

ARTIGO ORIGINAL

Manifestações contratransferenciais e manejo psicofarmacológico no primeiro atendimento de idosos em um ambulatório de psiquiatria geriátrica

Countertransferential manifestations and psychopharmacological management in the first care of elderly people in a geriatric psychiatry outpatient

Manifestaciones contratransferenciales y manejo psicofarmacológico en la primera atención al anciano en un ambulatorio de psiquiatria geriátrica

Arthur Rorig de Azevedo¹

orcid.org/0009-0002-1225-3112
arthur.de.azevedo@hotmail.com

Guilherme Noschang Vieira Bacchi¹

orcid.org/0009-0002-0070-9266
guinvbacchi@gmail.com

Larissa Belon Albuquerque¹

orcid.org/0009-0002-0384-9846
larissa_belon@hotmail.com

Marina Mosele Guidi¹

orcid.org/0000-0002-8172-2739
mamoseleg@gmail.com

Mateus Vizentini Mendes¹

orcid.org/0009-0006-0877-1952
mateus.vmendes@gmail.com

Recebido em: 28 fev. 2024.
Aprovado em: 10 jun. 2024.
Publicado em: 30 set. 2024.

Pedro Marques da Rosa¹

orcid.org/0000-0003-4988-3572
pedromdrosa@gmail.com

Edgar Chagas Diefenthaler¹

orcid.org/0000-0002-1004-1805
edgarcd@terra.com.br

Vanessa Sgnaolin¹

orcid.org/0000-0002-9914-7146
vanessa.sgnaolin@pucrs.br

Alfredo Cataldo Neto

orcid.org/0000-0002-8082-1866
cataldo@pucrs.br

Resumo

Objetivos: o presente estudo objetivou avaliar as manifestações contratransferenciais e suas implicações com medidas de manejo psicofarmacológico no primeiro atendimento de pacientes idosos em um ambulatório de psiquiatria de um hospital terciário.

Métodos: pacientes idosos foram atendidos por médicos concluindo especialização em psiquiatria, com supervisão presencial de preceptores psiquiatras e psicanalistas do serviço. Após a consulta, os médicos selecionados preencheram a Escala para Avaliação de Contratransferência (EACT). Os resultados foram posteriormente relacionados com dados dos examinadores e pacientes, bem como com os ajustes medicamentosos realizados na primeira consulta.

Resultados: foi encontrada associação clinicamente significativa entre condutas psicofarmacológicas e dados sociodemográficos dos pacientes e avaliadores quando associadas às manifestações contratransferenciais, representadas pelos escores de aproximação ($R^2=51.8\%$), afastamento ($R^2=55.3\%$) e indiferença ($R^2=53.30\%$). Escores de aproximação contratransferencial se associaram positivamente à *suspensão de psicofármacos* ($p=0,001$) e negativamente à *suspensão de hipnóticos* ($p=0,020$), *redução da dose de hipnóticos* ($p=0,000$), *troca entre hipnóticos* ($p=0,015$) e *introdução de anticonvulsivantes* ($p=0,002$). Escores de afastamento contratransferencial se associaram positivamente as variáveis de *suspensão de hipnóticos* ($p=0,011$), *redução da dose de hipnóticos* ($p=0,000$), *troca*



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

entre hipnóticos ($p=0,000$) e introdução de anticonvulsivantes ($p=0,006$), ao passo que o número de ajustes medicamentosos ($p=0,026$) se associou de maneira negativa. Escores contratransferenciais de indiferença também se associaram negativamente com o número de ajustes medicamentosos ($p=0,047$).

Conclusão: desta forma, evidenciamos a importância da compreensão das manifestações contratransferenciais como uma ferramenta dentro da prática clínica e na qualidade dos atendimentos.

Palavras-chave: contratransferência, idosos, assistência ambulatorial.

Abstract

Aims: the present study aimed to assess countertransference manifestations and their implications on psychopharmacological management during the first care of elderly patients at a psychiatry outpatient clinic in a tertiary hospital.

Methods: elderly patients were cared for by doctors completing their specialization in psychiatry, with face-to-face supervision from the service's psychiatric and psychoanalysis preceptors. After the consultation, the participating doctors completed the Countertransference Assessment Scale (EACT). The results were subsequently correlated with examiner and patient data, as well as the medication adjustments made during the first consultation.

Results: a clinically significant association was found between psychopharmacological conduct and socio-demographic data of patients and evaluators when associated with countertransference manifestations, represented by the scores of approach ($R^2=51,8\%$), distancing ($R^2=55,3\%$), and indifference ($R^2=53,30\%$). Countertransference approach scores were positively associated with the suspension of psychotropic drugs ($p=0,001$), and negatively with hypnotics interruption ($p=0,020$), hypnotics dosage reduction ($p=0,000$), switching between hypnotics ($p=0,015$) and anticonvulsants initiation ($p=0,002$). Countertransference withdrawal scores were positively associated with the same variables: hypnotics interruption ($p=0,011$), hypnotics dosage reduction ($p=0,000$), switching between hypnotics ($p=0,000$) and anticonvulsants initiation ($p=0,006$), whereas the number of medication adjustments ($p=0,026$) was negatively associated. Countertransference indifference scores were also negatively associated with the number of medication adjustments ($p=0,047$).

Conclusion: therefore, we highlight the importance of understanding countertransference manifestations as a tool within clinical practice, contributing to the overall quality of patient care.

Keywords: countertransference, elderly, outpatient care.

Resumen

Objetivos: el presente estudio tuvo como objetivo evaluar las manifestaciones contratransferenciales y sus implicaciones con medidas de manejo psicofarmacológico en la primera atención de pacientes ancianos en un ambulatorio de psiquiatría de un hospital terciario.

Métodos: los ancianos fueron atendidos por médicos completando su especialización en psiquiatría, con supervisión presencial de preceptores psiquiatras y psicoanalistas del servicio. Después de la consulta, los médicos realizaron la Escala de Evaluación de Contratransferencia (EACT), y los resultados fueron posteriormente relacionados con datos de los examinadores, pacientes y ajustes medicamentosos realizados

en la primera consulta.

Resultados: se encontró una asociación clínicamente significativa entre las conductas psicofarmacológicas y datos sociodemográficos de los pacientes y evaluadores cuando asociado con las manifestaciones contratransferenciales, representadas por los puntuaciones de aproximación ($R^2=51,8\%$), distanciamiento ($R^2=55,3\%$) e indiferencia ($R^2=53,30\%$). Las puntuaciones de aproximación contratransferencial se asociaron positivamente con la suspensión de psicofármacos ($p=0,001$), y negativamente con la suspensión de hipnóticos ($p=0,020$), reducción de hipnóticos ($p=0,000$), cambio entre hipnóticos ($p=0,015$) e introducción de anticonvulsivos ($p=0,002$). Las puntuaciones de distanciamiento contratransferencial se asociaron positivamente con las variables suspensión de hipnóticos ($p=0,011$), reducción de hipnóticos ($p=0,000$), cambio entre hipnóticos ($p=0,000$) e introducción de anticonvulsivos ($p=0,006$), mientras que el número de ajustes farmacológicos ($p=0,026$) se asoció negativamente. Las puntuaciones de indiferencia contratransferencial también se asociaron negativamente con el número de ajustes farmacológicos ($p=0,047$).

Conclusiones: de esta manera, destacamos la importancia de comprender las manifestaciones contratransferenciales como una herramienta dentro de la práctica clínica, contribuyendo a la calidad general de la atención al paciente.

Palabras clave: Contratransferencia, anciano, seguimiento ambulatorial.

Introdução

No Brasil, a transição demográfica observada nas últimas décadas destaca um expressivo aumento da população idosa. Entre os anos de 2012 e 2022, houve um crescimento proporcional de 39,8% (8,9 milhões) nessa faixa etária.¹ Ao mesmo tempo, projeções indicam um incremento médio anual de mais de 1,0 milhão de idosos nos anos que seguem.² Este processo de envelhecimento populacional, embora seja um importante indicador de melhora da qualidade de vida, impõe desafios complexos nos cuidados em saúde desta população emergente.

No contexto de atenção em saúde do idoso, a saúde mental tem caráter fundamental, uma vez que se trata de uma população em que mais de 20% de seus integrantes são afetados por transtornos mentais e neurológicos, enquanto aproximadamente 6,6% têm algum tipo de incapacidade decorrente destes transtornos.³ Esses dados destacam a importância da atenção em saúde mental nessa faixa etária, enfatizando a necessidade de abordagens eficazes nos cuidados prestados a esta população também

no âmbito da psiquiatria.

O conceito de contratransferência foi mencionado em obra pela primeira vez por Freud, em 1910, em seu texto "As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica", sendo compreendido como os sentimentos inconscientes no analista resultantes da influência do paciente, pontuando como dever do analista o controle e a abstinência sobre estes sentimentos a fim de manter uma postura de neutralidade.⁴ O conceito foi revisitado por Paula Heimann, que trouxe a visão de que a contratransferência não seria um fator perturbador do qual o analista deveria se desligar, mas sim uma chave para o inconsciente do paciente a partir de suas próprias respostas emocionais.^{4,5} E o desenvolvimento do conceito teve continuidade, passando ao entendimento de que a contratransferência compreende reações específicas no médico advindas de qualidades específicas do paciente.⁶ Dessa forma, a reação contratransferencial, quando recebe a devida atenção, pode passar de obstáculo a uma ferramenta no tratamento, fornecendo informações ao médico sobre seu paciente que, por vezes, não se fazem comunicáveis de outra maneira.

Apesar da rica base teórica, por se tratar de uma ferramenta subjetiva, a literatura empírica sobre contratransferência é limitada.⁷ Neste contexto, a Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT) surge como ferramenta para a detecção e a qualificação das manifestações contratransferenciais, possibilitando uma análise mais objetiva sobre as reações emocionais dos avaliadores e conseqüentemente, a realização de estudos para investigar possíveis correlações com estes dados, como realizado em trabalho recente por Rosa et al.,⁸ demonstrando associações entre estes escores e características sociais, demográficas e clínicas dos pacientes e avaliadores.

No presente estudo, daremos continuidade a essa linha de investigação, examinando também as implicações das manifestações contratransferenciais na conduta do psiquiatra relacionada ao manejo psicofarmacológico no

primeiro atendimento. Com isso, buscaremos contribuir para uma melhor compreensão da contratransferência na prática clínica e, também, com a qualidade dos atendimentos fornecidos.

Método

Trata-se de um estudo observacional e transversal. O projeto foi desenvolvido no Ambulatório de Psiquiatria Geriátrica do Serviço de Psiquiatria do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A população consistiu de pacientes idosos em consulta por livre demanda, atendidos nesse ambulatório no período de março de 2022 a setembro de 2023, e de médicos residentes e cursistas em especialização em psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do HSL/PUCRS formandos do curso e da residência.

Os pacientes incluídos apresentavam idade igual ou superior a 60 anos e concordaram em participar da pesquisa após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os médicos incluídos consistiram de todo o grupo de residentes e cursistas do terceiro ano do Curso de Especialização em Psiquiatria durante os anos de 2022 e 2023. Foram excluídos os participantes que não tinham capacidade de compreender os questionários aplicados e que não tinham representante legal presente ou que se recusaram a participar da pesquisa. Apesar da EACT ser aplicada nos residentes, a análise estatística se baseia em dados dos pacientes, dos residentes e dos sentimentos identificados pelos examinadores. Os pacientes com evidente dificuldade cognitiva para compreender os questionários tiveram o TCLE assinado pelo responsável legal.

Todos os instrumentos foram aplicados na primeira consulta, após a assinatura do TCLE. Os participantes foram escolhidos conforme demanda espontânea no ambulatório de psiquiatria geriátrica. Os instrumentos utilizados foram um questionário para avaliação dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, a EACT e o prontuário para avaliação das condutas psicofarmacológicas. Os dados foram descritos

durante ou ao final de cada atendimento.

A EACT consiste de 23 itens distribuídos em três domínios: aproximação, afastamento e indiferença. A escala é preenchida pelo cursista ou residente responsável após o atendimento. As reações são avaliadas em escala Likert de quatro itens: nada, pouco, moderadamente e muito. O instrumento foi desenvolvido inicialmente por Eizirik et al. no contexto de detecção contratransferencial em pacientes em psicoterapia psicodinâmica breve.⁹ Posteriormente, houve adaptação e validação em estudo de 2010.⁷

Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido seguindo a Declaração de Helsinki. Todos os instrumentos foram aplicados na primeira consulta, após o preenchimento do TCLE. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CAAE 89158218.5.0000.5336; Parecer 5.731.574).

Análise estatística

Os dados coletados neste estudo foram submetidos a análises estatísticas, tanto descritivas quanto inferenciais, com o objetivo de explorar as relações potenciais entre elas. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, os testes t-student, ou Análise de Variância (ANOVA) complementada por Tukey, foram utilizados. Os testes da correlação de Pearson ou Spearman foram aplicados para avaliar a associação entre as variáveis numéricas.

Para controle de fatores confundidores, a análise de Regressão Linear Multivariada com método de extração do modelo por Backward foi utilizada. Foram calculados o coeficiente de

regressão ou angular (b), que mede o efeito no desfecho a cada aumento de uma unidade do fator, juntamente com o intervalo de 95% de confiança. Além disso, o coeficiente padronizado beta (β) também foi apresentado no intuito de comparar a força da associação entre as variáveis presentes no modelo multivariado por não possuir unidade de medida, sendo que quanto maior, mais forte é a associação. Por fim, o coeficiente de determinação (R^2) foi calculado para determinar o percentual de explicação do modelo multivariado em relação a um desfecho específico. O critério para a entrada da variável no modelo foi de que apresentasse um valor $p < 0,05$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 23.0.

Resultados

Os dados descritivos referentes à amostra de idosos foram agrupados na Tabela 1 com dados sociais e demográficos, e na Tabela 2 com dados clínicos. As proporções dos resultados do escores da EACT e a média de seus domínios estão incluídos na Tabela 3, assim como a média da idade e a proporção entre os sexos dos examinadores. A idade média dos examinadores foi de 28,9 anos (DP= 2,3), com uma proporção próxima entre o número de casos atendidos por avaliadores do sexo masculino (51,2%) e do sexo feminino (48,8%). As reações contratransferenciais mais prevalentes foram Desejo de Ajudar, avaliada como sendo "Muito" em 62,2% dos atendimentos, seguida de Simpatia (54,9%) e Solidariedade (43,9%). O domínio Aproximação mostrou a maior média (16,27; DP= 4,92), enquanto Afastamento e Indiferença mostraram médias respectivamente de 1,78 (DP= 2,30) e 0,46 (DP= 0,72).

Tabela 1 – Caracterização social e demográfica da amostra dos pacientes

Variáveis	n (%)
Idade (anos) - média \pm DP	70,5 \pm 7,85
Sexo:	
Masculino	17 (20,7%)
Feminino	65 (79,3%)

Variáveis	n (%)
Estado civil:	
Possui companheiro	34 (41,5%)
Não possui companheiro	48 (58,5%)
Aposentado:	
Sim	58 (72,5%)
Não	22 (27,5%)
Escolaridade:	
1 a 8 anos	24 (29,6%)
9 anos ou mais	57 (70,4%)
Atualmente mora:	
Sozinho	27 (32,9%)
Com companheiro	29 (35,4%)
Com familiares	25 (30,5%)
Com cuidador	1 (1,2%)
Situação laboral:	
Exerce atividade	14 (17,7%)
Não exerce atividade	65 (82,3%)

Tabela 2 – Caracterização clínica da amostra dos pacientes

Variáveis	n (%)
Queixa principal*:	
Sintomas Depressivos	42 (51,2%)
Sintomas Ansiosos	59 (72,0%)
Sintomas Psicóticos	1 (1,2%)
Sintomas Maníacos	0 (0,0%)
Alteração Comportamental	3 (3,7%)
Uso/abuso de drogas/medicação	5 (6,1%)
Exaustão familiar	2 (2,4%)
Ideação suicida	0 (0,0%)
Tentativa de suicídio	0 (0,0%)
Outros	11 (13,4%)
Uso de psicofármacos:	
Antidepressivos	55 (67,1%)
Agonista do receptor benzodiazepínico	23 (28,0%)
Antipsicóticos	22 (26,8%)
Anticonvulsivantes	18 (22,0%)
Lítio	0 (0,0%)
Outro	7 (8,5%)
Diagnóstico:	
Transtornos Ansiosos	55 (67,1%)
Transtornos Depressivos	15 (18,3%)

Variáveis	n (%)
Transtorno do Humor Bipolar	1(1,2%)
Demências	4 (4,9%)
Outros	7 (8,5%)
Comorbidades clínicas:	
Não	12 (15,0%)
Sim	68 (85,0%)
Internação psiquiátrica prévia:	
Não	73 (89,0%)
Sim	9 (11,0%)
Histórico familiar de transtorno psiquiátrico:	
Não	36 (53,7%)
Sim	31(46,3%)
Tem cuidador principal:	
Não	16 (19,8%)
Sim	65 (80,2%)

* questão de múltipla escolha; GAI: Inventário de Ansiedade Geriátrica; GDS: Escala de Depressão Geriátrica; ACE-R: Exame Cognitivo de Addenbrooke Revisado

Tabela 3 – Dados sobre a Escala para Avaliação da Contratransferência (EACT)

Variáveis	n (%)			
Sexo do examinador:				
Masculino	42 (51,2%)			
Feminino	40 (48,8%)			
Idade do examinador (anos) - média ± DP:	28,9 ± 2,03			
Questões	Nada n (%)	Pouco n (%)	Moderado n (%)	Muito n (%)
Curiosidade	3 (3,7%)	24 (29,3%)	37 (41,1%)	18 (22,0%)
Interesse	0 (0,0%)	10 (12,2%)	45 (54,9%)	27 (32,9%)
Simpatia	2 (2,4%)	13 (15,9%)	22 (26,8%)	45 (54,9%)
Solidariedade	1 (1,2%)	12 (14,6%)	33 (40,2%)	36 (43,9%)
Afeição	7 (8,5%)	19 (23,2%)	17 (20,7%)	39 (47,6%)
Desejo de ajudar	0 (0,0%)	8 (9,8%)	23 (28,0%)	51 (62,2%)
Alegria	34 (41,5%)	21 (25,6%)	19 (23,2%)	8 (9,8%)
Tristeza	49 (59,8%)	20 (24,4%)	11 (13,4%)	2 (2,4%)
Pena	14 (17,1%)	40 (48,8%)	22 (26,8%)	6 (7,3%)
Atração	75 (91,5%)	2 (2,4%)	4 (4,9%)	1 (1,2%)
Escore de Aproximação – média ± DP	16,27 ± 4,92			
Desconforto	56 (68,3%)	21 (25,6%)	4 (4,9%)	1 (1,2%)
Desconfiança	73 (89,0%)	9 (11,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tédio	66 (80,5%)	14 (17,1%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)
Rejeição	73 (89,0%)	5 (6,1%)	4 (4,9%)	0 (0,0%)
Desesperança	61 (74,4%)	14 (17,1%)	6 (7,3%)	1 (1,2%)

Variáveis	n (%)			
Reprovação	71 (86,6%)	10 (12,2%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)
Acusação	78 (95,1%)	4 (4,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Irritação	64 (78,0%)	15 (18,3%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)
Medo	79 (96,3%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)
Hostilidade	80 (97,6%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)
Escore de Afastamento – média ± DP	1,78 ± 2,30			
Desinteresse	80 (97,6%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Distância	62 (75,6%)	17 (20,7%)	3 (3,7%)	0 (0,0%)
Imobilidade	71 (86,6%)	9 (11,0%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)
Escore de Indiferença – média ± DP	0,46 ± 0,72			

As medidas de ajuste medicamentoso na primeira consulta foram caracterizadas na Tabela 4. A média de ajustes medicamentosos realizados foi de 1,13 medicações por paciente, com um total de 90 ajustes nos 82 atendimentos avaliados. Em 23,2% dos casos não foi realizado qualquer ajuste medicamentoso, enquanto em 28,0% pelo menos dois ajustes foram propostos. A maior proporção de ajustes foi realizada no sentido de introdução de novas medicações (37,8%).

O investimento em introdução e/ou aumento de dose de medicações ocorreu de maneira mais significativa na classe de antidepressivos (41,5%). Enquanto o manejo de suspensão e/ou redução de dose de medicações ocorreu predominantemente na classe dos agonistas do receptor benzodiazepínico (13,4%), sendo esta medida realizada em 47,8% dos pacientes usuários desta classe de psicofármacos.

Tabela 4 – Dados de manejo psicofarmacológico na primeira consulta

Variáveis	n (%)
Ajustes medicamentosos na primeira consulta - média ± DP	1,13 ± 0,82
Não foi realizado ajuste	19 (23,2%)
1 ajuste	40 (48,8%)
2 ou mais ajustes	23 (28,0%)
Tipo de ajustes medicamentosos	
Introduzido novo medicamento	34 (37,8%)
Aumentado medicamento	22 (24,5%)
Suspenso medicamento	5 (5,6%)
Reduzido medicamento	15 (16,5%)
Trocada dentro da mesma classe	14 (15,6%)
Número de casos onde foi introduzido e/ou aumentado medicamento	
Antidepressivos	34 (41,5%)
Anticonvulsivantes	10 (12,2%)
Antipsicóticos	5 (6,0%)
Agonista do receptor benzodiazepínico	2 (2,4%)
Litio	1 (1,2%)
Número de casos onde foi suspenso e/ou reduzido medicamento	
Antidepressivos (n=55)	1 (1,22%)

Variáveis	n (%)
Agonistas do receptor benzodiazepínico (n=23)	11 (13,4%)
Antipsicóticos (n=22)	2 (2,4%)
Anticonvulsivantes (n=18)	1 (1,2%)
Lítio (n=0)	-
Número de casos onde foi realizada troca dentro da mesma classe de medicamento	
Antidepressivos (n=55)	12 (14,6%)
Agonistas do receptor benzodiazepínico (n=23)	1 (1,2%)
Antipsicóticos (n=22)	1 (1,2%)
Anticonvulsivantes (n=18)	0 (0,0%)
Lítio (n=0)	-

Após o ajuste pelo modelo multivariado, permaneceram associadas com os escores de aproximação algumas variáveis clínicas dos pacientes: *sintomas depressivos como queixa principal* ($p=0,047$), *uso de antidepressivo* ($p=0,017$) e *transtorno depressivo como principal hipótese diagnóstica* ($p=0,008$); variáveis demográficas dos examinadores: *idade do examinador* ($p=0,017$) e *examinador do sexo masculino* ($p=0,025$); e também variáveis de manejo medicamentoso na primeira consulta: *suspensão de psicofármacos* ($p=0,001$), *introdução de anticonvulsivantes* ($p=0,001$), *suspensão de hipnóticos* ($p=0,020$), *redução da dose de hipnóticos* ($p=0,000$) e *troca entre hipnóticos* ($p=0,015$) (Tabela 5).

Pacientes com sintomas depressivos e em uso de antidepressivos apresentaram um padrão de redução do escore de aproximação com uma redução média do primeiro em 1,872 pontos (IC 95% = -3,721 a -0,024), e do segundo em 2,247 pontos (IC 95% = -4,095 a -0,400). Ao mesmo tempo, pacientes que receberam o diagnóstico de transtorno depressivo apresentaram uma relação de aumento deste mesmo escore em uma média de 3,342 pontos (IC 95% = 0,921 a 5,925). Para cada ano a mais na idade do examinador, houve um aumento médio de 0,56 pontos nesse desfecho (IC 95% = 0,190 a 1,014), enquanto o fato de o examinador ser do sexo masculino representou uma redução média de 2,14 pontos (IC 95% = -4,019 a -0,271).

Tabela 5 – Análise de Regressão Linear para avaliação dos fatores independentemente associados aos domínios do EACT

Domínios – Variáveis	b (IC 95%)	Beta	P	R ²
Escore de Aproximação				
51,8%				
Examinador ser do sexo masculino	-2,14 (-4,01 a -0,27)	-0,219	0,025	
Idade do examinador	0,55 (0,19 a 1,01)	0,230	0,017	
Queixa principal de sintomas depressivos	-1,87 (-3,72 a -0,02)	-0,191	0,047	
Uso de antidepressivo	-2,24 (-4,09 a -0,40)	-0,216	0,017	
Diagnóstico de transtorno depressivo	3,34 (0,92 a 5,92)	0,271	0,008	
Suspensão de psicofármacos	6,97 (2,82 a 11,12)	0,341	0,001	
Introdução de anticonvulsivantes	-5,84 (-9,40 a -2,27)	-0,286	0,001	
Suspensão de hipnóticos	-10,31 (-18,98 a -1,64)	-0,231	0,020	
Redução da dose de hipnóticos	-5,66 (-8,20 a -3,12)	-0,379	0,000	
Troca entre hipnóticos	-9,60 (-17,29 a -1,90)	-0,215	0,015	

Domínios – Variáveis	b (IC 95%)	Beta	P	R ²
Escore de Afastamento				
55,3%				
Queixa principal de sintomas depressivos	0,94 (0,08 a 1,80)	0,205	0,032	
História previa de internação psiquiátrica	2,5 (1,17 a 3,97)	0,351	0,000	
Número de ajustes medicamentosos	-0,73 (-1,37 a -0,09)	-0,264	0,025	
Introdução de anticonvulsivantes	2,43 (0,72 a 4,14)	0,254	0,005	
Suspensão de hipnóticos	4,59 (1,06 a 8,12)	0,220	0,011	
Redução de dose de hipnóticos	2,73 (1,28 a 4,19)	0,391	0,000	
Troca entre hipnóticos	7,59 (4,06 a 11,12)	0,363	0,000	
Escore de Indiferença				
53,30%				
Queixa principal de exaustão familiar	1,50 (0,11 a 2,88)	0,322	0,034	
Uso de hipnóticos	0,52 (0,05 a 1,00)	0,329	0,030	
Número de ajustes medicamentosos	-0,43 (-0,86 a -0,006)	-0,499	0,047	
Redução da dose de antidepressivos	1,27 (0,24 a 2,31)	0,333	0,016	

b=coeficiente de regressão; IC 95%: Intervalo de 95% de confiança; Beta=coeficiente de regressão padronizado; R²=coeficiente de determinação;

Com relação ao manejo farmacológico na primeira consulta, suspensão de psicofármacos e o escore de aproximação apresentaram uma relação positiva fortemente associada ($b=6,977$; IC 95% = 2,827 a 11,127), enquanto este mesmo escore apresentou relação negativa quando associado com as medidas de suspensão dos agonistas do receptor benzodiazepínico ($b=-10,317$; IC 95% = -18,987 a -1,647), de redução dos agonistas do receptor benzodiazepínico ($b=-5,662$; IC 95% = -8,202 a -3,122), de trocas dentro da mesma classe entre agonistas do receptor benzodiazepínico ($b=-9,602$; IC 95% = -17,299 a -1,905) e de introdução de anticonvulsivantes ($b=-5,840$; IC 95% = -9,405 a -2,275). E essas variáveis em conjunto explicam 51,8% da variabilidade dos escores de afastamento.

Quanto ao domínio afastamento, mostraram-se estatisticamente associadas as variáveis *história previa de internação psiquiátrica* ($p=0,000$) e *número de ajustes medicamentosos* ($p=0,025$), além de outras cinco variáveis que já haviam se mostrado clinicamente significativas com o escore de aproximação: *queixa principal de sintomas depressivos* ($p=0,032$), *introdução de anticonvulsivantes* ($p=0,005$), *suspensão de hipnóticos* ($p=0,011$), *redução da dose de hipnóticos* ($p=0,000$) e *troca entre hipnóticos* ($p=$

0,000), estas quatro medidas serão denominadas nesta apresentação como medidas objetivando a suspensão de hipnóticos. Quando relacionado ao domínio afastamento, os pacientes com sintomas depressivos passaram a apresentar um padrão de associação positivo ($b=0,944$; IC 95% = 0,081 a 1,806), inverso quando comparado com o domínio de aproximação. Da mesma forma, pacientes com história prévia de internação psiquiátrica também apresentaram um padrão positivo com o escore de afastamento ($b=2,575$; IC 95% = 1,177 a 3,973).

Quando correlacionados com o escore de afastamento, foi encontrada uma correlação negativa com número de ajustes medicamentosos ($b=-0,735$; IC 95% = -1,379 a -0,092). Contudo, evidenciou-se associações positivas com medidas de suspensão dos agonistas do receptor benzodiazepínico ($b=-4,596$; IC 95% = 1,064 a 8,129), redução dos agonistas do receptor benzodiazepínico ($b=2,739$; IC 95% = 1,282 a 4,196), trocas dentro da mesma classe entre agonistas do receptor benzodiazepínico ($b=7,596$; IC 95% = 4,064 a 11,129) e introdução de anticonvulsivantes ($b=2,437$; IC 95% = 0,727 a 4,147), todas inversas quando comparadas com o escore de aproximação. Essas variáveis em conjunto explicam 55,3% da variabilidade dos escores de afastamento.

Quanto aos escores de indiferença, apenas

as variáveis *queixa principal de exaustão familiar* ($p= 0,034$), *uso de hipnóticos* ($p= 0,030$), *número de ajustes medicamentosos* ($p= 0,047$) e *redução da dose de antidepressivos* ($p= 0,016$) foram significativamente associadas. A presença de exaustão familiar está ligada a um aumento médio de 1,502 pontos no escore de indiferença (IC 95%= 0,115 a 2,889), enquanto o uso de agonistas do receptor benzodiazepínico esteve relacionado a um aumento médio de 0,526 pontos (IC 95%= 0,051 a 1,001). O fator redução da dose de antidepressivo, quando relacionado com o escore de indiferença, apresentou associação positiva ($b= 1,277$; IC 95%= 0,242 a 2,312), enquanto o número de ajustes medicamentosos apresentou associação negativa com este mesmo escore ($b= -0,436$; IC 95%= -0,867 a -0,006), de maneira semelhante ao que se evidenciou com o escore de afastamento. As variáveis conjuntamente explicam 53,3% da variabilidade dos escores de indiferença.

Discussão

O presente estudo evidenciou correlações clinicamente significativas entre dados clínicos dos pacientes, dados demográficos dos avaliadores e condutas psicofarmacológicas, quando associados às respostas emocionais evocadas em consulta evidenciadas pela EACT. De forma similar à revisão sistemática de estudos sobre contratransferência,¹⁰ encontramos a predominância de reações contratransferenciais de aproximação. Os resultados obtidos, assim como os descritos por Rosa et al.,⁸ reforçam o fato de que não apenas as características dos pacientes influenciam nas manifestações contratransferenciais, como também as características do médico. De maneira análoga a Rosa et al.⁸ e Latts et al.,¹¹ que descrevem associação positiva entre examinadores do sexo masculino e respostas emocionais de afastamento, evidenciamos uma correlação desta mesma variável com menores respostas de aproximação. Por outro lado, quando avaliada a idade do examinador, ela se relacionou positivamente com respostas de aproximação,

de maneira concordante com os resultados de Rosa et al.⁸ e Silveira Júnior et al.¹²

A presença de queixas de sintomas depressivos tanto se correlacionou negativamente com sentimentos de aproximação, quanto positivamente com sentimentos de afastamento, evidenciando a relevância desta queixa na resposta emocional do examinador. Paradoxalmente, quando avaliado o diagnóstico de transtorno depressivo, este se relacionou de maneira positiva com os sentimentos de aproximação, corroborando os achados de Brody et al.,¹³ que correlacionou os trabalhos com pacientes depressivos a reações mais intensas de compaixão e empatia. Esta reação entre de afastamento diante de queixas de sintomas depressivos e aproximação com o diagnóstico de transtorno depressivo pode estar associada ao fato de que, ao ser questionado sobre sua queixa, o paciente responde de forma mais racional, enquanto ao se fazer o diagnóstico de um transtorno depressivo o examinador já teria uma visão mais ampla das queixas do paciente, mas também de seus afetos. Ao mesmo tempo, evidenciou-se que a história prévia de internação psiquiátrica se associou positivamente com sentimentos de afastamento no examinador, possivelmente pelo fato de se tratar de casos de maior gravidade ou maiores riscos, fator que acarreta sentimentos negativos como desesperança e rejeição.

Ao se avaliar o manejo de hipnóticos nos pacientes idosos, constatou-se que as medidas objetivando suspensão deles estiveram correlacionadas tanto com uma associação negativa com o escore de aproximação, quanto com uma associação positiva com o escore de afastamento. Ao mesmo tempo, o uso dos hipnóticos se relacionou de maneira positiva com sentimentos de indiferença. É fundamental reconhecer a importância da desprescrição dessa classe de medicações na população idosa, uma vez que está associada a riscos. Contudo, seu manejo pode envolver sintomas de retirada potencialmente estressantes para o paciente.¹⁴ Embora realizar estas medidas em primeira consulta seja uma abordagem correta, pode

ser compreendido como uma intervenção menos empática. Ao mesmo tempo, o entendimento de que tal medida que teve maior correlação com reações de afastamento vai ao encontro com os resultados descritos por Colli et al.¹⁵ sobre a associação entre reações contratransferenciais negativas dos terapeutas e tendência a medidas de intervenção mais expressivas e menos acolhedoras. Paralelamente, o número de ajustes medicamentosos em primeira consulta apresentou correlação inversa tanto com respostas emocionais de afastamento quanto de indiferença, expondo uma relação oposta entre estes domínios e realização de medidas de ajuste psicofarmacológico.

O estudo foi restrito ao Ambulatório de Psiquiatria Geriátrica do HSL-PUCRS, um serviço de assistência sem vínculo com o Sistema Único de Saúde, de forma a limitar os resultados a grupos sociodemográficos específicos. Adicionalmente, a replicabilidade do mesmo estudo em outros centros com enfoque em outras áreas da psiquiatria pode proporcionar dados complementares. O número reduzido de examinadores e o período limitando de coleta de dados impacta em uma menor representatividade de dados, restringindo a aplicabilidade dos dados para uma população geral. E, por fim, a natureza transversal do estudo também limita a análise de causalidade e as repercussões dos achados a longo prazo. Apesar das limitações, os achados do estudo reforçam a importância da compreensão da contratransferência como ferramenta clínica, evidenciando a necessidade de pesquisas adicionais a fim de proporcionar uma compreensão mais abrangente do fenômeno em questão.

Conclusão

Os achados do presente estudo corroboram para uma compreensão mais abrangente das variáveis que possuem relação com os diferentes tipos de reações contratransferenciais no atendimento psiquiátrico. Foram evidenciadas correlações clinicamente significativas entre padrões de emoções evocadas nos psiquiatras

e medidas nas condutas psicofarmacológica. Reforçamos, assim, a importância de se investir em uma mais profunda compreensão da contratransferência como ferramenta dentro da prática clínica.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Contribuições individuais dos autores

Arthur Rorig de Azevedo: Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição; Guilherme Noschang Vieira Bacchi: Coleta de Dados, Redação - Revisão e Edição; Larissa Belon Albuquerque: Coleta de Dados, Redação - Revisão e Edição; Marina Mosele Guidi: Coleta de Dados, Redação - Revisão e Edição; Mateus Vizentini Mendes: Coleta de Dados, Redação - Revisão e Edição; Pedro Marques da Rosa: Coleta de Dados, Redação - Revisão e Edição; Edgar Chagas Diefenthaler: Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão; Vanessa Sgnaolin: Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão; Alfredo Cataldo Neto: Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão.

Conflitos de interesse

Nenhum dos autores deste artigo possuem conflitos de interesse.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da população: Brasil e unidades da federação. 2018. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.

3. De Souza LR, Gonçalves TRFT, Leite FSL da S, de Oliveira IG, Moreira CIH, da Silva FAB, et al. Transtornos psiquiátricos em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Braz J Develop*. 2023;9(6):19457-69. <https://doi.org/10.34117/bjdvgn6-050>
4. Zambelli CK, Tafuri MI, Viana TC, Lazzarini ER. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicol. Clin*. 2013;25(1):179-95. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652013000100012>
5. Heimann P. Sobre a contratransferência. *Rev Psicanál SPPA*. 1995;2(1):171-7. (Trabalho original publicado em 1950).
6. Sandler J. O paciente e o analista. Rio de Janeiro: Imago; 1986. (Trabalho original publicado em 1970).
7. Silveira Júnior ÉM. Validação da escala para avaliação da contratransferência (EACT) no atendimento psiquiátrico inicial de vítimas de trauma psíquico [dissertação]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. <http://hdl.handle.net/10183/27754>
8. Rosa PM, Pelissari LK, Fleith LV, Zanon JP, Couto IS, Engroff P, et al. Manifestações contratransferenciais no primeiro atendimento de pacientes idosos em um ambulatório de psiquiatria de um hospital terciário. *Rev bras psicoter* (no prelo).
9. Eizirik CL, Costa F, Kapczinski F, Piltcher R, Gauer R, Libermann Z. Observing countertransference in brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*. 1991;56(3):174-81. PMID: 1758962. <https://doi.org/10.1159/000288552>
10. Machado Dde B, Coelho FM, Giacomelli AD, Donassolo MA, Abitante MS, Dall'Agnol T, et al. Systematic review of studies about countertransference in adult psychotherapy. *Trends Psychiatry Psychother*. 2014; 36(4):173-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1004>
11. Latts MG, Gelso CJ. Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 1995; 32: 405-15. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.3.405>
12. Silveira Júnior Ede M, Polanczyk GV, Hauck S, Eizirik CL, Ceitlin LH. Can countertransference at the early stage of trauma care predict patient dropout of psychiatric treatment? *Braz J Psychiatry*. 2011 Dec; 33(4):379-84. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000400012>
13. Brody EM, Farber B. The effects of therapist experience and diagnosis on countertransference. *Psychother Theory Res Pract Train*. 1996 Oct;33(3):372-80. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.3.372>
14. Ng BJ, Le Couteur DG, Hilmer SN. Deprescribing benzodiazepines in older patients: impact of interventions targeting physicians, pharmacists, and patients. *Drugs Aging*. 2018 Jun; 35(6):493-521. <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0544-4>
15. Colli A, Gagliardini G, Gullo S. Countertransference responses mediate the relationship between patients' overall defense functioning and therapists' interventions. *Psychother Res*. 2022 Jan;32(1):45-58. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1884768>

Arthur Rorig de Azevedo

Graduado em Medicina pela universidade São Leopoldo Mandic (SLM), em Campinas, SP, Brasil; pós-graduado em Prática Médica Hospitalar – Psiquiatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Guilherme Noschang Vieira Bacchi

Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Pós-graduado em Prática Médica Hospitalar – Psiquiatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Larissa Belon Albuquerque

Graduada em Medicina pela Universidade do Oeste Paulista (Unoeste), em Presidente Prudente, SP, Brasil. Pós-graduada em Prática Médica Hospitalar – Psiquiatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Marina Mosele Guidi

Graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), em Curitiba, PR, Brasil. Pós-graduada na Residência de Psiquiatria do Hospital São Lucas (HSL), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Mateus Vizentini Mendes

Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Pós-graduado em Prática Médica Hospitalar – Psiquiatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Pedro Marques da Rosa

Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Pós-graduado em Prática Médica Hospitalar – Psiquiatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Edgar Chagas Diefenthaler

Mestre em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Preceptor e Supervisor de Psiquiatria do Hospital São Lucas (HSL), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Vanessa Sgnaolin

Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil. Professora da Escola de Ciências de Saúde e da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Alfredo Cataldo Neto

Doutor em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professor da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Arthur Rorig de Azevedo

Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Serviço de Psiquiatria

Av. Ipiranga, 6690

Partenon, 90610-001

Porto Alegre, RS, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela SK Revisões Acadêmicas e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.