinatória ocasional, com crítica parcial (PANSS total: 49). A sintomatologia OC na dimensão de contaminação e limpeza, apesar de persistente, era de baixa intensidade (DY-BOCS total: 12/30, com redução mais importante nas dimensões de interferência e incapacidade), relativamente à qual era capaz de resistir. Cumpriu o protocolo de 48 semanas, totalizando uma duração de 4 (período antes da retoma do protocolo de clozapina) + 48 semanas de internamento, tendo alta medicado com palmitato paliperidona 150 mg mensal, clozapina 300 mg, sertralina 75 mg, aripiprazol 5 mg lorazepam 2.5 mg diários.

Antecedentes e Personalidade Prévia

No que respeita aos antecedentes médico-cirúrgicos, nada há a relevar. Da história pessoal, apura-se um desenvolvimento psicomotor dentro da normalidade, bem como o decorrer da infância, adolescência e início da idade adulta. Concluiu o Cursos de Técnico

Profissional de Contabilidade e Administração e, mais tarde, o Curso de Gestão Comercial e Marketing, enquanto trabalhador-estudante, descrevendo uma vida social ativa nessa altura. A personalidade prévia é sugestiva de bom ajustamento pré-mórbido, com traços do espectro obsessivo e elevados níveis de conscienciosidade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apresentámos aqui o caso de um doente com diagnóstico de ERT, cujo quadro clínico se caracterizou por sintomas psicóticos em comorbilidade com sintomas do espectro OC de natureza distinta. Identificam-se sintomas OC nas dimensões de simetria, ordem, contagem e organização, presentes desde o período prodrómico do processo esquizofrénico; sintomas OC de simetria, ordem, contagem e organização exacerbados pelos sintomas psicóticos; e sintomas de contaminação e limpeza contemporâneos à introdução de clozapina. Por conseguinte, o quadro clínico apresentado preenche os critérios propostos por Poyurovsky¹⁶ para o subtipo esquizo-obsessivo da esquizofrenia. Para além da perspetiva categorial, interessa discutir este caso do ponto de vista dimensional.

No âmbito das alterações do pensamento, a dúvida sobre erros na contabilidade e a necessidade de verificar (dimensão simetria, ordem, contagem e organização da DY-BOCS) surgiram e/ou agravaram na altura em que o doente iniciou a sua atividade profissional. Sendo exageradas, mas plausíveis, estas ideias podem ser consideradas como obsessões. Em determinado momento, assistiu-se a uma mudança – o surgimento de desconfianças acerca de

atividades ilegais por parte da empresa onde trabalhava, conteúdo que passou a dominar o pensamento. A ideia obsessiva (alteração da posse do pensamento) transformou-se numa ideia delirante (perturbação do conteúdo do pensamento) – “*delusional transformation of obsessions*” –, que é psicótica no conteúdo e obsessiva na forma – “*obsessive delusions*”^{17,20}. Hipoteticamente, ambos os fenómenos, OC e delirante, contribuíram para o desenvolvimento de ansiedade, medo e *harm avoidance*, típicos da POC, mas também observados na esquizofrenia. A persistência e inflexibilidade, moduladas pelo *insight*, definem o *continuum* entre uma ideia obsessiva e uma ideia delirante¹⁷. A par do *insight*, também a egodistonia/egossintonia e a reflexibilidade¹⁴ variam ao longo deste *continuum*. No caso clínico em questão, a interação entre sintomas OC e psicóticos torna-se complexa (ex.: Figura 2), e com a evolução dos processos patológicos, é difícil destrinçar categorialmente as dimensões sintomáticas. Ainda na disfunção do pensamento, importa relembrar a sobreposição entre ideias obsessivas e inserção do pensamento, menos evidente neste exemplo, mas digna de menção. Sendo ambas alterações da posse do pensamento, podem distinguir-se pela sua origem (interno vs. externo), sentido de auto-agência (interno vs. externo) e estrutura do eu (intacta vs. permeável)¹⁷. Do ponto de vista comportamental, as compulsões da POC e a perseveração e as estereotipias da esquizofrenia também se aproximam¹⁷, em particular pela natureza repetitiva e desprovida de objetivo adaptativo. Também na dimensão da sensopercepção, é possível identificar uma continuidade entre a esquizofrenia e a POC.

Enquanto que as alucinações da esquizofrenia são vistas como resultantes de patologia da percepção, a experiência *not just right* da POC é uma sensação de incompletude, produto de desregulação sensorio-afetiva e provável marcador de etiologia neurodesenvolvimental⁷. No caso clínico em questão, a sensação de sujidade parece incorporar a experiência *not just right*. É interessante perceber que esta ideia, que na forma parece enquadrar-se no espectro OC, está profundamente ligada ao sistema delirante, nomeadamente através da crença de “ter um *chip* no ânus”. Estas são algumas das semelhanças fenomenológicas que dificultam a distinção clínica entre o diagnóstico de POC de baixo *insight*, personalidade esquizotípica, e esquizofrenia com sintomas OC¹⁷. Os maiores desafios surgem quando a POC de baixo *insight* se associa a baixa resistência e a menores níveis de ansiedade²¹. Apesar desses obstáculos, existe evidência crescente de que, numa proporção substancial de doentes, estão presen-

tes obsessões e compulsões independentes da gravidade dos sintomas psicóticos e podem ser identificadas, com elevada fidelidade, através de instrumentos válidos (ex.: DY-BOCS)²². A repetição de pensamentos (delírios e obsessões) e comportamentos disfuncionais (verificações secundárias à desconfiança psicótica e compulsões) é transversal à esquizofrenia e à perturbação obsessivo-compulsiva (POC). O medo e a ansiedade, gerados por esses pensamentos, parece, neste caso, mediar a relação entre dimensões psicopatológicas cognitivas e comportamentais. A evicção do medo ou *harm avoidance*, produto de vieses cognitivos típicos da POC (ex.: hiperresponsabilização relativamente às contas da empresa), e as falsas inferências⁹ subjacentes à ideação paranóide da esquizofrenia (medo de estar a ser perseguido) também reforçam a associação entre o pensamento e o comportamento. Por fim, as alterações da sensopercepção, como a atividade alucinatória, da esquizofrenia, e a experiência

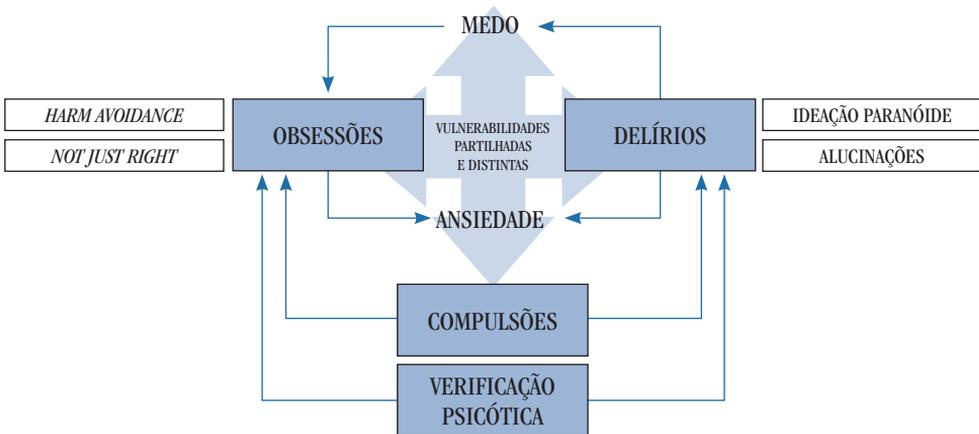


Figura 2. Interação hipotética entre sintomas psicóticos e obsessivo-compulsivos.

not just right, da POC, estão igualmente intrincadas, neste quadro.

Alguns autores sugerem que os sintomas OC exercem um efeito moderador benéfico, nos sintomas positivos, nas fases iniciais da esquizofrenia, mas contribuem para piores resultados funcionais à medida que o processo patológico vai progredindo^{16,17}. É também possível identificar esse padrão evolutivo neste caso clínico, designadamente a manutenção de uma rotina normativa (casamento e atividade laboral) durante cinco anos, desde o que parece ser o surgimento dos primeiros sintomas psicóticos produtivos. Contudo, com a evolução da doença, sobrevieram um declínio e estreitamento vivencial substanciais. Quando comparados com outros doentes com esquizofrenia, o subgrupo esquizo-obsessivo caracteriza-se por um curso mais deteriorante, com sintomas psicóticos mais graves, mais sintomas depressivos, pior resposta ao tratamento e pior prognóstico^{14,16}.

Relativamente à terapêutica, neste caso, o diagnóstico correto dos diferentes tipos de sintomas OC foi crucial para a sua abordagem sequencial.

Apesar da escassez de estudos, é consensual que a síndrome esquizo-obsessiva é difícil de tratar e responde a intervenções terapêuticas específicas¹⁶. A monoterapia com antipsicóticos típicos parece ineficaz, em parte devido à elevada da sensibilidade destes doentes aos efeitos extrapiramidais¹⁷. Os antipsicóticos atípicos, especialmente a clozapina utilizada na ERT, podem agravar os sintomas OC primários e despoletar sintomas OC secundários ao tratamento, em indivíduos geneticamente predispostos^{14,16,23}. Adicionalmente,

o tratamento dos sintomas OC com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) (inibidores da CYP2D6), e particularmente com a fluvoxamina (inibidor da CYP1A2), pode levar ao aumento dos níveis sanguíneos de clozapina (metabolizada pelas mesmas isoenzimas) e subsequente agravamento dos sintomas OC, como verificado no presente caso. Por outro lado, o tratamento com antipsicóticos atípicos pode associar-se à melhoria de alguns sintomas OC^{14,17}. Esta interação bidirecional complexa entre clozapina e sintomas OC parece ser mediada por fatores diversos, como a duração do tratamento e os níveis sanguíneos de clozapina¹⁴. As doses de clozapina eficazes recomendadas nos doentes com síndrome esquizo-obsessiva, encontram-se entre os 50 e 300 mg¹⁷. Os antipsicóticos com baixa ocupação dos recetores 5-HT_{2A} em relação aos recetores D₂, como o aripiprazol e a risperidona em doses elevadas (7-10 mg), demonstraram eficácia na redução dos sintomas OC em doentes com psicose¹⁴. A terapia cognitivo-comportamental também parece ser eficaz¹⁴. No entanto, geralmente é necessário a combinação com um ISRS^{16,17}. Portanto, no que respeita às opções terapêuticas para o subgrupo esquizo-obsessivo, não só a eficácia mas também a tolerabilidade surgem como fatores decisivos¹⁶. Do nosso caso, há a destacar o papel basilar da história clínica e do método fenomenológico, associado ao domínio de aspetos neurobiológicos e psicofarmacológicos para o diagnóstico e tratamento eficazes da ERT com sintomas OC.

Em conclusão, importa refletir acerca das implicações e aportes que o espectro esquizo-

-obsessivo pode trazer à conceptualização dos diagnósticos em psiquiatria e à sua segregação em entidades nosológicas válidas. Isto é, será que os sintomas do espectro psicótico e OC são produtos distintos, mas relacionados, de uma alteração neurobiológica comum; ou resultam de vias convergentes com origem distinta? Será que existem processos transdiagnósticos que, quando presentes, conferem vulnerabilidade para sintomas do espectro psicótico e OC? Será que o subtipo esquizo-obsessivo representa um fenótipo intermediário entre as duas perturbações; ou representa uma entidade nosológica nova?

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a toda a equipa da Unidade de Cuidados Avançados de Esquizofrenia Resistente do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

BIBLIOGRAFIA / REFERENCES

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition. 4th ed. American Psychiatric Association; 2000.
2. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry*. 2013;70(1):107-120.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. 2014
4. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
5. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:616-22.
6. Fontenelle LF, Yücel M. A Clinical Staging Model for Obsessive-Compulsive Disorder: Is It Ready for Prime Time?. *EClinicalMedicine*. 2019.
7. Hellriegel J, Barber C, Wikramanayake M, Fineberg NA, Mandy W. Is “not just right experience” (NJRE) in obsessive-compulsive disorder part of an autistic phenotype?. *CNS spectr*. 2017;22(1):41-50.
8. Weinberger DR. Future of days past: Neurodevelopment and Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2017;43(6):1164-1168.
9. Friston K, Brown HR, Siemerkus J, Stephan KE. The dysconnection hypothesis. *Schizophr res*. 2016;176(2-3): 83-94.
10. Fineberg NA, Apergis-Schoute AM, Vaghi MM, Banca P, Gillan CM, Voon V, et al. Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: Cognitive Domains, Neural Circuitry, and Treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2018;21(1):42-58.

11. Fornito A, Zalesky A, Pantelis C, Bullmore ET. Schizophrenia, neuroimaging and connectomics. *Neuroimage*. 2012;62(4):2296-2314.
12. Milad MR, Rauch SL. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends Cogn Sci*. 2012;16(1):43-51.
13. Bottas A, Cooke RG, Richter MA. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia?. *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30(3):187-193.
14. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(8):64.
15. Scotti-Muzzi E, Saide OL. Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. *CNS spectr*. 2017;22(3):258-272.
16. Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, Koran LM, Weizman R, Tandon R, et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. *Compr psychiatry*. 2012;53(5):480-483.
17. Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. *CNS drugs*. 2004;18(14):989-1010.
18. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-276.
19. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
20. Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB, Axelrod S, Sastry G, Stronger R, et al. Are some Neuroleptic-Refractory Symptoms of Schizophrenia Really Obsessions. *CNS Spectr*. 1997;2:51-57
21. Jiujiias M, Kelley E, Hall L. Restricted, Repetitive Behaviors in Autism Spectrum Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparative Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017;48(6), 944-959.
22. Poyurovsky M, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal of Psychiatry Res*. 2005;39(4):399-408.
23. Devi S, Rao NP, Badamath S, Chandrashekhar CR, Janardhan Reddy YC. Prevalence and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2015;56:141-148.