PSICOSE

Terapia dialogando com as vozes melhorou a recuperação pessoal de adultos com alucinações auditivas angustiantes e persistentes

EM 5 SEGUNDOS

EM UMA FRASE

Conversar com a voz deixou as pessoas mais perto da recuperação do que o atendimento de sempre, mas quem respondeu sabia o grupo e a vantagem encolheu aos 14 meses.

EM GENTE

Questionário de recuperação pessoal preenchido pela própria pessoa aos oito meses. Quem fez a terapia ficou 6,97 pontos à frente de quem teve só o cuidado habitual.

O artigo não traz a escala completa do questionário, então não dá para dizer onde cada grupo ficou. Aos 14 meses a diferença caiu para 3,55 pontos.

Surpresa em relação ao que o resumo contava — **5**/10

Resumo destaca avaliadores às cegas. Artigo mostra desfecho autorrelatado por quem sabia o grupo, comparado só com o cuidado habitual.

Uso amanhã na segunda no consultório — **5**/10

Muda o que dizer a quem pergunta por esta terapia. Exige formação e supervisão, sem tarefa pronta para amanhã.

Solidez dá para confiar? — **7**/10

Sorteio oculto e registro prévio. Mas quem respondeu sabia o grupo e o comparador era só a rotina. **ver anexo, p. 11**

Lido no texto completo

Esta leitura partiu do texto completo, a partir do PDF fornecido à equipe.

REFERÊNCIA

Longden E, Branitsky A, Glen C, Bell V, Joyce E, Bowe SE, et al. Dialogical therapy plus treatment as usual versus treatment as usual in adults with distressing and persistent auditory hallucinations in the UK (Talking with Voices-II): a randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2026. doi:10.1016/s2215-0366(26)00330-5 https://doi.org/10.1016/s2215-0366(26)00330-5

Conversar com a voz ajuda na recuperação?

Conversar diretamente com a voz que a pessoa escuta, por meio do terapeuta, ajuda mais na recuperação do que só o acompanhamento de rotina? Foi isso que um ensaio britânico quis saber em 309 adultos de serviços públicos de saúde mental, com vozes angustiantes havia pelo menos um ano. Em média eles tinham 41 anos e escutavam vozes fazia quase 17. Mais da metade tinha diagnóstico do espectro da esquizofrenia, e o restante reunia transtornos de humor, de personalidade, estresse pós-traumático e outros quadros, então o resultado descreve a média de um grupo misto, e o texto principal não mostra se o efeito foi o mesmo em cada quadro. Metade foi

sorteada para a terapia somada ao cuidado habitual, e a outra metade ficou só com o cuidado habitual.

A terapia, chamada Talking with Voices, ofereceu até 26 sessões de uma hora ao longo de oito meses. O foco é a relação entre a pessoa e suas vozes, o que elas querem, o que dizem, a que conflito respondem. Em muitos casos o terapeuta fala com a voz e a pessoa conta o que ela responde. Gente que escuta vozes ajudou a montar o método e a supervisionar os terapeutas. A mediana foi de 23 sessões, e quatro pessoas não compareceram a nenhuma. O resultado principal veio de um questionário de recuperação pessoal. Aos oito meses, o grupo da terapia ficou 6,97 pontos à frente, mais do que os 4 pontos que os próprios autores tratam como mudança que importa, o que eu leio como uma diferença média. A gravidade das vozes também caiu mais nesse grupo, e a aceitação das vozes subiu.

O resumo diz que os avaliadores não sabiam quem recebeu o quê. É verdade, mas o questionário principal é preenchido pela própria pessoa, e a pessoa sabia em que grupo estava. Avaliador às cegas protege a entrevista, não protege o que alguém marca depois de oito meses de sessões semanais com atenção dedicada, comparado a quem seguiu a rotina de

sempre. Minha dúvida é quanto da diferença vem do método e quanto vem de esperança e de atenção. Por isso eu não leio essa diferença inteira como efeito do método. Os autores reconhecem o problema.

No acompanhamento, a diferença encolhe. Aos 14 meses, a vantagem na recuperação caiu para 3,55 pontos, com intervalo de 0,96 a 6,14, que vai de quase nada a acima dos 4 que eles mesmos consideram relevantes. Além disso, só cerca de metade do grupo foi acompanhada até lá, porque o desenho só media aos 14 meses quem tinha entrado cedo no estudo, igual para os dois lados. A dissociação, que fazia parte da teoria do método, não diferiu entre os grupos. Os eventos graves foram parecidos nos dois grupos, e nenhum foi considerado com certeza ligado ao tratamento. Eventos adversos comuns, os não graves, foram registrados em 50 pessoas da terapia e em 10 do cuidado habitual, e o texto não explica essa diferença.

Dá para confiar que, ao fim dos oito meses, quem fez a terapia se sentia melhor do que quem ficou só na rotina. Poucos desistiram, e 270 dos 309 foram avaliados nessa data. O que sustenta menos é o tamanho dessa vantagem, porque quem respondeu sabia o grupo, o comparador era só a rotina e a diferença caiu pela metade seis

meses depois. No meu consultório, este resultado permite dizer que conversar com a voz mostrou benefício diante do cuidado habitual. Não permite dizer que essa terapia supere outra psicoterapia, nem que o ganho dos oito meses se mantém inteiro.

O que está firme × onde eu teria calma

O que está firme

- O sorteio foi central e oculto, feito por uma unidade independente, e os grupos largaram parecidos na recuperação inicial, 28,72 contra 27,47, uma diferença pequena.
- A conta de incerteza põe a vantagem aos oito meses entre 5,00 e 8,95 pontos, toda acima dos 4 que contam. Essa conta só mede o acaso.
- Registro, protocolo e plano de análise eram públicos, e o resultado principal e o momento de medir não mudaram no caminho.

- A diferença entre os 21 terapeutas foi desprezível, mas todos eram qualificados e tinham supervisão semanal, então isso não diz como seria fora dessas condições.

Onde eu teria calma

- O sigilo dos avaliadores foi quebrado 49 vezes. A entrevista das vozes teve outro avaliador cego, mas isso não alcança o questionário principal.
- A checagem de quanto as perdas poderiam mexer no resultado ficou num apêndice que o texto principal não detalha. Eu não consigo julgar essa parte.
- O desemprego diferiu entre os grupos, 81% contra 67%, e a análise não ajustou por isso.
- Foram 15 desfechos secundários sem cuidado com o acaso, então um achado isolado entre eles pode ser sorte.

Na segunda-feira, no consultório

- Quando um paciente com vozes angustiantes quer falar com elas em sessão, digo que há pista razoável, sem promessa, e combino de revermos o rumo em algumas semanas.
- Com paciente em crise intensa, ou cujas vozes mandam ferir alguém, eu falaria antes com a equipe que o acompanha e adiaria o diálogo direto com a voz.
- Antes de qualquer conversa com a voz, anotaria o que ela diz, quando aparece e o quanto isso pesa no dia, para ter com o que comparar depois.
- Se eu não tenho formação nem supervisão para esse tipo de diálogo, procuraria um colega que tenha, em vez de improvisar a técnica com meu paciente.

O peso de cada ponto é seu.

Esta leitura mostra onde o estudo se sustenta e onde pede cuidado. Quanto cada ponto pesa na sua decisão clínica depende do seu paciente, do seu contexto e do seu critério.

AMOSTRA DO MEMBRO

Isso é o que o membro recebe toda semana, de todos os estudos da edição.

Veja os planos e o preço de hoje na página de membro.

Quero ser membro

psicocafe.com.br/membro

Esta leitura foi aberta para todos como amostra. O PDF do membro traz a leitura de cada estudo da edição.

Anexo: bastidor da análise

Aqui está o rigor completo, para quem quiser conferir: cada item vira uma pergunta, com a resposta (Sim, Em parte ou Não) e uma frase curta de explicação.

> **Como a Solidez do cartão sai daqui.** A Solidez do cartão sai deste anexo, por conta, e não por opinião. A nota segue a certeza do GRADE do desfecho principal: muito baixa fica entre 3 e 4, baixa entre 5 e 6, moderada entre 7 e 8, alta entre 9 e 10. Dentro da faixa, parte do meio, sobe 1 se o sorteio foi bem feito, o plano foi registrado antes e a perda de participantes ficou abaixo de 10%, e desce 1 se o risco de viés geral é alto.

Glossário

Os termos e as siglas que aparecem neste PDF, em português comum.

GRADE
Método para dizer o quanto dá para confiar numa evidência. Parte de uma certeza e rebaixa por problemas na condução dos estudos, resultados que divergem, evidência indireta, resultado impreciso ou estudos que podem ter ficado de fora.

RoB 2
Instrumento da Cochrane para avaliar o risco de viés de um ensaio randomizado, em cinco domínios, do sorteio à escolha do que relatar.

Intenção de tratar
Analisar cada pessoa no grupo para o qual foi sorteada, mesmo que tenha desistido ou não tenha seguido o combinado. Protege a comparação.

Cegamento
Quem avalia (ou participa) não saber qual tratamento cada pessoa recebeu. Em psicoterapia, paciente e terapeuta quase nunca podem ser cegados.

Desfecho primário
O resultado que o estudo escolheu, antes de começar, como o principal para dizer se o tratamento funcionou.

Cuidado habitual (TAU)
Comparação com o que a pessoa já receberia na rotina do serviço, sem a intervenção testada (em inglês, treatment as usual).

Terapia dialogando com as vozes melhorou a recuperação pessoal de adultos com alucinações auditivas angustiantes e persistentes

> **A Solidez deste estudo.** Aqui a certeza do GRADE é moderada, que fica entre 7 e 8. O ponto de partida é 8. Não soma 1: falhou perda abaixo de 10%. Tira 1: o risco de viés geral no RoB 2 é alto. Resultado: 7.

GRADE: A CERTEZA, DOMÍNIO A DOMÍNIO · NESTA LEITURA: MODERADA

Certeza da evidência (GRADE). Moderada. Rebaixaram a certeza: risco de viés (rebaixa um nível).

Os estudos têm falhas na forma como foram conduzidos?

Sim, rebaixa um nível

Sorteio oculto e perdas moderadas (270 de 309 com dados aos 8 meses), mas desfecho de autorrelato, participantes sem mascaramento, comparador de tratamento habitual, expectativa admitida e autores ligados à abordagem. Rebaixa um nível.

Os resultados dos estudos divergem entre si?

Não se aplica

Não se aplica a um ensaio único. A maioria dos desfechos secundários favoreceu a terapia, mas a dissociação e as crenças positivas sobre si não diferiram entre os grupos; o seguimento de 14 meses manteve a vantagem, menor, e o agrupamento por terapeuta foi desprezível (ICC menor que 0,0001).

O que foi estudado é diferente do que o clínico quer saber (outro tipo de paciente, outro resultado)?

Não, sem rebaixamento

O desfecho é a recuperação pessoal, prioridade dos pacientes, e o comparador é a prática corrente do NHS. A amostra selecionada (vozes personificadas, 72% brancos) e a supervisão intensiva limitam a generalização, sem rebaixar.

O resultado é incerto demais, com intervalo largo ou poucos participantes?

Não, sem rebaixamento

O IC95% de 5,00 a 8,95 pontos exclui o nulo e fica acima da diferença mínima importante de 4 pontos. Havia dados de 270 pessoas aos 8 meses, acima das 252 exigidas no cálculo.

Pode haver estudos que ficaram de fora por não terem dado resultado?

Não se aplica

Não se aplica a ensaio único sem funil. O registro foi prospectivo, protocolo e plano estatístico são públicos, e o desfecho primário e o momento de avaliação não mudaram.

O que faria a certeza subir. Um ensaio com terapia ativa como comparador, replicado por equipes sem ligação com quem criou a abordagem, e com o desfecho principal avaliado também por entrevistador mascarado, e não só por questionário de autorrelato.

ROB 2, ITEM A ITEM

Instrumento da Cochrane para o risco de viés de um ensaio randomizado: 5 domínios.

O sorteio que distribuiu as pessoas entre os grupos foi bem feito?

Sim

Sorteio central, oculto e feito por sistema web de uma unidade independente, em blocos e estratificado por centro e diagnóstico. Sobraram pequenos desequilíbrios, como desemprego, 81% contra 67%.

O tratamento foi aplicado como planejado, sem desvios que distorçam o resultado?

Em parte

Participantes e terapeutas sabiam o grupo, e o tratamento habitual não foi restringido. A análise foi por intenção de tratar, mas quatro pessoas da terapia não foram a nenhuma sessão e faltou medida de competência.

Os dados de quem saiu do estudo foram bem tratados, com poucas perdas?

Em parte

Tiveram dados aos 8 meses 270 de 309 pessoas, 89% na terapia e 86% no controle. A análise assumiu perda aleatória, com teste de sensibilidade descrito só no apêndice, que o texto principal não detalha.

O resultado foi medido de forma justa, por quem não sabia o grupo da pessoa?

Não

O QPR é autorrelato de quem sabia o grupo, sem proteção do mascaramento. Houve 49 quebras de mascaramento; a entrevista de vozes foi avaliada por outro avaliador cego, mas isso não alcança o QPR.

Os resultados foram relatados sem escolha seletiva do que mostrar?

Sim

Registro prospectivo, protocolo e plano estatístico públicos, desfecho primário e momento de avaliação mantidos. Ressalva menor: 15 secundários sem correção para múltiplos testes e uma medida de dissociação reclassificada depois.

Pelo algoritmo do RoB 2, o risco de viés geral deste ensaio é alto.

DESISTÊNCIAS E COMPARAÇÃO INICIAL

Quantos começaram e quantos terminaram?

Foram randomizados 309 participantes (156 TwV mais TAU, 153 só TAU). No desfecho primário, 270 (87%) fizeram a avaliação de 8 meses: 139 (89%) no TwV e 131 (86%) no controle. Os autores relatam 16 (5%) retiradas formais e 23 (7%) perdas, com atrito geral de 13%. O seguimento de 14 meses foi reduzido por desenho.

A análise incluiu quem desistiu?

Sim. A análise primária foi por intenção de tratar e incluiu os 309 randomizados nos grupos originais, inclusive os quatro que não compareceram a nenhuma sessão. Os dados faltantes foram tratados por máxima verossimilhança, assumindo perda aleatória, com análise de sensibilidade para perda não aleatória.

Os grupos eram comparáveis no início, e houve ajuste?

Os grupos pareciam comparáveis em idade, diagnóstico, tempo de vozes e recuperação pessoal inicial (28,72 contra 27,47). Houve diferenças pontuais, como desemprego (81% contra 67%) e ensino primário (7% contra 1%). Os modelos ajustaram por local, diagnóstico de esquizofrenia e valor basal do desfecho, mas não por emprego.

RoB 2, Processo de randomização: Dou crédito

RoB 2, Dados de desfecho ausentes: Tenho ressalvas

Fonte do estudo. Longden E, Branitsky A, Glen C, Bell V, Joyce E, Bowe SE, et al. Dialogical therapy plus treatment as usual versus treatment as usual in adults with distressing and persistent auditory hallucinations in the UK (Talking with Voices-II): a randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2026. doi:10.1016/s2215-0366(26)00330-5 Licença do estudo: CC BY-NC-ND 4.0. Esta leitura é uma obra derivada: resume e comenta o artigo, sem substituí-lo.

Conteúdo para estudo de profissionais. Não substitui o artigo completo nem o julgamento clínico.