

CARTA AO EDITOR/LETTER

Perturbações da Personalidade: Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários Personality Disorders: A Primary Health Care Approach

✉ MARINA FARIA*¹, RUI PEDRO ALBUQUERQUE², ANA RITA MATOS³

¹Unidade de Saúde Familiar Lusa, Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, Oeiras, Portugal.

²Serviço de Psiquiatria, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

³Unidade de Saúde Familiar Lusa, Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, Oeiras, Portugal.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários; Medicina Geral e Familiar; Perturbações da Personalidade

Keywords: Family Medicine; Personality Disorders; Primary Health Care

Uma perturbação da personalidade (PP) é um padrão persistente de experiência interna e comportamento desviante face às expectativas da cultura do indivíduo, difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo. O DSM 5 apresenta dois modelos de abordagem diagnóstica – o categórico e o dimensional.¹ A maioria dos médicos não psiquiatras, apesar de consciente do diagnóstico, não se sente confiante na sua realização.²

As PP são uma patologia psiquiátrica comum. Estima-se que a sua prevalência na população geral seja de 4% a 12%² e de 26% na população jovem (entre 14 e 22 anos).³ Os poucos estudos existentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) apontam para uma prevalência de 27% a 32% entre os utentes frequentadores.⁴

Avaliando o impacto desta perturbação, verifica-se utilização excessiva do sistema de saúde em diferentes vertentes (consulta, internamentos, urgências),^{2,4,5} estimando-se um custo em saúde até quatro vezes superior a um utente sem este diagnóstico.⁴ Apresentam mais comorbilidades psiquiátricas – ansiedade, somatização, depressão, consumo de substâncias (cerca de 60% dos utentes com abuso de substâncias cumpre critérios de PP)⁵ e suicídio – e comorbilidades médicas, principalmente doença cardíaca e cerebrovascular, estimando-se um aumento do risco de acidente vascular cerebral (até 8,5 vezes superior), enfarte agudo do miocárdio e doença coronária.⁴ Verifica-se uma

maior tendência para que as patologias de base evoluam de forma crónica, refratária à terapêutica e com interferência na funcionalidade global.^{2,4} Consequentemente, verifica-se diminuição em cerca de 18 anos na esperança média de vida (59 anos nos homens e 63 anos nas mulheres).⁴

Apesar de ser uma perturbação comum e com grande impacto no indivíduo, os médicos de família (MF) têm uma perceção maioritariamente depreciativa destes, descrevendo-os como: desafiantes, apelativos, incumpridores, dependentes, displicentes, exigentes, com agendas escondidas e imprevisíveis.⁶

As dificuldades encontradas pelos profissionais são: lacunas científicas quanto ao rastreio, diagnóstico e possibilidades terapêuticas, descrevendo pouca inovação e intervenções com pouco impacto na funcionalidade do utente; escassez de recursos terapêuticos (como psicólogos); e dificuldade na referenciação hospitalar, sem orientações específicas, pouca adesão dos doentes, falta de comunicação com os colegas e referenciação numa fase tardia já associada a comorbilidades.^{3,4} Assim, deveria haver mais investimento na formação de profissionais, criação de orientações práticas e focadas na gestão destes casos, disponibilização de materiais de apoio, formação por pares, promoção da comunicação entre os CSP e os cuidados hospitalares e desenvolvimento de programas de literacia em saúde mental.^{2,4}

Infelizmente não existem ferramentas validadas para rastreio. O MF tem o privilégio de acompanhar o utente desde

Recebido/Received: 2022-03-23

Aceite/Accepted: 2022-09-08

Publicado Online/Published Online: 2022-09-23

Publicado/Published: 2022-09-23

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Marina Faria | marinaascensofaria@gmail.com | USF Lusa, Rua Manuel Teixeira Gomes, 21, 2790-015, Carnaxide

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.

Nenhuma reutilização comercial.

a infância à idade adulta, estando alerta para comportamentos sinalizadores de risco: utentes frequentadores mas pouco cumpridores, má resposta à terapêutica, difícil relação médico-doente e dificuldade em cumprir regras. Face a uma suspeita, deve questionar se os traços de personalidade são problemáticos (causam dificuldade no próprio ou no outro), persistentes (crónicos e estáveis) e penetrantes (com implicação na função e adaptação a contextos pessoais e sociais), procedendo à sua referenciação hospitalar.^{4,7,8} Por último, deve investir-se no treino da comunicação, como ferramenta central no acompanhamento destes

utentes. Torna-se fulcral estabelecer regras e barreiras, sendo firmes no seu cumprimento; manter uma linguagem neutra e postura calma; ser claro, breve e direto, mostrando disponibilidade para apoiar, mas sem espaço para interpretações duvidosas; aprender a separar a pessoa do comportamento, evitando o confronto; validar as opiniões e ideias, não desvalorizando e refocando para os tópicos relevantes em consulta; ser empático, consistente e confiável.^{7,8} Como MF, mais que diagnosticar uma PP, o objetivo é reconhecer o problema, acompanhando e ajudando o utente, de forma a minimizar o impacto na sua vida pessoal e social.

Declaração de Contribuição

MF: Contribuição substancial na redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

RPA e ARM: Contribuição intelectual substancial, revisão crítica do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

Contributorship Statement

MF: Substantial contribution to the writing of the paper and final approval of the version to be publish.

RPA, ARM: Substantial intellectual contribution, critical review of the manuscript and final approval of the version to be publish.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsidio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Chicago:APA;2013.
2. Gask L, Evans M, Kessler D. Clinical Review. Personality disorder. *BMJ*. 2013;347:f5276. doi: 10.1136/bmj.f5276.
3. Chanen AM, Nicol K. Five failures and five challenges for prevention and early intervention for personality disorder. *Curr Opin Psychol*. 2021;37:134-8. doi: 10.1016/j.copsyc.2020.12.005.
4. Huprich SK. Personality Pathology in Primary Care: Ongoing Needs for Detection and Intervention. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25:43-54. doi: 10.1007/s10880-017-9525-8.
5. Devens M. Personality disorders. *Prim Care*. 2007;34:623-40, viii. doi: 10.1016/j.pop.2007.05.008.
6. French L, Moran P, Wiles N, Kessler D, Turner KM. GPs' views and experiences of managing patients with personality disorder: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2019;9:e026616. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026616.
7. Oldham MA. Personality-Informed Care: Speaking the Language of Personality. *Psychosomatics*. 2020;61:220-30. doi: 10.1016/j.psym.2020.01.005.
8. National Health System England. Working with offenders with personality disorder. London: NHS;2015.