

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade De Farmácia
Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Andressa Fraga Sant'ana Alves Novais

**EXPERIENCIA VIVIDA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO
BIPOLAR:UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

Belo Horizonte

2023

Andressa Fraga Sant'ana Alves Novais

**EXPERIENCIA VIVIDA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO
BIPOLAR:UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira.

Coorientadora: Dra. Agnes Fonseca Ribeiro Filardi.

Belo Horizonte

2023

Novais, Andressa Fraga Sant'ana Alves.

N935e Experiência vivida no tratamento do transtorno afetivo bipolar [recurso eletrônico] : um estudo fenomenológico / Andressa Fraga Sant'ana Alves Novais. - 2023.

1 recurso eletrônico (130 f. : il.) : pdf

Orientadora: Djenane Ramalho de Oliveira.

Coorientadora: Agnes Fonseca Ribeiro Filardi.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de PósGraduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Transtorno bipolar - Teses. 2. Saúde mental - Teses. 3. Tratamento farmacológico - Teses. 4. Psicofarmacologia - Teses. 5. Transtornos do humor - Teses. 6. Experiência de vida - Teses. I. Oliveira, Djenane Ramalho de. II. Filardi, Agnes Fonseca Ribeiro. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 615.78



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ANDRESSA FRAGA SANT'ANA ALVES NOVAIS

Realizou-se, no dia 13 de dezembro de 2023, às 09:00 horas, na sala 4087 da Faculdade de Farmácia da UFMG, a 169ª defesa de dissertação, intitulada EXPERIENCIA VIVIDA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO, apresentada por ANDRESSA FRAGA SANT'ANA ALVES NOVAIS, número de registro 2021700970, graduada no curso de FARMÁCIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, à seguinte Comissão Examinadora: professores doutores Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora (FAFAR-UFMG), Agnes Fonseca Ribeiro Filardi - Coorientadora (SES-MG), Simone de Araújo Medina Mendonça (FAFAR-UFMG), Isabela Viana Oliveira (Hospital Militar/MG).

A Comissão considerou a dissertação:

(X) Aprovada
() Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2023.

Djenane Ramalho de Oliveira - Orientadora (FAFAR-UFMG)

Agnes Fonseca Ribeiro Filardi - Coorientadora (SES-MG)

Simone de Araújo Medina Mendonça (FAFAR-UFMG)

Isabela Viana Oliveira (Hospital Militar/MG)



Documento assinado eletronicamente por **Agnes Fonseca Ribeiro Filardi, Usuário Externo**, em 18/12/2023, às 17:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Djenane Ramalho de Oliveira, Chefe de departamento**, em 18/12/2023, às 17:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Viana Oliveira, Usuário Externo**, em 19/12/2023, às 08:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Simone de Araújo Medina Mendonça, Professora do Magistério Superior**, em 21/12/2023, às 18:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2861071** e o código CRC **46174BD3**.

[novembro de 2020](#).

Referência: Processo nº 23072.217827/2020-64
286

SEI nº

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo discernimento que me concedeu para completar mais uma etapa do meu caminho. Agradeço à minha família: meu querido e saudoso pai Antônio e minha amada mãe Maria, por todo o incentivo e pela cobrança para que eu sempre buscasse o caminho da educação. Meu esposo Igor, que me acompanha mesmo antes de iniciar a graduação, que sempre me apoiou a não parar por ali. Meus irmãos Bruno e Alan, pelo apoio em todas as fases difíceis e boas da vida, assim como os demais.

Agradeço enormemente à minha orientadora Agnes, por todas as horas dedicadas e pela paciência em lidar com meus momentos de desmotivação. À minha orientadora, Djenane, que nos inspira a tentar fazer o melhor com todos os seus ensinamentos e trabalhos.

RESUMO

Os problemas de saúde mental geram sofrimento psíquico afetando os comportamentos, os pensamentos, as percepções e os sentimentos, alterações que repercutem nas relações interpessoais, tanto na vida familiar quanto no trabalho. O Transtorno Afetivo Bipolar apresenta prevalência mundial acima de 45 milhões de pessoas. É um problema de saúde mental crônico, caracterizado por alterações graves do humor, episódios de depressão, humor negativo, mania (humor exacerbado) ou hipomaníaca. O manejo clínico dessa condição de saúde envolve diversas medidas para estabelecimento do processo de cuidado como tratamento farmacológico, psicoterapias, medidas psicoeducativas e monitoramento multidisciplinar. Os medicamentos mais comumente prescritos para o tratamento são os moduladores do humor como o lítio e antipsicóticos atípicos como a risperidona. Esta pesquisa qualitativa foi desenvolvida com o método de Max van Manen, Fenomenologia da Prática, com o objetivo de desvelar a experiência vivida do paciente em tratamento farmacológico para o tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais e em grupos focais. O tratamento de dados utilizou a técnica de análise temática, facilitada pelo Software NVivo. Os resultados desvelaram cinco temas: “Antes e depois do diagnóstico”, “A recuperação da saúde mental é subjetiva”, “Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio”, “O medicamento ajuda, mas não faz milagre” e “Antes e depois do medicamento mais efetivo”. A pesquisa colaborou para a compreensão da experiência vivida pelos pacientes com os medicamentos, para um processo de recuperação da saúde mental mais efetivo.

Palavras-chave: transtorno afetivo bipolar; saúde mental; tratamento farmacológico; transtornos do humor; experiência.

ABSTRACT

Mental health problems generate psychological suffering, affecting behaviors, thoughts, perceptions and feelings, changes that have repercussions on interpersonal relationships, both in family life and at work. Bipolar Affective Disorder has a worldwide prevalence of over 45 million people. It is a chronic mental health problem, characterized by severe mood changes, episodes of depression, negative mood, mania (exacerbated mood) or hypomania. The clinical management of this health condition involves several measures to establish the care process, such as pharmacological treatment, psychotherapies, psychoeducational measures and multidisciplinary monitoring. The most commonly prescribed medications for treatment are mood modulators such as lithium and atypical antipsychotics such as risperidone. This qualitative research was developed using Max van Manen's method, Phenomenology of Practice, with the aim of revealing the patient's lived experience in pharmacological treatment for the treatment of Bipolar Affective Disorder. To collect data, individual semistructured interviews and focus groups were carried out. Data processing used the thematic analysis technique, facilitated by NVivo Software. The results revealed five themes: "Before and after diagnosis", "Mental health recovery is subjective", "Living like Alice: difficulty in achieving balance", "Medicine helps, but does not perform miracles" and "Before and after the most effective medicine." The research contributed to understanding the experience lived by patients with medications, for a more effective mental health recovery process.

Keywords: bipolar affective disorder; mental health; pharmacological treatment; mood disorders. experience.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ALT	Alanina Aminotransferase
AST	Aspartato Aminotransferase
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID10	Classificação Internacional de Doenças 10
CID11	Classificação Internacional de Doenças 11
DSM III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III
DSM V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V
EM	Episódio Maníaco
EI	Entrevista individual
FDA	Food and Drugs Administration
GF	Grupo Focal
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PRM	Problema Relacionado ao Uso de Medicamento
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TAE	Tentativa de autoextermínio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGO	Transaminase Glutâmico Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmica Pirúvica
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO.....	11
2.0-DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	14
2.2 O Diagnóstico no Transtorno Afetivo Bipolar.....	14
2.2.1 Critérios diagnósticos no para Transtorno Bipolar Tipo I.....	15
2.2.2 Critérios diagnósticos para Transtorno Bipolar Tipo II.....	19
2.2.3 Critérios diagnósticos para demais transtornos vinculados ao TAB.....	20
2.3 O tratamento farmacológico.....	21
2.3.1 O medicamento Lítio.....	22
2.3.2 Medicamentos anticonvulsivantes.....	23
2.3.3 Medicamentos antipsicóticos.....	25
2.3.4 Medicamentos antidepressivos.....	28
2. 3.5 A escolha do tratamento.....	28
3.0 CONHECENDO E COMPREENDENDO O UNIVERSO DO FENÔMENO .ESTUDADO.....	30
3.1. Contexto histórico do Transtorno Afetivo Bipolar.....	30
4.0 - A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO E NO USO DEMEDICAMENTOS.....	41
5.0 PROPÓSITOS DO ESTUDO.....	49
5.1 Relevância do estudo.....	49
5.2 Objetivo geral.....	50
5.3 Objetivos específicos.....	50
06 Metodologia.....	51
6.1 Fenomenologia da prática de Max van Manen.....	51
6.2 Delineamento do estudo.....	54
6.3 Participantes do estudo.....	54
6.4 Aspectos éticos.....	55

6.5 Coleta de dados.....	55
6.5 Grupo Focal na Fenomenologia.....	56
6.6 Análise dos dados.....	59
7.0 RESULTADOS.....	60
7.1 Tema 1 Antes e depois do diagnóstico de TAB.....	67
7.2 Tema 2 A recuperação da saúde mental é subjetiva.....	69
7.3 Tema 3 Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio.....	70
7.3.1 “Cobra mal matada”.....	71
7.3.2 Comorbidades.....	71
7.3.3 Comportamento de risco.....	72
7.4 Tema 4 O medicamento ajuda, mas não faz milagre.....	72
7.5 Tema 5 Antes e depois do medicamento mais efetivo.....	74
8.0 – DISCUSSÃO.....	77
9.0 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	86

APÊNDICE A Tópico guia para entrevista individual e em Grupo

Foval

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE C Artigo “O CAMINHO TRILHADO PARA ESTABILIDADE: TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS PARA O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR”.

ANEXO A parecer substanciado CEP

1 INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental geram sofrimento psíquico, alteram os comportamentos, os pensamentos, as percepções e os sentimentos, impactando nas relações interpessoais, no círculo familiar, de amigos e de colegas de trabalho (WHO, 2019). Entre os diversos problemas de saúde mental existentes, destacase o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) cuja prevalência mundial é maior de 45 milhões de casos (GBD, 2017), definido como um grupo de transtornos afetivos crônicos, graves e de recorrência alta, nos quais é característica a manifestação de períodos agudos de humor negativo, depressivo e humor exacerbado, de episódios maníacos ou hipomaníacos (Costa, 2008; DSMV; Phillips & Kupfer, 2013; ABP, 2014).

Parick e Kennedy (2004) discutem as abordagens do tratamento do transtorno bipolar na prática e enfatizam que os medicamentos são de grande importância para a melhora do quadro clínico dos pacientes. Contudo, os autores ponderam que, apesar da farmacoterapia ser uma intervenção básica, é comum a baixa adesão. O processo de cuidado do paciente com TAB envolve uma gama de intervenções, os medicamentos são prescritos juntamente com a indicação de terapias de suporte e de monitoramento de fatores estressantes do ambiente familiar, escolar e/ou do trabalho. Os pacientes podem se beneficiar também de intervenções específicas como a psicoeducação e a terapia cognitiva comportamental. Nestes processos psicoterapêuticos é trabalhado o desenvolvimento do protagonismo do paciente, o autocuidado, propiciando o conhecimento de si mesmo, o controle de recaídas de sintomas agudos de mania e depressão e a adesão ao tratamento (Parick & Kennedy, 2004).

A farmacoterapia do TAB é composta principalmente pelos medicamentos lítio, ácido valpróico e antipsicóticos atípicos e deve ser elaborada pensando em um futuro distante, em longo prazo, tendo em vista a cronicidade, contudo, nos episódios agudos, é priorizado primeiro o manejo destes e depois o tratamento de manutenção (Yatham et al., 2005).

Ainda sobre o tratamento medicamentoso, o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o TAB I, do Ministério da Saúde, estabelece como primeira linha de tratamento o medicamento carbonato de lítio. Este medicamento é preconizado tanto para manejo de episódios agudos de humor negativo como para os de exaltação do humor e períodos de eutímia (Brasil, 2016). O carbonato de lítio oferece benefícios para os pacientes, manejando

o humor e prevenindo inclusive as tentativas de autoextermínio (TAE), mas requer cuidados e cautela durante a utilização, uma vez que já se sabe que a dose terapêutica do medicamento é estreita devido ao risco iminente de toxicidade. Além disso, deve ser considerado que o uso do medicamento pode expor os pacientes a inúmeros efeitos adversos (Cipriani et al. 2005). Os pacientes tratados com carbonato de lítio, portanto, devem ser monitorados laboratorialmente trimestralmente, para verificação da função renal por meio dos exames de dosagem de creatinina e ureia, e semestralmente, para verificar a função tireoidiana, por meio do exame de TSH, concentração sérica do lítio e do cálcio (Brasil, 2016).

Os demais medicamentos preconizados para manejo do TAB também têm potencial de causar efeitos adversos, por isso, os pacientes em tratamento devem ser monitorados laboratorialmente (Brasil, 2016). Como evidenciado na pesquisa de Cappleman, Smith e Lobban (2014), por conta destes efeitos adversos significativos, entre outros fatores, como econômicos e subjetivos, muitas pessoas optam pela não utilização dos medicamentos para tratar o TAB. Entretanto há também aqueles que optam pela adesão ao tratamento, mesmo vivenciando os efeitos não desejados de medicamentos como o lítio, pois também experienciam os efeitos benéficos como a estabilidade do humor durante longos períodos de suas vidas (Salgado et al., 2014).

O uso crônico de medicamentos, incluindo para o TAB, abre espaço para a possibilidade de ocorrência de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). Segundo Ramalho de Oliveira (2009), para de fato atuar na resolução destes, é imprescindível que sejam compreendidas as experiências individuais de cada pessoa com seus medicamentos. A compreensão destas experiências dará luz para a formulação de farmacoterapias adequadas ao contexto de cada paciente (Ramalho de Oliveira, 2009), o que justifica e demonstra a importância de se pesquisar o fenômeno da experiência com o uso dos medicamentos.

A experiência com o uso de medicamentos inclui a adesão, mas envolve muitos outros aspectos além da não adesão ao tratamento e os efeitos adversos, fenômeno que é repleto de significados e subjetividades. Desta maneira, não pode ser analisado tomando-se por verdade absoluta pesquisas alheias à realidade do paciente, uma vez que, no cotidiano do tratamento, principalmente no contexto das doenças crônicas, o paciente é um ser livre, contextualizado, capaz de tomar decisões e de atuar em seu processo terapêutico de forma ativa (Ramalho de Oliveira, 2009, 2011).

É importante compreender a experiência do paciente diagnosticado com transtorno afetivo bipolar em tratamento com medicamentos psicotrópicos. Para isso, é preciso explorar com os pacientes os diversos fatores envolvidos no tratamento, incluindo suas expectativas e os aspectos positivos e negativos para a recuperação da saúde mental.

2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

2.1 O diagnóstico no Transtorno Afetivo Bipolar

Na descrição clássica do século XIX, o transtorno afetivo bipolar era nomeado como psicose manícodepressiva, termo que caiu em desuso na classificação moderna ao estabelecer que a maior parte dos pacientes vivenciam episódios depressivos e maníacos, independente do episódio psicótico (DSMV). Além disso, a hipomania era considerada uma forma mais leve de excitação maníaca (Kraepelin, 1913). Atualmente, o TAB passou a ser subdividido em TAB I, correlacionado à fase maníaca, e o TAB II às manifestações dos episódios hipomaníacos e de depressão maior. O TAB II deixou de ser considerado uma forma leve do TAB I, uma vez que os pacientes vivenciam longos períodos depressivos (DSMV).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSMV), na sua quinta edição, os distúrbios enquadrados dentro do grupo do TAB são: transtorno bipolar tipo I (TAB I), transtorno bipolar tipo II (TAB II), transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado e transtorno bipolar e outro transtorno relacionado não especificado (DSMV, p. 123).

Já a classificação da CID 10 apresentava mais informações sobre o TAB I e enquadrava o TAB II na categoria CID F31.8, outros transtornos afetivos bipolares. Na nova versão, a CID 11, em vigor desde janeiro de 2022, a classificação diagnóstica do TAB aproximouse mais do DSMV, diferenciando o TAB I do TAB II, o que contribui com maior clareza para os diagnósticos clínicos (WHO, 2022; CID10; CID 11).

A descrição clássica proposta para o transtorno manícodepressivo estabelecida no século XIX difere em poucos aspectos em relação à classificação moderna do TAB I; de acordo com o DSMV, as diferenças seriam em relação ao fato de que a existência de episódio psicótico não é uma exigência para o diagnóstico, assim como a ocorrência de episódio depressivo maior. Mas é salientado no manual que a maior parte dos pacientes com TAB I experienciam episódios depressivos em suas vidas além da mania (DSMV).

2.1.1 Critérios diagnósticos para Transtorno Bipolar Tipo I

O estabelecimento do diagnóstico de TABI inclui uma série de critérios. Conforme descrito no DSMV, para o diagnóstico, somente a ocorrência de episódio maníaco é exigência. De acordo com o manual diagnóstico, o episódio maníaco é configurado da seguinte maneira:

Episódio Maníaco

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).
- B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:
1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
 2. Redução da necessidade de sono (ex.: sentese descansado com apenas três horas de sono).
 3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
 5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
 7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.
- D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (ex.: droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica. (DSMV, p.124)

Os critérios descritos acima, AD, são necessários para estabelecer se o paciente está ou esteve em um episódio maníaco (EM). Quando a crise se manifesta após o uso de antidepressivos ou outras substâncias, ou após o tratamento – por exemplo, com

eletroconvulsoterapia –, e os sintomas persistem de um modo que não é explicado pelos efeitos adversos do medicamento ou tratamento utilizado, pode-se estabelecer o diagnóstico de TAB I. Os sinais e os sintomas do EM devem perdurar por ao menos uma semana e estarem presentes na maior parte do dia em quase todos os dias. Devem também estar associados ao menos três das características listadas acima de 17, assim como o critério C. Este último é estabelecido quando há sinais de psicose (DSMV).

No TAB I, o paciente pode vivenciar, ainda que não obrigatoriamente, episódios hipomaniacos e de depressão maior. O diagnóstico deste quadro clínico é estabelecido a partir dos seguintes critérios:

Episódio Hipomaniaco

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.
- B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:
1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
 2. Redução da necessidade de sono (ex.: sentese descansado com apenas três horas de sono).
 3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
 4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
 5. Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
 6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
 7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (ex.: envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- C. O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático.
- D. A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.
- E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.

F. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (ex.: abuso de droga, medicamento ou outro tratamento). (DSMV, p.124125)

Os critérios para estabelecimento do episódio depressivo enunciados no DSMV, a seguir, descrevem alguns sinais e sintomas que podem ser observados em situações naturais como o luto ou em situações de extrema dificuldade durante a vida.

Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer. Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex.: sentese triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex.: parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável).

2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex.: mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado).

4. Insônia ou hipersonia quase diária.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas; não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. (DSMV, p.125)

A classificação da gravidade dos episódios segue os seguintes critérios: é considerado leve quando há presença de poucos ou nenhum sintoma, com a presença apenas daqueles necessários para o diagnóstico, os sintomas são de fácil manejo e há um comprometimento menor das funções das relações sociais. O quadro clínico é considerado moderado quando se enquadrar entre os ditos leves e os graves. E é considerado grave quando há mais sintomas presentes do que o necessário para preencher os critérios diagnósticos, a influência negativa sobre as relações sociais é intensa e os sintomas de sofrimento são de difícil manejo.

O diagnóstico de TABI também pode ser classificado de acordo com a CID em vigor no país, no caso do Brasil, a CID 11. São utilizadas as seguintes classificações:

6A60.0 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Maníaco, sem sintomas psicóticos;

6A60.1 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Maníaco, com sintomas psicóticos;

6A60.2 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Hipomaníaco;

6A60.3 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Depressivo, Leve;

6A60.4 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Depressivo, moderado, sem sintomas psicóticos;

6A60.5 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Depressivo, moderado, com sintomas psicóticos;

6A60.6 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Depressivo, grave, sem sintomas psicóticos;

6A60.7 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Depressivo, grave, com sintomas psicóticos;

6A60.8 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Depressivo, Gravidade Não Especificada;

6A60.9 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Misto, sem sintomas psicóticos;

6A60.A Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual Misto, com sintomas psicóticos;

6A60.B Transtorno Bipolar Tipo I, atualmente em remissão parcial, episódio mais recente Maníaco ou Hipomaníaco;

6A60.C Transtorno Bipolar Tipo I, atualmente em remissão parcial, episódio mais recente depressivo;

6A60.D Transtorno Bipolar Tipo I, atualmente em remissão parcial, episódio mais recente Misto;

6A60.E Transtorno Bipolar Tipo I, atualmente em remissão parcial, episódio mais recente não especificado;

6A60.F Transtorno Bipolar Tipo I, atualmente em remissão total. (CID11, 2022)

2.1.2 Critérios diagnósticos para Transtorno Bipolar Tipo II

Os critérios para caracterizar um episódio hipomaníaco e depressivo maior são os mesmos no TABI. No TABII, os sintomas de mania são mais leves ou inexistentes. Para que seja estabelecido o diagnóstico de TABII, devem ser respeitados os seguintes critérios:

Transtorno Bipolar Tipo II

A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um episódio hipomaníaco (Critérios AF em “Episódio Hipomaníaco” descritos anteriormente).

B. Jamais houve um episódio maníaco.

C. A ocorrência do(s) episódio(s) hipomaníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

D. Os sintomas de depressão ou a imprevisibilidade causada por alternância frequente entre períodos de depressão e hipomania causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra área importante da vida do indivíduo. (DSMV, p. 134)

Em síntese, o diagnóstico é estabelecido se está presente ao menos um episódio depressivo e um hipomaníaco, o primeiro persistindo em um período mínimo de duas semanas, enquanto o segundo ao menos quatro dias (DSMV).

A classificação proposta pela CID11, para diagnóstico de TABII, também pode ser utilizada conforme as seguintes classificações:

6A61.0 Transtorno Bipolar Tipo II, episódio atual hipomaníaco;

6A61.1 Transtorno Bipolar Tipo II, episódio depressivo atual, leve;

6A61.2 Transtorno Bipolar Tipo II, episódio depressivo atual, moderado, sem sintomas psicóticos;

6A61.3 Transtorno Bipolar Tipo II, episódio depressivo atual, moderado, com sintomas psicóticos;

6A61.4 Transtorno Bipolar Tipo II, episódio depressivo atual grave, sem sintomas psicóticos;

6A61.5 Transtorno Bipolar Tipo II, episódio depressivo atual, grave, com sintomas psicóticos;

6A61.6 Transtorno Bipolar Tipo II, episódio depressivo atual, gravidade não especificada;

6A61.7 Transtorno Bipolar Tipo II, atualmente em remissão parcial, episódio mais recente hipomaniaco;

6A61.8 Transtorno Bipolar Tipo II, atualmente em remissão parcial, episódio mais recente depressivo;

6A61.9 Transtorno Bipolar Tipo II, atualmente em remissão parcial, episódio mais recente não especificado;

6A61.A Transtorno Bipolar Tipo II, atualmente em remissão completa. (CID 11)

2.1.3 Critérios diagnósticos para demais transtornos vinculados ao TAB

Dentro do grupo dos transtornos afetivos bipolares, há ainda o transtorno ciclotímico, caracterizado pela presença de sintomas depressivos e hipomaniacos que perduram por ao menos dois anos nos adultos e um ano nas crianças. Estes sintomas, contudo, não preenchem os critérios diagnósticos de episódios hipomaniacos e de depressão maior. Esta condição clínica é caracterizada principalmente pela cronicidade dos sintomas e normalmente se desenvolve na adolescência ou nos primeiros anos da vida adulta. Portanto, para que o diagnóstico seja estabelecido, é imprescindível a avaliação dos diagnósticos diferenciais: transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica e transtorno depressivo devido a outra condição médica; transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento e transtorno depressivo induzido por substância/medicamento; transtorno bipolar tipo I com ciclagem rápida e transtorno bipolar tipo II com ciclagem rápida e transtorno da personalidade borderline (DSMV).

Há também o transtorno bipolar relacionado induzido por substância/medicamento, que carrega, ao final do nome do transtorno, o nome da substância/medicamento que ocasionou a condição clínica (ex.: cocaína). Nos casos em que mais de uma substância/medicamento é responsável pelo episódio, o diagnóstico deve ser dado de modo separado, citandose os nomes de cada princípio ativo.

É preciso diferenciar os quadros em que os episódios de mania e hipomania surgem após o uso de determinadas substâncias ou exposição a tratamentos como a eletroconvulsoterapia e perduram por um período além daquele esperado pelos efeitos normais da substância/tratamento, visto que, neste caso, classificamse como TABI ou TABII. Com o uso da substância fenciclidina, pode ser induzido o estado de delirium progredindo para estado de mania, tal efeito ocorre instantaneamente ou em alguns dias. Já com estimulantes,

o efeito pode ocorrer com menos de uma hora e cessar em até dois dias, ao contrário dos antiinflamatórios corticoides, quando os efeitos induzidos de mania ou depressão podem se manifestar após muitos dias da exposição (DSMV).

Além disso, o transtorno bipolar pode estar relacionado a outra condição médica. Neste caso, considerase que ocorreu a indução dos sintomas/sinais do TAB. Podemos citar como exemplo a doença de Cushing e a esclerose múltipla, duas condições clínicas distintas que podem induzir episódios de mania.

Transtornos que também podem ser enquadrados no grupo do TAB são o de “outro transtorno bipolar” e o de “transtorno relacionado especificado”, classificação utilizada quando os sintomas não preenchem totalmente os critérios para o diagnóstico de TAB I, TAB II ou demais transtornos bipolares relacionados. A classificação deste diagnóstico é seguida de uma razão pela qual não se enquadrou nos demais diagnósticos. Já o transtorno bipolar e o transtorno relacionado não especificado são utilizados principalmente quando faltam informações sobre o quadro clínico (DSMV).

2.2 O tratamento farmacológico

Até a metade do século XX não existiam tratamentos realmente efetivos para os pacientes com TAB, quando então a função terapêutica do lítio foi descoberta (Goodwin & Jamison, 2007). A partir desse momento, os medicamentos passaram a fazer parte do manejo clínico do TAB trazendo inúmeros benefícios, apesar disso ainda existe muita dificuldade na busca e na adesão ao tratamento (Parick & Kennedy, 2004). Existem também desafios para o estabelecimento do diagnóstico correto, retardando o uso da farmacoterapia mais indicada, expondo os pacientes a tratamentos inadequados, por exemplo, com os antidepressivos (Alves & Oliveira, 2023; Morishita et al., 2021; Keramatian et al., 2021; Maassen et al., 2018; Goodwin & Jamison, 2007; Miasso, 2006; Proudfoot et al., 2009).

O primeiro passo a ser dado antes de implementar uma farmacoterapia para o tratamento do TAB é a avaliação do paciente, manejando, se for o caso, os sintomas agudos da doença (mania ou depressão) (Phillip & Kupfer, 2013). Depois é necessário avaliar os parâmetros laboratoriais dos pacientes, identificando a presença de possíveis contraindicações e/ou sinais de alerta:

Idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial em datas diferentes, exames sanguíneos de colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, hemograma, história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus e outras comorbidades. (Brasil, 2016, p.23)

Posteriormente, o profissional prossegue com a avaliação dos sintomas e do risco de TAE e da identificação de fatores estressantes que fazem parte do contexto do paciente, dos hábitos de vida incluindo a história do núcleo familiar. É considerado importante também avaliar a necessidade de participação de um familiar próximo do paciente para ajudar a trazer à memória indícios de episódios de mania ou hipomania, que podem não ser mencionados. Ao incluir o familiar, é preciso verificar a sua capacidade de ajudar, participar e acompanhar o tratamento (Goodwin & Jamison, 2007).

2.2.1 O medicamento lítio

O lítio é principalmente utilizado na forma de carbonato de lítio, aprovado pela *United States Food and Drug Administration* (FDA), tanto para manejo de episódios agudos de mania quanto no tratamento de manutenção (Goodwin & Jamison, 2007). Na proposta dos PCDT de 2016, o medicamento também está presente como primeira linha de tratamento nos episódios agudos de depressão, em monoterapia. Mas, para os episódios de mania, a indicação é que o lítio seja associado à risperidona, que é um antipsicótico atípico (Brasil, 2016). O carbonato de lítio possui rápida absorção gastrointestinal, porém as apresentações de liberação prolongada estão disponíveis, o que evita alterações bruscas da litemia (concentração sanguínea do lítio). Tais apresentações têm melhor aceitação dos pacientes, pois provocam menos efeitos adversos, a excreção do medicamento é principalmente renal. Ao passar pelo glomérulo, o lítio é reabsorvido juntamente com o sódio.

O lítio apresenta tempo de meia-vida de 12 horas, mas pode chegar até 24 horas. É preciso saber que alguns fatores podem alterar o valor da litemia: paciente em episódio maníaco ou depressivo, idade, massa muscular, peso, quantidade de sódio ingerida, clearance renal e uso de outros medicamentos/substâncias. Tais informações são importantes para que se possa interpretar o resultado de modo coerente. Os valores um pouco além do limite máximo da concentração sérica de referência para o lítio geralmente estão associados a episódio maníaco, idade mais jovem, sexo masculino e consumo excessivo de sódio, uma vez que o

lítio é reabsorvido juntamente com o sódio, podendo ocasionar intoxicação (Goodwin & Jamison, 2007). O medicamento apresenta um intervalo terapêutico estreito, podendo ocasionar intoxicação ou não trazer benefícios caso seja levemente elevada ou diminuída a litemia, respectivamente. Desta maneira, conforme descrito no PCDT voltado para manejo do TABI, os pacientes já em tratamento devem manter monitorização periódica em relação à função tireoidiana e renal.

As contraindicações para prescrição e uso do lítio são: “Absolutas: insuficiência renal grave, bradicardia sinusal, arritmias ventriculares graves, insuficiência cardíaca congestiva, hipersensibilidade ao fármaco. Relativas: hipotireoidismo, gravidez” (Brasil, 2016, p.10).

Goodwin e Jamison (2007) enfatizam que a dosagem de litemia deve ser feita com maior frequência em casos específicos, como na suspeita de não adesão ao tratamento, suspeita de intoxicação, além do que, é de extrema importância que os indivíduos sejam avaliados caso a caso, respeitando-se suas individualidades, como os níveis de sensibilidade ao medicamento, uma vez que uns podem ser mais susceptíveis aos eventos adversos do que outro.

2.2.2 Medicamentos anticonvulsivantes

Alguns medicamentos pertencentes à classe dos anticonvulsivantes são preconizados para manejo do TAB, fornecendo mais opções para aqueles pacientes que não podem utilizar o lítio por alguma contraindicação ou porque não respondem bem ao tratamento. O valproato de sódio ou ácido valpróico, por exemplo, é um ácido gamaaminobutírico com atividade comprovada para manejo de quadros de mania, hipomania ou episódios mistos. Mas o medicamento também apresenta um elevado potencial de ocasionar efeitos adversos, principalmente: “náusea, vômitos, cólicas abdominais, anorexia, diarreia, indigestão, aumento do apetite, ganho de peso, sedação, tremores, queda de cabelo, trombocitopenia, elevação das ALT/TGP e AST/TGO” (Brasil, 2016, p.25). Em relação às contraindicações, estão as: “Absolutas: insuficiência hepática grave, hipersensibilidade ao fármaco, doenças do ciclo da ureia, gravidez (é teratogênico). Relativas: hepatopatia leve” (Brasil, 2016, p.10).

A escolha por determinada posologia pode minimizar alguns problemas, como no caso da apresentação na forma de divalproato de sódio, que diminui consideravelmente a irritação do trato gastrointestinal ocasionada pelo medicamento. Para o tratamento com valproato, é

preciso primeiro avaliar a função hepática e depois seguir monitorando (Goodwin & Jamison, 2007).

Além disso, os pacientes que utilizam o valproato de sódio concomitantemente com outros medicamentos devem ter as suas doses ainda mais avaliadas, visto que o anticonvulsivante pode agir inibindo o metabolismo de muitos medicamentos, como a lamotrigina, e ocasionar toxicidade (Goodwin & Jamison, 2007). Outro anticonvulsivante utilizado é a carbamazepina, para manejo da mania, que é um medicamento lipofílico, com absorção gastrointestinal lenta e de metabolismo praticamente hepático. Um fármaco que pode ocasionar incremento do metabolismo de outros medicamentos, assim, indivíduos que o utilizam devem ter a farmacoterapia bem avaliada quanto à necessidade de aumento das doses dos medicamentos que possam estar interagindo (Goodwin & Jamison, 2007).

Antes de elaborar uma farmacoterapia com a carbamazepina, devem ser avaliadas as condições de saúde gerais do indivíduo, respeitando-se as seguintes contraindicações: “Absolutas: doenças de origem hematopoética, insuficiência hepática, histórico de agranulocitose, histórico de alergia à carbamazepina, mulheres no primeiro trimestre de gravidez, hipersensibilidade ao fármaco. Relativas: doenças cardiovasculares, glaucoma, retenção urinária” (Brasil, 2016, p. 11).

Para a monitorização dos pacientes em tratamento com carbamazepina, é preciso, nos primeiros três meses, verificar mensalmente: a função hepática, os marcadores de função renal, o hemograma e a dosagem de eletrólitos. Semestralmente, deve ser monitorada a concentração plasmática do fármaco. Todos estes exames devem ser repetidos anualmente.

Outro anticonvulsivante presente no PCDT para manejo do TAB I é a lamotrigina, que atua como antiepilético, mas também é indicada, inclusive pelo FDA, para manejo dos episódios de depressão no TAB, e cujo metabolismo é principalmente hepático, 90%, e o tempo de meia-vida é de 24 horas (Goodwin & Jamison, 2007). Este medicamento também apresenta contraindicações: “Absolutas: hipersensibilidade ao fármaco, indivíduos com prejuízo de função hepática [elevação de aminotransferases/transaminases (AST/TGO e ALT/TGP), história de doença hepática, entre outros]. Relativas: inexistentes” (Brasil, 2016, p. 11).

Para seguir a monitorização dos pacientes em uso de lamotrigina, o período para verificar a função hepática e os dados do hemograma é anual (Brasil, 2016). Outros medicamentos

anticonvulsivantes – por exemplo, a gabapentina e o topiramato – também são opções utilizadas para manejo do TAB, embora não sejam considerados de primeira linha de tratamento (Goodwin & Jamison, 2007).

2.2.3 Medicamentos antipsicóticos

Os antipsicóticos também fazem parte do arsenal de medicamentos disponíveis para manejo do TAB, classificados em típicos e atípicos. Pacientes em uso devem ser monitorados trimestralmente para verificação dos valores de glicemia e dos lipídeos e, anualmente, para monitorar a função cardíaca, por meio do eletrocardiograma, além de dosagem de prolactina (Brasil, 2016; Goodwin & Jamison, 2007).

Os antipsicóticos típicos possuem algumas similaridades, pois agem de maneira equivalente na recuperação de sintomas como alucinações e ilusões e transtornos do pensamento, bem como apresentam boa absorção e metabolismo principalmente hepático. Entre os antipsicóticos típicos, o haloperidol é preconizado para manejo do TAB como terceira opção de tratamento, associado à carbamazepina para episódios maníacos (Brasil, 2016). O medicamento é frequentemente usado para manejo da mania aguda, devido à rapidez para cessar os sintomas (Goodwin & Jamison, 2007). Antes de iniciar o uso dos medicamentos antipsicóticos é preciso, porém, avaliar previamente as condições clínicas do paciente e verificar se estão presentes as seguintes contraindicações:

Absolutas: síndrome neuroléptica maligna, discinesia tardia, hipersensibilidade ao fármaco. Relativas: depressão grave do sistema nervoso central, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome de Sjögren, transtornos convulsivos, diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina, bexiga neurogênica, hipertrofia de próstata, gravidez e amamentação, doença de Parkinson. (Brasil, 2016, p. 12)

Os principais efeitos adversos do haloperidol são “acatisia, distonias, hipertonia, parkinsonismo, efeitos extrapiramidais, sonolência, tremor” (Brasil, 2016, p. 27).

Os antipsicóticos atípicos ganharam espaço no tratamento para o TAB devido aos seus menores efeitos adversos, principalmente em relação aos efeitos extrapiramidais observados nos típicos (Goodwin & Jamison, 2007). No Quadro 1 pode ser observada a relação dos efeitos adversos dos antipsicóticos atípicos.

Quadro 1 – Relação dos principais efeitos adversos dos antipsicóticos atípicos

Antipsicótico atípico	Principais efeitos adversos
Aripiprazol	Sedação leve; ganho de peso; alteração no perfil lipídico.
Clozapina	Sedação; ganho de peso severo; dislipidemia; discrasia sanguínea; elevação de prolactina.
Olanzapina	Sedação; ganho de peso severo; dislipidemia; elevação de prolactina; efeitos extrapiramidais (dose dependente).
Quetiapina	Sedação; ganho de peso; dislipidemia; efeitos extrapiramidais (dose dependente).
Risperidona	Menor sedação; ganho de peso; dislipidemia; alteração severa dos níveis de prolactina; maiores efeitos extrapiramidais dose dependente.
Ziprazidona	Sedação dose dependente; ganho de peso; dislipidemia; alteração dos níveis de prolactina; maiores efeitos extrapiramidais dose dependente.

Fonte: Adaptado de Goodwin e Jamison (2007, p. 738).

São preconizados, para manejo do TAB, no PCDT de 2016, os atípicos risperidona, clozapina, olanzapina e quetiapina como opções de tratamento para episódios maníacos. A quetiapina também é opção para os episódios depressivos. Antes de iniciar a farmacoterapia com estes medicamentos, é preciso avaliar o paciente quanto às contraindicações; a clozapina é o medicamento que apresenta mais critérios:

CLOZAPINA

Contraindicações absolutas: leucócitos abaixo de $3.550/\text{mm}^3$ ou neutrófilos abaixo de $2.000/\text{mm}^3$, doenças mieloproliferativas ou uso de agentes mielossupressores, história de agranulocitose/granulocitopenia com clozapina, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, história de miocardite por clozapina, doenças hepáticas ou cardíacas graves, hipersensibilidade ao medicamento, epilepsia não controlada. Contraindicações relativas: diagnóstico prévio de epilepsia, doenças hepáticas ou cardíacas graves; durante a lactação ou em situações em que a gravidez não pode ser adequadamente prevenida, o tratamento deve ser evitado – nesses casos, recomendam-se a

avaliação do riscobenefício e a suspensão da lactação se necessário. (Brasil, 2016, p.12)

Além dos exames já citados para monitoramento dos indivíduos em uso de antipsicóticos, aqueles em uso de clozapina devem ser monitorados por meio de hemograma semanalmente, durante as primeiras 18 semanas; após este período, mensalmente, até que seja interrompido o uso (Brasil, 2016, p. 27).

A olanzapina apresenta mais contraindicações relativas:

Contraindicações absolutas: hipersensibilidade ao fármaco. Contraindicações relativas: obesidade, cintura maior que 94 cm, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabete melito ou resistência insulínica (síndrome metabólica), pacientes que têm ou tiveram tumor cerebral ou câncer de mama, epilepsia ou condições que diminuam o limiar convulsivante, glaucoma, pacientes que têm ou tiveram íleo paralítico, hiperplasia prostática, doenças cardíacas e cerebrovasculares, condições que predisponham à hipotensão, risco de pneumonia de aspiração, história de síndrome neuroléptica maligna, gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação, idade inferior a 18 anos. (Brasil, 2016, p.12)

A risperidona é o medicamento que apresenta maior risco de elevação dos níveis de prolactina. Contraindicações da risperidona e da quetiapina:

RISPERIDONA

Contraindicações absolutas: hipersensibilidade ao fármaco, síndrome neuroléptica maligna, discinesia tardia. Contraindicações relativas: prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma, doença cardiovascular ou cerebrovascular que predisponham à hipotensão ortostática, hipotermia ou hipertermia, diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina, insuficiência renal, insuficiência hepática, doença de Parkinson, história de convulsão ou epilepsia, história de tumor cerebral, gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação, hiperprolactinemia.

QUETIAPINA

Contraindicações absolutas: hipersensibilidade ao fármaco. Contraindicações relativas: obesidade, cintura maior que 94 cm, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabete melito ou resistência insulínica (síndrome metabólica), pacientes que têm ou tiveram câncer de mama, doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, condições que predisponham à hipotensão (desidratação e hipovolemia), insuficiência hepática ou renal, hipotireoidismo, história de

convulsões, catarata, doença de Parkinson com falência autonômica periférica (Brasil, 2016, p. 1112)

2.2.4 Medicamentos antidepressivos

Os antidepressivos devem ser utilizados com cautela no TAB, tendo em vista os riscos associados de desenvolvimento de crises de mania ou hipomania (Goodwin & Jamison, 2007). Porém há situações em que podem ser indicados, mas nunca em monoterapia. O único antidepressivo que está presente no PCDT de 2016, para manejo do TAB, é a fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) que está contido na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Brasil, 2022). Os ISRS atuam inibindo o receptor serotoninérgico 5HT, fornecendo maior quantidade de serotonina disponível para atuar nos receptores pós-sinápticos (Goodwin & Jamison, 2007).

A fluoxetina apresenta as seguintes contraindicações:

Contraindicações absolutas: hipersensibilidade ao fármaco. Contraindicações relativas: história prévia de virada maníaca induzida por antidepressivo, em especial em caso de vigência de uso de estabilizador de humor ou antipsicótico. Nota: Mulheres em idade fértil devem ser esclarecidas quanto aos riscos para a gestação associados aos medicamentos prescritos e à necessidade de uso regular de métodos contraceptivos. Em caso de dúvida, sugere-se que o teste de gravidez seja realizado antes de iniciar o tratamento (Brasil, 2016, p.13)

Durante o uso da fluoxetina no TAB, é imprescindível que os pacientes sejam alertados e orientados sobre o risco de episódio de mania causado pelo medicamento. Eles devem atentar para os seguintes sinais: “Diminuição da necessidade de sono, agitação, irritabilidade e elevação do humor” (Brasil, 2016, p.27).

2.2.5 A escolha do tratamento

O PCDT brasileiro para manejo do TAB é voltado para o manejo do TABI. Neste protocolo são definidas as linhas de tratamento para mania, sendo estabelecida como primeira opção a combinação do lítio com a risperidona, entretanto é explicado que há casos nos quais a monoterapia com estabilizador do humor ou antipsicótico é mais indicada – por exemplo, em situações de contraindicação do uso do medicamento. A resposta ao tratamento deve ser avaliada em duas semanas, não é indicada a troca da medicação antes do tempo. Após este

período pode ser estudada a troca do medicamento, apenas de um deles. O tratamento deve ser realizado durante 8 a 24 semanas, visto que o objetivo é a remissão dos episódios maníacos.

Quadro 2 – Linhas de tratamento farmacológico para episódio maníaco conforme o PCDT 2016.

Linha de tratamento	Estabilizador do humor	Antipsicótico
1	Carbonato de lítio	Risperidona
2	Ácido valpróico	Olanzapina
3	Carbamazepina	Haloperidol ou Quetiapina
4		Clozapina

Fonte: Adaptado de Brasil (2016).

Para os episódios depressivos, a opção mais indicada é a monoterapia com carbonato de lítio, quetiapina ou lamotrigina ou associação com fluoxetina conforme o Quadro 3 a seguir. A resposta do tratamento deve ser avaliada por ao menos quatro semanas e no máximo seis; na ausência de boa resposta, deve ser avaliada a troca dos medicamentos. O tratamento da depressão bipolar também deve durar de oito a 24 semanas, tendo em vista que seu objetivo é somente sanar os sintomas depressivos (Brasil, 2016).

Quadro 3 – Linhas de tratamento farmacológico para episódio depressivo PCDT, 2016.

Nível	Tratamento
1	Carbonato de lítio
2	Quetiapina
3	Lamotrigina
4	Olanzapina associada a fluoxetina, carbonato de lítio associado a fluoxetina ou ácido valpróico associado a fluoxetina

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

Para o período de manutenção, é indicada a utilização de apenas um medicamento, de preferência aquele que apresentou melhor resposta durante os episódios agudos, sendo a primeira escolha o carbonato de lítio. O objetivo do tratamento é a prevenção de novos

episódios agudos, assim, sua duração irá variar de acordo com o paciente. Durante este período, não é indicada a utilização de antidepressivos, é necessário que se realize a suspensão gradativa naqueles pacientes que porventura estiverem em uso (Brasil, 2016).

O protocolo canadense (Yatham et al., 2018) apresenta diretrizes de tratamento para TAB1 e TAB2, separadamente, com algumas diferenças em relação ao PCDT brasileiro. O Quadro 4 apresenta as farmacoterapias preconizadas como primeira linha de tratamento para o TAB 1.

Quadro 4 – Primeira linha de tratamento para episódios agudos e período de manutenção

Tratamentos de Primeira linha – Monoterapias	Episódio maníaco	Episódio depressivo	Período de manutenção
	Nível de evidência		
Lítio	Nível 1	Nível 2	Nível 1
Quetiapina	Nível 1	Nível 1	Nível 1
Divalproato de sódio	Nível 1	Nível 2	Nível 1
Asenapina	Nível 1	sem dados	Nível 2
Aripiprazol	Nível 1	não recomendado	Nível 2
Paliperidona	Nível 1	sem dados	Nível 2
Risperidona	Nível 1	sem dados	Nível 4
Cariprazina	Nível 1	Nível 1	sem dados
Tratamentos de Primeira linha – Associações			
Quetiapina + Lítio ou DVP	Nível 1	Nível 4	Nível 1
Aripiprazol + Lítio ou Divalproato de sódio	Nível 2	Nível 4	Nível 2
Risperidona+ Lítio ou Divalproato de sódio	Nível 4	Nível 4	Nível 4
Asenapina+ Lítio ou Divalproato de sódio	Nível 4	Nível 4	Nível 4

Fonte: Adaptado de Yatham et al. (2018).

Para manejo da hipomania no TAB2, ainda não há medicamentos com níveis de evidência 1. Yatham et al. (2018) citam o divalproato de sódio, a Nacetilciesteina, a quetiapina e a risperidona, que têm sido estudados para controle do episódio e apresentaram nível 4 de evidência. Já nos episódios depressivos, no TAB2, a primeira linha de tratamento indicada é o antipsicótico quetiapina. Como segunda opção, pode ser utilizado o lítio, antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina (venlafaxina e sertralina), quando não houver indícios de episódios mistos, ou lamotrigina. O medicamento paroxetina não é recomendado, tendo em vista os resultados de evidência negativa apresentados nos estudos. No período de manutenção, a primeira opção seria a quetiapina, o lítio ou a lamotrigina, como segunda linha os medicamentos venlafaxina ou fluoxetina e, como terceira opção, poderia se pensar no divalproato de sódio, carbamazepina ou escitalopram (Yatham et al., 2018).

3 CONHECENDO E COMPREENDENDO O UNIVERSO DO FENÔMENO ESTUDADO

3.1. Contexto histórico do Transtorno Afetivo Bipolar

Desde a Antiguidade existem registros históricos sobre a mania e a melancolia. Na Grécia antiga acreditava-se que as alterações de humor e comportamento eram ocasionadas por uma desarmonia e aumento dos líquidos corporais. A melancolia foi relacionada a um aumento da bÍlis negra, e a mania ao aumento da bÍlis amarela. Inclusive, a própria palavra melancolia advém do termo grego que designava bÍlis negra (ABP, 2016; Pereira, 2002; Goodwin & Jamison, 2007). Destacouse no século I, em torno do ano 150 depois de Cristo (d.C.), a descrição realizada pelo médico grego Araeteus da Capadócia, considerado o primeiro a realmente vincular mania e melancolia como parte de uma mesma condição clínica. Araeteus estabeleceu e descreveu a correlação entre a melancolia e a mania, afirmando que, na maioria dos casos de melancolia, a tristeza profunda melhorava depois de variados períodos de tempo e era posteriormente convertida em alegria eufórica, momento no qual os pacientes desenvolviam um quadro de mania. A partir das contribuições de Arateus, outros autores foram influenciados pela ideia de que a mania e a melancolia eram duas diferentes fases de uma mesma doença (ABP, 2016; Akiskal, 1996; Del Porto & Del Porto, 2005; Goodwin & Jamison, 2007; Marnerus, 2001).

Na França, Pinel e Esquirol marcaram época no que diz respeito principalmente à metodologia utilizada pela psiquiatria, promovendo uma verdadeira transformação “fundamentada na observação clínica sistemática e na delimitação de categorias psicopatológicas estáveis” (Pacheco, 2003, p.153). Nesse período, a medicina buscava estabelecer explicações objetivas para as doenças mentais, de modo a se aproximar das metodologias utilizadas nas ciências naturais, e não eram levados em conta aspectos subjetivos como o comportamento. Philippe Pinel e, posteriormente, Étienne Esquirol, contrariando o pensamento predominante, se preocupavam mais em conhecer de fato as condições clínicas dos pacientes “do que construir uma teoria biológica da loucura” (Pacheco, 2003, p.153).

Pinel foi um dos primeiros psiquiatras a escutar, defender a dignidade e buscar compreender a relação da influência de fatores externos e emocionais dos males mentais, ele entendia os alienados como doentes, desta forma, enxergava suas necessidades e os respeitava,

estabelecendo uma distinção entre os adoecidos e os criminosos e malfeitores (Pacheco, 2003). Ainda segundo Pacheco, Esquirol prosseguiu ampliando os estudos de Pinel, estabelecendo distinção entre as doenças de origem orgânica daquelas de origem psíquica, classificando como idiotia, demência, mania e monomanias. Esquirol também reestabeleceu a classificação de melancolia que havia sido defendida por Pinel e a separou em duas classificações: mania e lipemania, sendo esta última ligada ao delírio intelectual e depressivo, que culminava na incapacidade do adoecido (Pacheco, 2003).

Nessa época, apesar da escuta ao indivíduo com sofrimento mental e da evolução das condutas terapêuticas com o chamado tratamento moral estabelecido por Pinel, e levado adiante por Esquirol, que inclusive tinha aspectos educativos, tal método impunha ao indivíduo acometido uma logicidade oposta à sua, que era considerada delirante. Para Pacheco (2003), o método utilizado, analisado criticamente, abria brechas para comportamentos autoritários e opressores, com o intuito de modificar o pensamento dito delirante dos adoecidos.

Posteriormente, na França, JeanPierre Falret e Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, resgataram o termo “melancolia” e descreveram a alternância entre os episódios de depressão e mania (Pacheco, 2003). Falret designou tais condições como “*folie circulaire*”, e Baillarger como “*folie à double forme*”. As duas teorias eram bem similares, mas a proposta de Falret diferia, pois considerava os intervalos de lucidez (ABP, 2016; Akiskal, 1996; Del Porto & Del Porto, 2005; Goodwin & Jamison, 2007; Pereira, 2002). Contudo, já no fim do século XIX, a maioria dos médicos não seguia tal pensamento, pois acreditavam que eram duas doenças diferentes, crônicas e deteriorantes. Estes estudos precederam os do famoso psiquiatra alemão Emil Kraepelin, que colaborou para a evolução diagnóstica do transtorno (Del Porto & Del Porto, 2005).

Kraepelin estabeleceu uma dicotomia em relação às doenças mentais, dividindoas em dois grupos: demência precoce e insanidade maníacodepressiva, delimitando que a grande diferença era em relação ao prognóstico, ao curso da doença e ao histórico da família. Na insanidade maníaca depressiva, o prognóstico é mais positivo, o curso da doença se dá em episódios e há história familiar similar (Del Porto & Del Porto, 2005). Já Emil Kraepelin designou como psicose maníacodepressiva o que atualmente é estabelecido como Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) (Motta, 2012).

Emil Kraepelin discorre sobre a Loucura ManíacoDepressiva, que correspondia à loucura periódica e à loucura circular, assim como a mania simples, as patologias designadas por melancolia e algumas que envolviam perda da razão. Após anos de prática clínica, o psiquiatra chegou à conclusão de que tais condições clínicas faziam parte de um único processo de adoecimento e que, embora parecessem distintas, tinham aspectos de base comum como a característica de apresentar transições de estados clínicos durante o curso da doença de modo pouco delimitado, “podem estenderse uma sobre a outra ou sucederse alternadamente...” (Kraepelin, 1913). Além disso, o psiquiatra cita como vínculo entre estas condições clínicas a identidade do prognóstico e explica que, na psicose maníacodepressiva, não é observado um enfraquecimento do intelecto de maneira profunda, os sintomas, na maioria das vezes, desaparecem após o episódio agudo, ou, então, pode ser observado um quadro de declínio psíquico sutil. Outra característica que une as condições clínicas supracitadas no processo de adoecimento maníacodepressivo é a hereditariedade (Kraepelin, 1913).

Os diversos distúrbios psíquicos que podem ocorrer durante o curso dessa doença são descritos minuciosamente por Kraepelin, a partir da sua observação durante a prática clínica, entre eles: distúrbios da percepção, da atenção, da consciência, da memória, do poder de fixação, sensoriais, do curso das representações; inibição do pensamento; distúrbio da produtividade; ideias delirantes; distúrbios do humor; distúrbios que no domínio da vontade e da ação; logorreia; inibição da vontade; excitação ansiosa e distúrbios psicomotores. Além disso, alterações físicas: modificações do peso, características da pele, frequência cardíaca; respiração, malestar do corpo, entre outras questões ocorrem como sonambulismo. Para Kraepelin, a doença maníacodepressiva se manifesta nas seguintes formas clínicas: estados maníacos, estados depressivos e estados mistos. Incluídos nos estados maníacos a hipomania, a mania aguda, a mania delirante e a mania confusa. Nos estados depressivos se enquadram a melancolia simples, o estupor, a melancolia grave, a melancolia fantástica e a melancolia confusa (Kraepelin, 1913).

As contribuições de Emil Kraepelin foram consideradas importantes para a psicopatologia contemporânea (Pereira, 2002). Sua perspectiva a respeito da classificação diagnóstica das doenças mentais teve forte influência na psiquiatria até os anos 60, quando foi estabelecida a divisão da psicose maníacodepressiva em transtornos bipolares e transtornos unipolares (Akiskal, 1996).

Mas, no período pósKraepelin, permaneceu a diferença no modo como era estabelecido o conceito de doença maníacodepressiva na Europa e nos Estados Unidos da América, enquanto os americanos eram fortemente influenciados pelos avanços da psicanálise e por Mayer, psiquiatra clínico que levava em conta aspectos do indivíduo assim como aspectos sociais e ambientais. Na Europa ainda perdurava o pensamento tradicional sobre doença mental, aplicavase o modelo de doença médica, o qual era utilizado para manejo de outras condições como a sífilis, tomando as manifestações clínicas da doença como algo previsível e levando em consideração principalmente a fisiopatologia. A influência do pensamento de Mayer a respeito da doença maníacodepressiva, porém diminuiu o foco nos sintomas e no “curso longitudinal da doença” em prol de uma maior atenção voltada ao paciente e seu contexto (Goodwin & Jamison, 2007). A maneira como Kraepelin dividiu as doenças mentais em apenas duas categorias incitou questionamentos e críticas.

Goodwin e Jamison (2007) destacaram a importância das descrições minuciosas dos quadros clínicos realizadas pelos primeiros clínicos, como Kraepelin, que acompanharam os pacientes sem a intervenção farmacológica, uma vez que ainda não existiam os medicamentos utilizados atualmente. A partir da observação clínica centrada no paciente, foi possível conhecer o curso natural da doença e seus impactos na vida dos pacientes.

Já no final do século XIX, início do século XX, alguns estudiosos trabalhavam na aplicação dos estudos fenomenológicos à psicopatologia. Neste movimento, o médico psiquiatra alemão Karls Jaspers destacou-se como pioneiro por apresentar uma abordagem mais robusta e sistemática ao publicar as obras *A Direção de Pesquisa Fenomenológica na Psicopatologia* (1912) e *Psicopatologia Geral* (1913). O objetivo dos trabalhos foi, a partir do arcabouço teórico da fenomenologia, criar um modelo de psicopatologia que pudesse fornecer o caminho para acessar as experiências humanas, os fenômenos vivenciados pelos pacientes, por meio da compreensão empática, já que não é possível acessar diretamente os fenômenos vivenciados. Tal pensamento seguia um caminho contrário ao praticado tradicionalmente pela psicopatologia de base somática, que não se preocupava com as experiências dos indivíduos (Portugal & Holanda, 2019). Para Jaspers, era preciso unir a prática da clínica psiquiátrica com saberes oriundos das humanidades (Correia & Saraiva Marques, 2018).

Em 1912 foram apresentados por Jaspers os conceitos de sintomas objetivos e subjetivos, usualmente avaliados na psicopatologia. Os sintomas objetivos são perceptíveis em nível sensorial e por meio do pensamento lógico. Uma vez compreendidos os sintomas objetivos, pode-se pensar sobre os subjetivos, os quais não podem ser percebidos ou entendidos por meio do sensorial ou da logicidade, estes: “Só são apreendidos através de um transferir-se à alma do outro, através da empatia; eles só podem ser trazidos à intuição interior através do vivenciar com, não através do pensar” (Jaspers, 1912, p.97). Os sintomas subjetivos são descritos por Jaspers como

[...] todos os movimentos do ânimo e os processos interiores, que nós intencionamos apreender imediatamente na manifestação sensorial, que, deste modo, se torna “expressão”, como o medo, a tristeza, a jovialidade. (...) além disso, todas as vivências anímicas e os fenômenos, que os doentes nos descrevem e que através do seu juízo e de sua apresentação se nos tornam acessíveis apenas de modo mediato. (Jaspers, 1912p.97)

Como psiquiatra fenomenólogo, Jaspers defendia a renúncia a priori dos pressupostos e conhecimentos teóricos sobre as doenças mentais para poder de fato alcançar e focar naquilo que existe, que é dado à consciência do paciente. Neste contexto apresentava três maneiras de analisar e apreender as experiências vivenciadas pelos doentes:

Primeiro, a imersão na conduta, no comportamento, nos movimentos de expressão; segundo, a exploração com seu interrogatório e a informação por nós conduzida dos doentes sobre si mesmos; terceiro, as autodescrições expostas por escrito. (Jaspers, 1912, p.100)

Já os fenômenos psicopatológicos podem ser acessados por meio da investigação fenomenológica, de modo a tornar presente o que é dado e não esclarecido ou explicado biologicamente, estes divididos em três grupos: os fenômenos em vivência própria; os fenômenos relacionados com aumentos, reduções ou junções de fenômenos vividos e os fenômenos que só podem ser entendidos visualmente por meio de imagens ou semelhanças (Jaspers, 1987).

Jaspers (1987) discorreu sobre “os fenômenos subjetivos da vida psíquica mórbida”, reforçando a importância das descrições das vivências dos pacientes, quem de fato são os verdadeiros observadores do fenômeno. Mas salienta que é preciso analisar criticamente as

descrições psicopáticas e histéricas, uma vez que os pacientes podem dizer algo apenas para manter a atenção de quem está ouvindo ou mesmo para ser agradável e dizer aquilo que acreditam ser o esperado. Ainda sobre as descrições dos pacientes, o autor explica que a investigação fenomenológica com o paciente é considerada de grande importância para estabelecer condutas em casos clínicos futuros, pois, ao se conhecer detalhadamente as experiências individuais dos pacientes, também pode se deparar com vivências similares de outras pessoas (Jaspers, 1987).

Os “fenômenos particulares da vida psíquica anormal” são designados como originários da flexibilidade, tornando possível o pensamento e o desejo. A vida psíquica como um todo é atravessada por fenômenos originários, os quais não são separáveis e modulam “um todo de referências em constante fluxo” (Jaspers, 1987, p.76). O autor aborda também a distinção entre a forma e o conteúdo dos fenômenos. Para os pacientes, o conteúdo é o que interessa, já a análise fenomenológica busca a compreensão da forma. Segundo um fragmento de texto do autor:

1° Em toda vida psíquica, um sujeito está sempre referido a algo objetivo. Este em sentido amplo chamase conteúdo da vida psíquica. O modo, porém, em que o indivíduo tem o objeto diante de si (se, como percepção, como representação, como pensamento), chamase forma. Assim, por ex., conteúdos hipocondríacos são igualmente conteúdos de vozes que chamam, de ideias obsessivas, de ideias paranóides, de ideias delirantes. No mesmo sentido falase em conteúdos da ansiedade, e em outros estados afetivos. 2° Opõe-se a forma das psicoses aos conteúdos particulares: p. ex., fases periódicas de depressão disfórica se opõem como forma de enfermidade à conduta particular nas mesmas (suicídio, impulso de andar, embriaguez), como conteúdos. 3° Consideramse forma, modificações mais gerais da vida psíquica esquizofrênica ou histérica. Nestas formas ocorrem como conteúdo todo os impulsos e desejos, todos os pensamentos e fantasias simplesmente possíveis. (Jaspers, 1987, p.77).

Ao estudar sobre a consciência do objeto, Jaspers descreveu fenomenologicamente as alterações da percepção nas sensações quanto à intensidade, à troca de qualidade e à anormalidade concomitante. E, ainda, os caracteres anormais da percepção, que englobam falta de atenção, a estranheza do mundo da percepção e falsas percepções tais como ilusões afetivas e pareidolias (sem emotividade ou juízo) (Jaspers, 1987).

Além disso, Jaspers estabeleceu a separação entre a percepção e a representação. Segundo ele, as percepções têm a ver com o exterior, com o objetivo, e se expõem detalhadamente para nós incluindo detalhes sensoriais como a intensidade de uma cor. Se trata de algo perene e irreduzível, desta maneira são vivenciadas de modo passivo, já que não se pode alterá-las. As representações, por sua vez, estão ligadas à subjetividade e ao interior. E, ao contrário das percepções, não são expostas a nós de modo explícito e detalhado, opondo-se muitas vezes à percepção. Diferem ainda das percepções na frequência, são muitas vezes fugazes, e modificáveis. Assim, enquanto a percepção está associada à sensação de passividade, a representação está ligada a um modo ativo. No espaço e no tempo, ambas só fazem parte da nossa realidade a partir do momento em que depositamos algo no vazio do espaço e no tempo. Enquanto fora da realidade, estão ligadas ao quantitativo e, quando ocupadas, são trazidas à realidade e se tornam associadas ao qualitativo (Jaspers, 1987).

Sobre a consciência corpórea, Jaspers (1987) explica que por meio do corpo nós nos sentimos como corpo, mas também como objeto. O mais próximo que o corpo pode estar da consciência do eu ocorre em atividades do movimento dos músculos e em atividades motoras, e esta proximidade é menor nas atividades cardíaca e circulatória, é ínfima em estados onde não tem movimento como nos estados inconscientes. Jaspers descreve como a consciência corpórea vai além da extensão do próprio corpo:

Sentimos com a ponta da bengala, com que tateamos o caminho no escuro. Nosso espaço próprio, i.é., o espaço de nosso corpo anatômico, se estende até onde vai esta sensação da unidade conosco. Assim, o carro que dirijo, quando o domino completamente, pertence ao espaço próprio e é como um corpo aumentado, no qual estou presente por toda parte com minha sensação. (Jasper 1987,p.110)

Especificamente sobre a mania e a depressão ou “complexos sintomáticos dos estados afetivos anormais”, para Jasper, os estados afetivos alterados podem ser puros, a mania e a depressão puras, chamadas de tipos ideais, e que, diante das variações individuais, nas quais ocorrem mudanças do estado natural puro, se está diante de um estado misto. Jasper (1979) explica também que há variados tipos de mania (p. ex.: mania querulante) e depressão (p. ex.: melancolia lamurienta) (Jaspers, 1979).

O psicopatologista salientou a importância da avaliação prévia, antes que fosse estabelecida a existência de uma doença de origem afetiva, verificando assim se as manifestações

sintomáticas de uma doença teriam origem não afetiva, como a despersonalização (Jaspers, 1979). Sobre a fenomenologia de Jaspers, Rodrigues (2005) conclui em seu artigo sobre o tema, que é necessário compreender que não se trata apenas de uma psicologia descritiva, que, apesar de ser uma etapa importante, o método não se resume à descrição e sim se inicia com este passo, que é fundamental para acessar a subjetividade do fenômeno de interesse. Nesta etapa, o observador, diante do paciente, desenvolve a empatia, que, estabelecida, o guiará. Nas palavras de Rodrigues (2005):

A fenomenologia jasperiana não deve ser acusada de encobrir a própria omissão à “subjetividade como objeto de estudo” por meio de sua apresentação como “resultado”, pelo simples fato de que a fenomenologia não visa ser uma metodologia de “tratamento” completo e definitivo aos fatos psico(pato)lógicos. Almeja apenas apontá-los de modo seguro. Ela apenas diz quais são, pelo método explícito que descreveu, para posterior articulação. (Rodrigues, 2005, p.779)

Dessa maneira, o método fenomenológico possibilita que seja definido explicitamente o fenômeno psicopatológico, de modo que, além da empatia, seja construído o que é chamado de “compreensão empática”, que só é atingida após o direcionamento da empatia para a região de interesse entre a interface observadorpaciente, após a descrição fenomenológica. Por meio do seu método, Jaspers vislumbrou a possibilidade de unir aspectos objetivos e subjetivos para garantir o rigor científico necessário na psicopatologia e manter o foco naquilo que é de interesse, a experiência subjetiva (Rodrigues, 2005).

A partir da década de 1980, os manuais diagnósticos ganham cada vez mais espaço e notoriedade. A separação entre os indivíduos bipolares e unipolares foi estabelecida no manual diagnóstico DSM III em 1980, e também na CID10 em 1989 (Goodwin & Jamison, 2007; Grassi & Laurenti, 1998).

A princípio, os manuais diagnósticos surgiram com o propósito original de ser um apoio para a psiquiatria, para tornar mais uniforme a linguagem utilizada nesta especialidade, auxiliando no diagnóstico. Porém, como explica Câmara (2012), este propósito foi alterado e diversos profissionais passaram a utilizá-lo para estabelecer de forma definitiva e absoluta os diagnósticos. O autor reflete ainda sobre a influência mais complexa e negativa dos DSM's para a psiquiatria em sua concepção, que foi o declínio da relevância dada à psicopatologia:

O DSM passou a ser usado como um livro texto de psiquiatria, distorcendo a formação dos estudantes, reduzindo as doenças mentais às listas de sintomas e retirando a história da doença e sua fenomênica, consequentemente desumanizando o paciente e os tratamentos. Além disso, essa classificação, como está sendo usada para o diagnóstico, tornou a validade dos diagnósticos por tal expediente questionável. (Câmara, 2012).

A importância da psicopatologia para a psiquiatria moderna também é defendida por Souza (2013), que defende o estudo e a implementação na prática deste conhecimento como imprescindível para estabelecer diagnósticos corretos e bem embasados, fato desconsiderado na atualidade (Souza, 2013). Os manuais DSM, por um lado, são positivos pois apresentam instrumentos, questionários importantes para o diagnóstico das doenças mentais, porém afastam o psiquiatra da clínica e do paciente:

Cada vez tem menos importância a pesquisa e o reconhecimento de seu temperamento, conformação pré-mórbida de personalidade, visão de mundo, hábitos, gostos, preferências e singularidades estritamente pessoais inseridas em um determinado padrão históricobiográfico-existencial e cultural, ou seja, aquele extenso e fecundo microcosmo humano que nunca poderá prescindir do caráter unívoco de personalidade presente em cada um de nós. (Souza, 2013, p. 5)

Esta revisão de literatura sobre o contexto histórico do TAB e a evolução do cuidado na saúde mental, sobretudo dos estudos de Jaspers sobre a fenomenologia e a psicopatologia, confirma o quão importante é a experiência subjetiva do paciente, tanto para avaliar seus sintomas quanto sua experiência com o tratamento.

4 A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO E NO USO DE MEDICAMENTOS

Estudar a subjetividade na área da saúde colabora para responder a determinadas perguntas, tais como o processo de recuperação, sua dinâmica; as estratégias de superação utilizadas; a relação com a terapêutica; o potencial de implicação dos sujeitos, entre outras. Além disso, na atualidade é crescente o aumento de casos de doenças crônicas, correlacionados, não só, mas também, com a longevidade da população. Quando as pessoas se deparam com a doença em suas vidas, passam também por um processo de reorganização de suas subjetividades (Moura, Peres & González Rey, 2011).

Incorporar a compreensão sobre a subjetividade dos adoecidos, no processo de cuidado oferecido pelos profissionais de saúde, é imprescindível. Moura, Peres e González Rey (2011) explicam:

O fato é que a expressão do sujeito em direção à constituição da saúde deve ser apreciada pelos diferentes profissionais da área, como norteadora de terapêuticas benéficas, indicativas para estudos e compreensão de idiosincrasias nas enfermidades. Ao expressar suas opiniões e emoções, o sujeito pode ser conhecido com relação aos sentidos subjetivos que produziu de suas vivências, isto é, pode ser conhecido na produção singular de sua história de vida e trajetória (Moura, Peres & González Rey, 2011, p. 174).

O processo de subjetivação envolve aspectos individuais e sociais, por isso é preciso não só conhecer o sujeito, como também o contexto no qual está inserido (Megale & Teixeira, 1998; Moura, Peres & González Rey, 2011; Mori & González Rey, 2012; Guimarães & Meneghel, 2003; Torre & Amarante, 2001). Nas palavras de Moura, Peres e González Rey:

Tornase essencial compreender o sujeito que se encontra no processo de adoecer, verificando suas características biológicas e psicológicas e também as questões familiares, econômicas e sociais. O que muda nesse processo são as relações, as configurações psicológicas, que, nesse momento, incluem um novo cuidado que abrange tomadas de decisões para a reorganização do cenário vivencial. (Moura, Peres & González Rey, 2011, p. 190)

É preciso reconhecer a doença como um processo vivido pela pessoa, e não como algo errado, para que assim o tratamento acolha o indivíduo e não apenas os seus sintomas. As manifestações durante o curso do sofrimento psíquico – por exemplo, um delírio – devem

ser compreendidas como parte integrante deste processo. Em vez de julgar, é preciso aprender com o processo saúdedoença, como explicam Torre e Amarante (2001): “aquilo que parece sintoma pode ser forma de resistir à mortificação, último recurso de produção de si mesmo” (Torre & Amarante, 2001, p.11).

Essa questão também é discutida por Guimarães e Meneghel (2003):

O delírio é considerado pela psiquiatria como um sintoma de um quadro de funcionamento psicótico e exigindo, de acordo com as normas, a contenção medicamentosa e, por vezes, física. No entanto, é ignorado que o delírio pode ser a maneira pela qual o sujeito consegue se apoderar, aprender e se relacionar com a realidade, sendo necessário para o sujeito como processo. (Guimarães e Meneghel, 2003 p. 361).

As intervenções tecnológicas como os medicamentos, que são rotineiramente mais utilizadas na medicina, não podem ser realizadas de modo a deixar o indivíduo adoecido alheio ao seu processo de saúdedoença, uma vez que isto inviabiliza seu protagonismo no processo de cuidado (Guimarães & Meneghel, 2003). Assim, é preciso compreender os aspectos subjetivos inerentes à utilização dos medicamentos pelo sujeito.

A experiência das pessoas que utilizam medicamentos é complexa e envolve tomadas de decisões diárias, podendo ser explorada de maneira específica com um fármaco ou em uma determinada doença (Ledford et al., 2010; Shoemaker & Ramalho de Oliveira, 2007). Entretanto a experiência é compartilhada pelos indivíduos e ultrapassa as diferenças contextuais. Tal fenômeno envolve significados que antecedem até mesmo o início do uso, muitas vezes está associado a sentimentos ou apreensões de cunho negativo como a associação ao envelhecimento e/ou à perda de autonomia. O corpo é afetado tanto pelos efeitos benéficos já esperados de acordo com o objetivo terapêutico, quanto por efeitos adversos ou colaterais (Shoemaker & Ramalho de Oliveira, 2007).

Apesar de poder significar a perda do controle para as pessoas que estão prestes a iniciar o uso crônico de um medicamento, com o passar do tempo é adquirido o conhecimento sobre a própria condição de saúde. Diante dos efeitos do tratamento no cotidiano, o paciente pode, por exemplo, alterar a dose ou até mesmo optar por não utilizar o medicamento prescrito, muitas vezes na expectativa de retomar o controle da própria vida (Shoemaker & Ramalho de Oliveira, 2007; Cappleman, Smith & Lobban, 2015).

Um dos temas desvelados no estudo fenomenológico de Proudfoot et al. (2009) abordou a ambivalência das pessoas em relação aos efeitos positivos e negativos dos medicamentos durante o tratamento para o TAB. O sentimento de ambivalência é comum nas pessoas em uso crônico de medicamentos, tendo em vista a presença dos aspectos positivos e negativos. Esta dualidade é frequentemente relatada na literatura, como foi apresentada nos resultados dos estudos de Filardi et al. (2015), Salgado et al. (2014) e VargasHuicochea et al. (2014). Inder et al. (2010) também evidenciaram a ambivalência dos pacientes em relação, tanto para seguir utilizando os medicamentos quanto para aceitar o diagnóstico de TAB. Esta dualidade em relação ao tratamento é observada não só no TAB, mas faz parte do fenômeno de utilizar medicamentos. No estudo de Nascimento, Silva e Ramalho de Oliveira (2019) sobre a experiência com o uso crônico de medicamentos na Hepatite C, foi evidenciado este tema, designado como ambiguidade. Neste mesmo sentido, a pesquisa de Miasso (2006), ao estudar o significado da terapia medicamentosa para indivíduos com TAB, apresentou como resultado a categoria “Estando entre a cruz e a espada”.

No estudo qualitativo realizado por Inder et al. (2010) foi abordada a experiência de aceitação do diagnóstico de TAB. Neste cenário aparece a questão da relação com os profissionais de saúde, todos os participantes da pesquisa estavam receosos de usar os medicamentos prescritos, devido à falta de confiança nos médicos, pela sensação de ausência de interesse real sobre suas histórias de vida. A relação com os profissionais de saúde pode influenciar fortemente a experiência com o medicamento. A pesquisa de Vihelmsson, Svenisson e Meeuwisse (2013), desenvolvida com o objetivo de estudar a experiência dos pacientes na consulta médica durante o tratamento de depressão, demonstrou a falta de confiança nos profissionais não especialistas em psiquiatria e a falta de autonomia e protagonismo por parte dos participantes em seu processo de cuidado, uma vez que relataram não ter forças para argumentar sobre as decisões tomadas.

A passividade em relação às tomadas de decisões sobre o tratamento medicamentoso também pode ocorrer por excesso de confiança no profissional médico; mesmo diante da ausência de informações completas sobre os medicamentos, o paciente mantém o uso (Miasso, 2006). O estudo desenvolvido por Ledford et al. (2010) também apresentou dados sobre o excesso de confiança no profissional médico. Outro ponto importante está relacionado ao fato de o paciente ainda poder se sentir envergonhado e intimidado pela figura

do profissional e não manifestar suas dúvidas sobre os medicamentos por medo do julgamento (Miasso, 2006).

É imprescindível, para um bom atendimento, que os profissionais compreendam seus pacientes e identifiquem suas necessidades. É crucial que aqueles mais desprovidos de escolaridade e/ou em situação de analfabetismo, recebam orientações adaptadas ao seu contexto, tendo em vista o risco real em que se encontram ao utilizar medicamentos que precisam de controle especial (Miasso, 2006).

Nas doenças crônicas em geral há uma maior probabilidade de ocorrência de problemas de saúde devido ao longo período de acometimento e uso de medicamentos. Desta forma, há uma maior demanda de monitorização dos pacientes (Ramalho de Oliveira, 2011). No estudo de Proudfoot et al. (2009), que trata da experiência com o diagnóstico recente de TAB, além dos efeitos colaterais, ficou evidenciado o aspecto negativo da monitorização laboratorial, que deve ser seguida pelos indivíduos com TAB como protocolo de uso seguro das medicações. A necessidade da monitorização laboratorial deve ser bem explicada para os pacientes, pois pode ser mal interpretada, principalmente as dosagens séricas dos medicamentos. Os pacientes podem se sentir como se estivessem sob investigação, por exemplo, em relação à adesão ou não à medicação, o que pode minar a relação profissional/paciente (Miasso, 2006).

Embora o fenômeno da experiência com o uso dos medicamentos extrapole as subjetividades e os aspectos específicos do contexto de cada doença ou medicamento, por meio da compreensão destas subjetividades e especificidades é possível conhecer e compreender melhor as faces deste fenômeno de modo a interpretá-lo e representá-lo. No que tange à experiência com medicamentos no TAB, muitas são as particularidades envolvidas nesta experiência. Devido ao curso episódico da doença, em cada um dos episódios há uma aceitação ou compreensão distinta tanto do diagnóstico quanto dos medicamentos pelos pacientes (Inder et al., 2010). A literatura aponta que, nos períodos de eutimia, por exemplo, os pacientes tendem a questionar a necessidade do tratamento. Nesta fase, portanto, é especialmente importante que sejam indicadas outras intervenções, como a psicoterapia e medidas psicossociais (Miasso, 2006; Inder et al., 2010).

O TAB é um transtorno pouco compreendido pela sociedade; durante os períodos de humor normal do paciente, parentes, amigos e pessoas mais próximas que não presenciaram

nenhuma crise e ou episódios agudos, também questionam o diagnóstico e a necessidade dos medicamentos. Durante a fase assintomática, o indivíduo pode desenvolver a esperança de um dia ser curado e poder interromper o tratamento, o que pode gerar sentimentos de decepção (Miasso, 2006).

Outro fato relevante para os indivíduos com TAB é o atraso no estabelecimento do diagnóstico correto, o que implica o uso de medicamentos inadequados (Miasso, 2006; Proudfoot et al., 2009). Isto influencia na forma como os pacientes lidam com seus tratamentos, gerando inclusive sentimentos de enganação (Proudfoot et al., 2009). Benini e Leal (2016) explicam que há uma interdependência entre o diagnóstico e o tratamento medicamentoso. Desta maneira, tais experiências com o diagnóstico, que são comumente vivenciadas pelas pessoas com TAB, moldam o fenômeno do uso dos medicamentos.

No estudo de Morton et al. (2022), mais de 75% dos entrevistados relataram que o cuidado da equipe de saúde era voltado majoritariamente para sanar os sintomas da condição clínica e um terço se queixaram de que a equipe não oferecia um cuidado holístico. O que é similar ao relatado pelos participantes do estudo de Vihelmsson, Svenisson e Meeuwisse (2013), que sentiam ser os medicamentos a única ajuda que os médicos podiam lhes oferecer, o que contribui para uma visão negativa do tratamento. As pessoas são seres culturais e contextualizados, possuem suas subjetividades; para cuidá-las de modo integral, é preciso trabalhar conhecimentos que propiciem a compreensão de tais aspectos (Ramalho de Oliveira, 2009).

As pessoas com TAB reconhecem a importância de suas subjetividades para lidar com a doença; no trabalho de Miasso (2006), os entrevistados relatam sobre a falta de interesse dos profissionais. Segundo a autora:

Elas percebem que, por ocasião da consulta, a história de seu transtorno, seu mundo interno, grau de sofrimento, bem como a interpretação subjetiva que dão ao seu problema não estão sendo considerados. Sentem, assim, necessidade de serem ouvidas e compreendidas no que se refere ao sentido que atribuem a seu sofrimento e a seu transtorno, dando ênfase à sua experiência subjetiva. Consideram que sua história deva ser relevante na determinação da terapêutica medicamentosa instituída. Julgam, ainda, que o profissional deve direcionar seu olhar para além do medicamento, alcançando o emocional delas, pois esperam da consulta médica mais do que uma receita medicamentosa. (Miasso, 2006, p.126).

Existe, portanto, divergência entre o que muitas vezes é oferecido como cuidado aos indivíduos com TAB e o que eles realmente almejam, quando a equipe de saúde tem como preocupação principal a mitigação dos sintomas agudos dos pacientes, não os acolhem por inteiro, com suas dificuldades e apreensões. No estudo de Morton et al. (2022) foi relatado que os indivíduos buscam um bemestar que não é vinculado somente à ausência de sintomas, porque os pacientes podem estar bem mesmo quando sintomáticos. Um bemestar que advém da simplicidade de poderem exercer algum papel com qualidade em suas vidas, como o de ser pai ou cônjuge, e que está atrelado ao bom funcionamento no ambiente familiar, social e do trabalho. Os autores do estudo orientam que é preciso que os profissionais conheçam seus pacientes assim como conhecem as suas condições clínicas, compreendendo seus valores e desejos pessoais (Morton et al., 2022).

Ainda sobre a divergência do que é estar bem, Moura, Peres e González Rey (2011) explicam que, mesmo vivenciando o processo de adoecimento em uma doença crônica, é possível manifestar saúde. Em suas palavras:

O binômio saúde-doença é processual, podendo o sujeito constituir saúde nos diversos momentos de seu desenvolvimento, mesmo no decorrer da vivência de uma doença crônica e evolutiva. Com outras palavras, o sujeito pode produzir um sentido subjetivo de saúde mesmo no processo de adoecer. (Moura, Peres e González Rey, 2011 p. 173)

O estudo da experiência com o medicamento inclui a adesão ou não ao tratamento medicamentoso, mas vai além porque aspectos como as inseguranças e as apreensões dos indivíduos impactam no tratamento como um todo. No TAB, particularmente, a formulação da farmacoterapia envolve etapas que devem ser seguidas para alcançar o sucesso farmacoterapêutico, segundo as linhas de tratamento preconizadas. Muitas vezes é necessária a troca dos medicamentos durante o curso da doença crônica, o que pode ser interpretado negativamente pelos pacientes como se estivessem sendo submetidos a constantes testes (Miasso, 2006; Ledford et al., 2010). Além das trocas dos medicamentos, muitos pacientes se veem em determinado momento da vida utilizando um número elevado de fármacos e se sentem inseguros em relação à exposição aos efeitos adversos (Miasso, 2006). Apesar de poder existir o sentimento de insegurança e medo dos efeitos adversos, há também o medo de entrar em crise, por isso é constante a ambiguidade de sentimentos ou,

como Miasso (2006) descreveu: “entre a cruz e a espada”. Portanto é preciso compreender os anseios destas pessoas.

Os pacientes mantêm a adesão apesar do potencial tóxico dos medicamentos, por valorizarem a experiência vivida de estabilidade (Salgado et al., 2014; Miasso, 2006). Todavia esta não é a única realidade, existem pacientes com TAB que optam por não utilizar os medicamentos prescritos para compreender bem os fatores externos que podem vir a servir como gatilhos para suas crises. Para isto, desenvolvem outras técnicas de enfrentamento, por exemplo, o autoconhecimento pronunciado (Cappelman, Smith & Lobban, 2015).

O estudo de Cappelman, Smith e Lobban (2015) objetivou explorar o processo dos pacientes com TAB no manejo das oscilações de humor sem medicamentos. Apesar de muitas pessoas escolherem atravessar o caminho sem intervenções medicamentosas, estas experiências são mal compreendidas e pouco aceitas. Os autores relatam que os modelos atuais que buscam explicar a não adesão ao tratamento medicamentoso simplificam a problemática e não levam em conta as individualidades das pessoas. Os resultados do estudo demonstraram que os principais fatores para a não adesão são os efeitos adversos, a preocupação com o julgamento da sociedade e o fato de ocorrerem crises mesmo que os medicamentos sejam utilizados. Os participantes que optaram pela não adesão ao tratamento farmacológico desenvolveram diferentes estratégias de enfrentamento, tais como buscar alimentações mais saudáveis e evitar situações que possam servir como gatilho para crises. As estratégias exigem muita disciplina, além de disponibilidade financeira para sua implementação, para custear, por exemplo, alimentos mais saudáveis, atividades de lazer e psicoterapias (Cappelman, Smith & Lobban, 2015).

Durante a fase de exaltação do humor, mania e hipomania, em geral, as pessoas não buscam manejar os sintomas, uma vez que relatam não encarar isto como algo negativo, ao contrário, tentam fazer proveito do aumento da criatividade, da disposição e da produtividade, que são características de tais episódios. Apesar de visualizarem o lado positivo da doença, é relatada a importância do apoio de pessoas próximas para auxiliar na identificação de alterações bruscas no comportamento. Por fim, é enfatizada a necessidade de novas pesquisas que explorem as tentativas bem-sucedidas de gerenciamento do humor sem medicamentos, pois isto pode colaborar para aumentar o arsenal de abordagens não farmacológicas que podem

ser estimuladas pelos profissionais. Tais medidas podem propiciar o alcance de uma estabilidade de comportamento em longo prazo (Cappelman, Smith & Lobban, 2015).

5 PROPÓSITOS DO ESTUDO

5.1 Relevância do estudo

Após a análise da revisão de literatura, foi constatado que não foram encontrados estudos que estabeleceram o mesmo objetivo e percurso metodológico adotados nesta pesquisa. Os estudos já realizados sobre a experiência de pessoas com TAB definiram principalmente como foco a vivência com o diagnóstico e a doença. Nestes, a experiência com o tratamento medicamentoso do TAB ou não foi abordada, ou foi citada de modo sintético; além disso, para a análise de dados, foram adotados outros métodos. Neste cenário destacamos os estudos sobre: a experiência com diagnóstico recente (Proudfoot et al., 2013); pacientes com diagnósticos de melancolia, mania e esquizofrenia (Sass & Piekos, 2015); os significados da vida para as pessoas com TAB (Rusner et al., 2009); o estudo sobre os desafios de viver com TAB realizado por Maassen et al. (2018), no qual abordaram também os desafios do tratamento, porém este não era o foco em si do trabalho; e o estudo qualitativo de Fisher et al. (2017), no qual foi utilizada a análise temática para avaliar o processo de tomada de decisões durante o tratamento no contexto do TAB II, mas que não teve como foco a experiência com o medicamento. Além disso, Russell e Moss (2013) conduziram uma metanálise para estudos qualitativos sobre a experiência de pacientes com o TAB. Os resultados apresentaram nove trabalhos, dos quais apenas dois utilizaram a metodologia fenomenológica, um com o objetivo de identificar os problemas psicossociais dos pacientes com TAB e outro sobre “a consciência no estado de mania”, mas nenhum deles abordou a experiência com o medicamento. Os autores ressaltaram, ao final do estudo, a importância de novas pesquisas sobre experiências vividas com o TAB.

Embora seja necessário justificar a presente pesquisa com base na ausência de estudos com o mesmo foco, método e arcabouço teórico, acredita-se que este estudo se justifica por si só, pois, no desenvolvimento da pesquisa fenomenológica sobre a experiência com o uso do medicamento de pacientes com TAB, cada participante, ao relatar suas vivências, iluminará o fenômeno de modo distinto. Não somente o participante, mas também o local onde é realizada a entrevista, o país, a cidade, o instante, as circunstâncias do entorno, o entrevistador, o analista dos dados, a transcrição, a análise e a escrita, enfim, todos estes elementos, entre outros, têm o poder de modificar o “ângulo” em que se mostra o fenômeno.

Assim sendo, um estudo fenomenológico sempre será uma pesquisa inédita que poderá comparar os dados obtidos com resultados já existentes e avançar.

5.2 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é compreender a experiência vivida pelo paciente em tratamento farmacológico para o transtorno do Transtorno Afetivo Bipolar.

5.3 Objetivos específicos

Para de fato atingir o objetivo geral proposto, é necessário trilhar um caminho que torne possível o estudo do fenômeno. Assim, os objetivos específicos foram:

- Compreender a vivência do paciente com os seus sintomas.
- Explorar a experiência vivida com o tratamento farmacológico para TAB.
- Entender os aspectos positivos e negativos do uso dos medicamentos para os pacientes.
- Conhecer as expectativas relativas ao uso da farmacoterapia do TAB, ou conhecer as expectativas em relação aos medicamentos utilizados.
- Verificar os fatores que propiciam a adesão ao tratamento farmacológico.
- Descrever e interpretar a experiência dos pacientes com o tratamento farmacológico.

6 METODOLOGIA

Para alcançar as experiências com o uso de medicamentos, não poderia ser escolhido outro método que não o de pesquisa qualitativa, uma vez que esta abordagem possibilita a compreensão das vivências que são inerentes ao ser humano: o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (Manen, 1990).

Nesse contexto é importante dizer que, em 1900, Edmund Husserl definiu a teoria fenomenológica, método de conhecimento que posteriormente se tornou um movimento de grande riqueza, do qual participaram os filósofos Heidegger, Maurice MerleauPonty, Jean Paul Sartre, entre outros. A partir dos constructos teóricos do pensamento filosófico fenomenológico, Max van Manen (1990) desenvolveu o método de pesquisa qualitativa fenomenológico hermenêutico nomeado como Fenomenologia da Prática.

6.1 Fenomenologia da prática de Max van Manen

Para Max van Manen (2007), toda fenomenologia é direcionada para a prática de viver, que envolve questões cotidianas sobre como as pessoas se relacionam no dia a dia. Em suas palavras: “A fenomenologia é um projeto de reflexão sóbria sobre a experiência vivida da existência humana – sóbrio, no sentido de que a reflexão sobre a experiência deve ser pensada e, tanto quanto possível, livre de intoxicações teóricas, prejudiciais e suposicionais”. (p.12)

Para o autor, os seres humanos estão imprescindivelmente inseridos na existência cotidiana, portanto, a origem dos significados reside em nossas ações e correlações do mundo cotidiano que habitamos. A fenomenologia da prática não pretende aplicar as teorias no mundo real, mas sim utilizar o método proposto para conhecer o mundo vivido. O intuito é tornar possível a criação de relações formativas entre ser e agir (Manen, 2007). O mundo da vida, para Manen, diz respeito tanto à fonte da pesquisa fenomenológica quanto ao próprio objeto de pesquisa. No desenvolvimento da pesquisa, o autor considera fundamental também que o pesquisador conheça a si mesmo, ou seja, faça uma reflexão sobre os seus próprios pré-julgamentos relacionados ao fenômeno para que estes não se sobressaiam. A partir de então, agindo desta maneira, apenas a experiência vivida com o fenômeno permanecerá (Manen, 1990).

Manen (2007) explica que o método da fenomenologia da prática incita a libertação da racionalidade objetiva, que o conhecimento dos profissionais tem a ver com o que ele chama de compreensão pática, a compreensão da experiência do outro. Aprender o mundo pelos significados da “pathic experience”, uma vez que a prática profissional em si é dependente dos sentidos, do corpo, das percepções e dos ponderamentos e que tais saberes são “pré reflexivos, préteóricos, prélinguísticos” (Manen, 2007, p. 22). O autor explica que o saber pático está envolvido em ações da rotina diária, dos afazeres cotidianos realizados de modo automático – por exemplo, aqueles que envolvem memória e aqueles envolvidos na percepção do mundo ao seu redor. E se o objetivo for compreender ou intensificar tais aspectos, é necessária uma linguagem que seja voltada para o que ele chama de “sensibilidade experiencial ou vivida do mundo da vida” (Manen, 2007, p. 22).

Para Manen (2007), o conhecimento é refletido na prática, sendo possível descobrir este saber por meio da compreensão de nossas ações:

Podemos descobrir o que sabemos, como agimos e o que podemos fazer, no mundo da vida, nas nossas relações com os outros, em nosso ser encarnado e nas dimensões temporais de nossos envolvimentos. Até nossos gestos, a maneira como sorrimos, o tom de nossa voz, a inclinação de nossa cabeça e a maneira como olhamos o outro no olho são expressões da forma como conhecemos o nosso mundo e nos comportamos neste mundo. (p. 22)

Além disso, são necessárias uma linguagem e uma escrita adequadas para abordar aspectos não relacionados à cognição, que devem ser apropriadas para a reflexão de significados, levando em conta questões como a experiência, a moral e as emoções correlacionadas ao fenômeno. A partir da escrita fenomenológica, é promovida uma “fenomenologia da e para a prática” (Manen, 2007, p. 22). A escrita fenomenológica atinge seu objetivo quando é validada pelo leitor, que se sente representado por ela parcial ou totalmente. Não se trata de entretenimento, de ser uma leitura prazerosa e fácil, mas de uma identificação. Nas palavras de Manen (2007):

O texto deve reverberar com a nossa experiência ordinária da vida, bem como com o nosso sentido do significado da vida. Isso não significa necessariamente que se deve sentir entretido pelo texto fenomenológico ou que tem que ser uma “leitura fácil”. Às vezes, ler um estudo fenomenológico é um esforço realmente trabalhoso. E ainda, se estamos dispostos a fazer o esforço, então podemos ser capazes de

dizer que o texto fala conosco não muito diferente da maneira pela qual uma obra de arte pode falar conosco mesmo quando requer esforço. (p.26)

A coleta de dados na fenomenologia não pode ser confundida com a amostra de dados das pesquisas quantitativas. Os dados qualitativos coletados durante as entrevistas ou observações, ainda que sejam gravadas em tempo real, tendo disponíveis as melhores tecnologias para captar os sons e as imagens, não serão perfeitamente fidedignos ao fenômeno original, inalterado, uma vez que já se encontram influenciados, modificados pelo contexto e pela interpretação. As entrevistas sobre a experiência vivida, isoladamente, ou um relato sobre a experiência não são as descrições fenomenológicas. A partir da análise do conjunto dos dados, os resultados são apresentados em temas considerados a estrutura do fenômeno, e os subtemas o seu detalhamento (Manen, 1990).

6.2 Delineamento do estudo

Para realização deste estudo, primeiramente, se fez a divulgação da pesquisa e a apresentação de seus objetivos, além de convite às pessoas para participar. Nesta etapa foram divulgados folhetos por meios de comunicação online e de um formulário Google®. Neste formulário havia algumas perguntas objetivas como renda familiar, idade, estado civil, escolaridade, gênero, se a pessoa tinha o diagnóstico de TAB e qual profissional havia feito o diagnóstico, quais medicamentos estava utilizando naquele momento e quando iniciou o uso destes e, por fim, a pergunta se o participante desejava ou não participar de uma entrevista. As pessoas interessadas em participar da entrevista sinalizaram no formulário um email e/ou número de celular para contato, após o que as entrevistas foram agendadas com os interessados. Este método, em que os próprios participantes entraram em contato com os pesquisadores, com o intuito de participar, favoreceu o estudo, uma vez que atraiu pessoas mais abertas à comunicação, assim propiciando entrevistas com maior riqueza de detalhes. Por meio do formulário Google obtiveram-se 22 respostas para as perguntas fechadas e 17 pessoas manifestaram disponibilidade para entrevista em grupo ou individual. Além disso, duas participantes foram convidadas diretamente pelas pesquisadoras, via contato remoto, e ambas foram instruídas a preencher o formulário para registro, porém apenas uma delas respondeu. Posteriormente, quando foi estabelecido o contato para agendar as entrevistas, de fato, apenas dez pessoas aceitaram participar. Desta maneira, ao todo, foram realizadas nove entrevistas individuais e um grupo focal com três integrantes, sendo que uma participante do grupo focal também foi entrevistada individualmente.

Na segunda etapa, os indivíduos selecionados concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido, antes de iniciar a realização das entrevistas semiestruturadas individuais e do grupo focal. Os áudios das entrevistas foram gravados com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritos. Quatro entrevistas individuais foram transcritas utilizando o software de transcrição online Reshape®, as demais e o GF foram transcritos manualmente. As entrevistas individuais duraram em média uma hora e meia, já o GF durou duas horas. Todas foram realizadas de maneira remota, via plataforma de reuniões Zoom®.

6.3 Participantes do estudo

Todos os participantes são maiores de 18 anos, capazes legalmente, com diagnóstico autodeclarado de Transtorno Afetivo Bipolar e se encontravam em tratamento medicamentoso para manejo desta condição clínica. Não se aplicaram outras distinções como sexo, escolaridade, renda familiar ou região geográfica de residência.

6.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa é parte de um projeto maior: “*Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde*”, que recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG no dia 28 de maio de 2014, sob o registro CAAE 25780314.4.0000.5149 (APÊNDICE A).

A todos os participantes entrevistados foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), para que fosse lido e assinado.

6.5 Coleta de dados

Entre as técnicas de coleta de dados utilizadas em pesquisas qualitativas, a entrevista é a mais comumente escolhida por tornar possível o acesso a informações às quais somente o entrevistado tem acesso. A técnica possibilita o acesso a informações objetivas e subjetivas, a crenças, a significados e a convicções (Minayo, 2001; Boni & Quaresma, 2005).

Como explicam Bauer e Gaskell (2008), os dados qualitativos, “do mundo social”, não podem ser erroneamente apreendidos como um “dado natural”, visto que se trata de algo que é constantemente alterado e criado na vida dos indivíduos, sob variados contextos. Os autores explicam que se trata da realidade da vida das pessoas, o que eles denominam como “mundo vivencial” (Bauer & Gaskell, 2008).

As entrevistas podem ser estruturadas, semiestruturadas, abertas; individuais; em grupo, história de vida e entrevista projetiva (Minayo, 2001; Boni & Quaresma, 2005). A entrevista semiestruturada, utilizando um tópico guia, favorece o foco nas experiências relativas ao fenômeno estudado e garante que os participantes se sintam livres para responder às perguntas de modo mais aprofundado e com riqueza de detalhes. Para garantir a qualidade dos dados, é preciso que o pesquisador, ao longo de toda a entrevista, mantenha uma boa relação com os entrevistados e um interesse genuíno nos relatos (Boni & Quaresma, 2005).

Neste estudo foram utilizadas a entrevista semiestruturada, a individual e a em grupo focal como método de acesso às subjetividades dos participantes que moldam a experiência com o uso dos medicamentos para tratamento do TAB. As entrevistas foram guiadas por um tópico guia (APÊNDICE C). Todas as entrevistas, individuais e em grupo focal, foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. O número de participantes selecionados para este estudo foi determinado pela saturação dos dados. A partir da pré-análise das entrevistas individuais e em grupo realizadas, foi observado o ponto de saturação, que ocorre quando não são geradas novas percepções ou obtidas novas informações sobre o fenômeno estudado (Bauer & Gaskell, 2008).

6.5.1 Grupo focal na fenomenologia

O grupo focal (GF) é uma técnica de entrevista em grupo que agrega riqueza de detalhes sobre os significados do fenômeno estudado, uma vez que os participantes interagem entre si, estimulando uns aos outros a relatar suas experiências (Boni & Quaresma, 2005).

Como explica Lopes (2014):

A pesquisa com grupos focais permite o alcance de diferentes perspectivas de uma mesma questão, permite também a concepção de processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, assim como a compreensão de práticas cotidianas, atitudes e comportamentos prevalentes no trabalho com alguns indivíduos que compartilham traços em comum, relevantes para o estudo e investigação do problema em questão. (p.484)

A técnica é muito utilizada em pesquisas qualitativas em variadas áreas, incluindo a da saúde. Por meio dela é possível obter muitas informações, uma vez que os participantes se reconhecem uns nos outros, vivenciando um mesmo fenômeno, e assim é estabelecido um cenário propício para dialogar e se manifestar (Brasil et al., 2018; Wiggins, 2004). Como explicam Bauer e Gaskell (2008), nos grupos focais ocorrem interações e processos que não são observados nas entrevistas individuais, os pontos em comum são compartilhados ou ainda pode acontecer a formação de subgrupos, nos quais os diferentes pontos de vista sobre o fenômeno são confrontados. Segundo os autores:

A interação do grupo pode gerar emoção, humor, espontaneidade e intuições criativas. As pessoas nos grupos estão mais propensas a acolher novas ideias e a explorar suas implicações. Descobriu-se que os grupos assumem riscos maiores e mais extremados. Com base nestes critérios, o grupo focal é um ambiente mais

natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros. (p.76)

Existem vantagens e desvantagens tanto na utilização de entrevistas unicamente individuais quanto em grupo. Como já pontuado, nas entrevistas individuais não ocorrem as mesmas interações que emergem nos grupos focais. Entretanto utilizar apenas o método de grupo focal também apresenta desvantagens, pois correse o risco de não se conseguir selecionar indivíduos com maiores dificuldades para participar da discussão em grupo, como indivíduos idosos e mães de filhos pequenos. Há ainda a desvantagem em relação à riqueza de detalhes em nível individual de cada participante, uma vez que, durante as entrevistas em grupo, não é concedida a mesma atenção ao entrevistado como nas entrevistas individuais. Desta maneira, podemse obter as vantagens de ambas as técnicas, assim como atenuar suas desvantagens ao se utilizarem as duas em uma mesma pesquisa (Bauer & Gaskell, 2008).

Revisando a literatura disponível quanto à utilização do método de entrevista por GF em pesquisas de análise fenomenológica, foi observado que há pesquisadores contrários a esta utilização e outros favoráveis, inclusive evidenciando vantagens (BradburyJones, Sambrook & Irvine, 2009). O estudo de Palmer et al. (2010) teve como objetivo analisar a integração das informações obtidas por meio dos grupos focais em uma pesquisa fenomenológica. Os pesquisadores pontuaram que a técnica pode instigar maiores reflexões sobre a experiência de cada um, mas ressaltam também que, se realizada com muitas pessoas, pode ser problemática, devido ao encontro entre os contextos individuais e coletivos que são estabelecidos, o que dificultaria a determinação dos dados fenomenológicos de cada um separadamente. Porém os pesquisadores citam a estratégia utilizada para conseguirem usufruir do GF na pesquisa, explicam que é preciso primeiramente analisar o contexto coletivo em que são formulados os significados das pessoas entrevistadas. Os pesquisadores concluíram que os dados obtidos pelos GF eram robustos e que os participantes compartilharam suas experiências individuais, inclusive alguns pontos de discussão surgiram devido ao GF, possibilitando um entendimento coletivo das experiências relatadas. Nas palavras dos autores: “O ambiente do grupo pareceu permitir que os membros co constituíssem narrativas e multiperspectivas, e isso provavelmente não teria surgido em entrevista isolada” (PALMER et al., 2010).

Palmer e colaboradores reiteram que é preciso que o pesquisador, ao optar pelo uso do GF, o coordene de maneira a manter um equilíbrio, permitindo que todas as pessoas entrevistadas compartilhem suas reflexões de modo genuíno e não sejam levadas a acatar alguma posição simplesmente em virtude de um consenso, visto que este não é o objetivo.

BradburyJones, Sambrook e Irvine (2009), colaborando com a discussão sobre a utilização do GF em estudos fenomenológicos, concordam que é importante que cada participante tenha seu tempo de fala preservado no grupo. Além disso, comparam os argumentos favoráveis e contrários em relação ao uso da técnica, o argumento desfavorável principal é baseado no fato de que a fenomenologia vai à procura da essência do fenômeno vivido, sem “contaminações”, e que, deste modo, o GF não seria adequado por promover a interação entre os participantes. Contudo os autores favoráveis argumentam que o GF aumenta a credibilidade dos dados, além de entenderem de modo positivo o contexto de interação que é promovido e uma maior percepção das falas dos entrevistados. Os autores argumentam ainda que, em uma pesquisa fenomenológica heideggeriana, não há a pretensão de obter “dados descontaminados” coletados em um “ambiente isolado”, a interpretação é estabelecida dentro do contexto em que se está inserido. Assim, para os autores, o GF não prejudica a pesquisa fenomenológica, pelo contrário, a beneficia ao promover maior interação e compartilhamento de experiências, o que ilumina as várias faces do fenômeno estudado.

No estudo de Love, Vetere e Davis (2020) também foi discutida a questão. Por meio de adaptação, foi possível encontrar os dados ideográficos dos participantes e captar os discursos com uma análise em profundidade.

No trabalho realizado por Flowers, Duncan e Frankis (2000), foram utilizados tanto GF quanto entrevistas individuais, de modo que os métodos de coleta se complementaram. A partir das entrevistas individuais foi possível ter um relato detalhado de cada participante, e com o GF foi estabelecido um ambiente onde ocorreram reflexão, diálogo, reações e interações com diferentes experiências vividas.

Dessa forma, percebe-se que há posicionamentos na literatura favoráveis à utilização do GF em análise fenomenológica. Contudo é importante seguir as orientações indicadas pelos autores para uma análise fidedigna. Smith (2004) salienta que os pesquisadores devem analisar a transcrição no mínimo duas vezes, focando primeiramente nos padrões e

dinâmicas do contexto coletivo e só depois analisar os dados, o que também é orientado por Palmer et al. (2010). Além disso, é preciso que o pesquisador esteja ciente da capacidade de cada participante de participar ou não do GF e selecionar aqueles que o pesquisador perceba ser capaz de compartilhar suas experiências no contexto coletivo (Smith, 2004).

6.6 Análise dos dados

Após a transcrição foram realizados o tratamento dos dados e a análise temática proposta no método de Fenomenologia da Prática (Manen, 1990). Primeiramente foi realizada uma pré análise por meio da planilha do software Excel®, para depois realizar o tratamento dos dados por codificação, e a divisão de todo o conteúdo das entrevistas em temas e subtemas, por meio do software NVivo 14®, para facilitar a organização. Os temas são as “estruturas da experiência, as estrelas que compõem os universos de significados que vivemos. À luz desses temas podemos navegar e explorar tais universos” (Manen, 1990, p.90). Na análise temática, para desvelar os temas, são propostas três abordagens: na totalidade ou sentenciosa; abordagem seletiva ou de destaque e abordagem detalhada ou linha a linha:

- (1) Na abordagem de leitura holística, atentamos ao texto como um todo e perguntamos: que frase sentenciosa pode capturar o significado fundamental ou o significado principal do texto como um todo? Em seguida, tentamos expressar esse significado formulando tal frase.
- (2) Na abordagem de leitura seletiva ouvimos ou lemos um texto várias vezes e perguntamos: que afirmação(ões) ou frase(s) parece(m) particularmente essencial(is) ou reveladora(s) sobre o fenômeno ou experiência que está sendo descrita? Essas declarações, então, circulamos, sublinhamos ou destacamos.
- (3) Na abordagem de leitura detalhada, olhamos para cada sentença ou conjunto de sentenças e perguntamos: O que essa sentença ou conjunto de sentenças revela sobre o fenômeno ou experiência que está sendo descrita? (MANEN, 1990)

É importante salientar que a análise dos dados é um processo complexo, assim foram realizadas inúmeras leituras das entrevistas além de escutas dos áudios de forma exaustiva, para estabelecer a estrutura do fenômeno. Desta forma, a autora desta pesquisa adentrou de modo imersivo as experiências relatadas nas entrevistas para tornar possível a descrição fenomenológica.

Neste estudo foram utilizados os três passos para análise dos dados de forma a alcançar a melhor compreensão, descrição e interpretação da experiência vivida. Durante a análise foi realizado um esforço para a suspensão das pressuposições e pré-julgamentos, conforme proposto por Manen (1990), para que de fato o fenômeno em estudo se manifestasse.

7 RESULTADOS

A análise das transcrições do formulário apontou alguns dados descritivos para caracterização das amostras das entrevistas tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar bruta, profissional responsável pelo diagnóstico e prescrição atual dos medicamentos.

Uma certa homogeneidade foi verificada em relação à faixa etária, o diagnóstico foi estabelecido, em média, aos 22,8 anos de idade, discrepante apenas em um participante (i7, Tabela 2), que teve o diagnóstico ainda na infância, por volta dos sete anos de idade. Para esta média, não foi considerada a participante G3 (Tabela 1), para quem o diagnóstico ainda não foi completamente estabelecido. A maioria dos participantes foi diagnosticada pelo profissional psiquiatra, e apenas um participante recebeu o mesmo diagnóstico do profissional psicólogo (i4, Tabela 2) Em relação à renda bruta familiar, quatro participantes têm renda entre 3 e 4 salários mínimos (R\$ 3.636,00 a R\$ 4.848,00), dois entre 5 e 10 salários mínimos (R\$ 6.060,00 a R\$ 12.120,00), dois renda superior a 10 salários mínimos (> R\$ 12.120,00), dois entre um e dois salários mínimos, e um não informou a renda bruta familiar por não ter respondido ao formulário Google®. Já em relação à escolaridade dos entrevistados, quatro não completaram o ensino superior, cinco tinham o ensino superior completo e dois terminaram a pós-graduação *strictu sensu*, sendo um mestre e um doutor.

Todos os participantes afirmaram estar em tratamento medicamentoso para manejo do TAB. A maioria com diagnóstico estabelecido, exceto uma participante (G3) do GF (Tabela 1), cujo diagnóstico está em processo de investigação para confirmação, embora seu psiquiatra a tenha informado que o quadro clínico indica TAB.

As medicações de uso atual estão dispostas na Tabelas 2. Um fato interessante é destacado para a lamotrigina, pois três das cinco pessoas que fazem uso disseram que não sentem o efeito do medicamento nos seus organismos e impacto na melhora.

Todos os entrevistados concordaram que o uso do medicamento é fundamental para o manejo da doença. Todavia enfatizaram que o medicamento não deve ser a única abordagem para que o tratamento seja de fato efetivo. Ao longo das entrevistas, os relatos reforçaram a importância do contexto social, dos hábitos para uma vida saudável, do apoio psicológico. Além disso, as dificuldades financeiras apareceram como um problema que tem impacto no acesso a terapias, a consultas psiquiátricas, à prescrição e à compra dos medicamentos para a continuidade do tratamento.

Os dados evidenciaram uma experiência dos pacientes que vivem com TAB já descrita na literatura, qual seja, o desejo de cessação do uso dos medicamentos nos períodos de crises de mania ou hipomania, pois os pacientes consideram positivos os sintomas de aumento da energia, da produtividade e da criatividade. Além disso, há percepção de “superpoderes” que também os submetem a situações de risco – por exemplo, a participante G3 (Tabela 1), durante o GF, contou que, em certos períodos de sua crise eufórica, gostava de ficar na beira de rodovias acreditando no momento que não correria riscos. Outros comportamentos de risco foram relatados: uso abusivo de álcool (i1; i5; i7); tabagismo (i1; i5; i6; i7) e exposição a substâncias ilícitas ao menos uma vez (i1; i3; i4; i5; i6; i7). Também foram evidenciados os perigos que os indivíduos com TAB podem estar expostos durante episódios de crise sem o tratamento e o manejo correto. Dos 11 entrevistados, seis tiveram episódios de ideações suicidas e metade passou ao ato, ou seja, relataram a tentativa de autoextermínio.

Os participantes discorreram também sobre suas vivências com o uso dos medicamentos tanto positivas quanto negativas. As experiências negativas foram mais vinculadas aos efeitos adversos expostos no Quadro 5 e em relação ao uso crônico dos medicamentos. Já as experiências positivas são ligadas diretamente à estabilidade promovida pelos medicamentos mais apropriados, adequados individualmente. A maioria dos participantes relatou estar estável no momento da participação da pesquisa (i1; i4; i5; i6; i7; i8; i9). Quanto à expectativa em relação ao tratamento, quatro (i2; i4; i7; i8) desejavam manter sem alteração a prescrição atual, por considerá-la a melhor formulação já usada até o momento. Todos afirmaram acreditar no benefício do tratamento, ao qual associaram o ganho de estabilidade e o alcance da normalidade para lidar com suas atividades diárias sem grandes alterações de humor. Entretanto um participante (i2), apesar de acreditar no benefício do medicamento, relatou que seu quadro é refratário, ocorrem episódios de crise em seu dia a dia e com poucos

períodos estáveis, sendo necessário o ajuste das dosagens dos medicamentos ao longo do mês.

Quadro 5 – Caracterização da amostra da entrevista em GF

Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Renda familiar bruta	Escolaridade	Tempo de Diagnóstico	Profissional que fez o diagnóstico	Prescrição atual
G1	F	26	Solteiro(a)	Até 1 salário mínimo (R\$1.212,00)	Ensino superior completo	7 anos	Psiquiatra	Lítio e lamotrigina
G2	F	23	Solteiro(a)	De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 3.636,00 a R\$ 4.848,00)	Ensino superior incompleto	4 anos	Psiquiatra	Ácido valpróico, lamotrigina e clonazepam
G3	F	23	Solteiro(a)	De 3 a 4 salários mínimos (R\$ 3.636,00 a R\$ 4.848,00)	Ensino superior incompleto	Diagnóstico em avaliação	Psiquiatra	Ácido valpróico e aripiprazol

Fonte: Elaboração pelas autoras.

Quadro 6 – Caracterização da amostra das entrevistas individuais

Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Renda familiar bruta	Escolaridade	Tempo de diagnóstico	Profissional que fez o diagnóstico	Prescrição atual
i1	F	36	União estável	> R\$ 12.120,00	Doutorado	10 anos	Psiquiatra	Lamotrigina, risperidona, mirtazapina
i2	M	55	Casado(a)	> R\$ 12.120,00	Ensino superior completo	29 anos	Psiquiatra	Tranilcipromina, lítio, clozapina e amissulprida
i3	F	23	solteiro(a)	R\$ 3.636,00 a R\$ 4.848,00	Ensino superior incompleto	4 anos	Psiquiatra	Ácido valpróico, lamotrigina e clonazepam
i4	F	28	solteiro(a)	R\$ 1.212,00 a R\$ 2.424,00	Mestrado	7 anos	Psiquiatra e Psicólogo	Lamotrigina e quetiapina
i5	F	33	Casado(a)	R\$ 6.060,00 a R\$ 12.120,00	Ensino superior completo	4 anos	Psiquiatra	Lítio e ácido valpróico
i6	F	24	solteiro(a)	R\$ 6.060,00 a R\$ 12.120,00	Ensino superior incompleto	7 anos	Psiquiatra	Lamotrigina e pregabalina
i7	M	24	solteiro(a)	R\$ 3.636,00 a R\$ 4.848,00	Ensino superior incompleto	17 anos*	Psiquiatra	Lítio, quetiapina, lurasidona e venvanse
i8	F	38	Casado(a)	R\$ 3.636,00 a R\$ 4.848,00	Ensino superior completo	21 anos	Psiquiatra	Lítio e topiramato
i9	F	26	Casado(a)	Não informado	Ensino superior completo	3 anos	Psiquiatra	Carbamazepina

Fonte: Elaboração pelas autoras.

Quadro 7 – Efeitos adversos relatados pelos participantes das entrevistas individuais e GF

Medicamento	Efeitos adversos citados por participantes	Trechos representativos
Risperidona	Estado de indiferença (i1); tontura (i2); dor no estômago (i2); prejuízo cognitivo (i2); Delírio (i3); Constipação (i3); sonolência (i3/G2; G3); ganho de peso (i4, i8); hipotireoidismo (i8); Rigidez muscular (i1)	i1: [...] <i>teve aquele efeito de tirar o brilho das coisas.</i> i3: [...] <i>não conseguir nem ficar em pé, de não conseguir fazer nada, de dormir com a comida na boca.</i>
Lítio	Sensação de estranheza (i1; G1); ganho de peso (i2; i8; G1); constipação (i3/G2; G1); ansiedade (i3; G1); embotamento(i6; G1)	i1: [...] <i>um dos piores momentos da minha vida foi tomando lítio.</i> i8: <i>Eu reclamava muito a questão do sobrepeso. Porque eu nunca fui gorda, mas eu nunca conseguia ser magra, por mais dieta que eu fizesse, por causa do lítio.</i>
Zolpidem	Cansaço ao despertar	i1: [...] <i>eu tomei zolpidem, mas no dia seguinte eu achava muito ruim, eu achava que o sono não era restaurador.</i>

Mirtazapina	Pânico (i1)	i1: <i>Eu comecei a ter tipo uns pânico antes de dormir, uma sensação esquisita de desconforto muito grande, falta de ar, então assim, eu parei de tomar a mirtazapina à noite e tô tomando de manhã.</i>
Midazolam	Insônia (i2), agitação (i2)	i2: [...] <i>foi prescrito para que relaxasse e dormisse, porém fez efeito contrário, ficando mais alerta.</i>
Clozapina	Descontrole/desencadeante da Diabetes Mellitus	i2: [...] <i>eles afetam muito diretamente o controle da diabetes, então nesse sentido eu tenho que ficar muito rigoroso com alimentação, com medicação diabética.</i>
Ácido valpróico/valproato de sódio	Tremor (i3/G3); irritabilidade (i6;i7m); azia (i6;i7); enrijecimento das articulações (i8)	i7: <i>Bem, quando eu era criança, com o valproato de sódio eu não funcionei bem. Ele me dava muita azia e me dava muita irritabilidade.</i> i8: <i>Eu ficava dura. Eu ficava sem conseguir ter movimento da mão.</i>

Venlafaxina	Insônia (i3/G2); grogue (i9); mania/hipomania (G2/i3)	[...] <i>eu tive um surto psicótico sério, e foi aí que tiraram a venlafaxina e colocaram a olanzapina no lugar.</i>
Sertralina	Mania/hipomania (i4)	G3: [...] <i>eu comecei a usar sertralina, só que aí a sertralina... ela começou a fazer as minhas alterações de humor ficarem diárias.</i>
Quetiapina	Sono excessivo (i4; i7) grogue (i7) náusea/vômito (i6)	i6: [...] <i>quetiapina, eu não gostava de jeito nenhum.</i>
Desvenlafaxina	Irritabilidade (i5)	i5: <i>Eu não sei como eu não me divorciei. Porque eu era muito grosseira com o meu marido.</i>
Lisdexanfetamina	perda de apetite (i9); ideação suicida (i9); depressão (i9); Mania/hipomania (i7)	i9: <i>O Venvanse quase acabou com a minha vida.</i>
Metilfenidato	Mania/hipomania (i7)	i7: <i>E a ritalina segurou um pouquinho. Aí foi quando ele percebeu que ele tinha que tratar junto o TDAH e a bipolaridade. E aí foi uma coisa um pouco complicada, porque as medicações para o TDAH desencadeiam fases de mania.</i>

Bupropiona	Náusea/vômito (G3)	<i>G3: [...] ela prescreveu também cloridrato de bupropiona, só que esse eu senti muito enjoo, foi horrível, muito ruim, eu não dei conta de tomar.</i>
Olanzapina	Ganho de peso (G1)	<i>G1: Olanzapina, eu tomei na minha primeira crise, eu ganhei 10 kg e foi muito difícil perder, muito mesmo, perder esses 10 kg.</i>

Fonte: Elaboração pelas autoras.

A análise das entrevistas individuais e em grupo focal foram realizadas separadamente. A partir do tratamento dos dados, os resultados foram desvelados conjuntamente, correspondendo à estrutura do fenômeno, os quais serão apresentados em cinco temas conforme o quadro a seguir.

Quadro 8 TEMAS E SUBTEMAS
1 Antes e depois do diagnóstico de TAB.
2 A recuperação da saúde mental é subjetiva.
3 Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio. 3.1. “Cobra mal matada”. 3.2. Comorbidades. 3.3. Comportamento de risco.
4 O medicamento ajuda, mas não faz milagre.
5 Antes e depois do medicamento mais efetivo.

7.2 Tema 1: Antes e depois do diagnóstico de TAB

O TAB é principalmente vinculado à variação de humor entre estágios de depressão e euforia, entretanto a sintomatologia é muito complexa. Destacam-se os relatos de oscilações de humor que envolvem desânimo, sonolência, reatividade, impaciência,

agressividade, agitação, impulsividade, sentimento de superioridade, entre outros. Além dos problemas enfrentados antes e depois do diagnóstico ser estabelecido, conforme relatado pelos participantes.

Para i6, receber primeiro o diagnóstico de depressão, com a utilização de muitos medicamentos ao mesmo tempo, tornou ainda mais difícil o processo de aceitação do diagnóstico, pois criou uma perspectiva pessimista, uma vez que, para a depressão, haveria cura, já para o TAB a cronicidade. No caso de i6: *Foi bem difícil... O diagnóstico da depressão já não tinha sido fácil, mas saber que era transtorno bipolar foi pior ainda, pois, da depressão pelo menos, pensei que melhoraria e poderia parar de tomar os medicamentos.*

Apesar de i9 estar estável já há três anos, sem qualquer queixa no momento, passou por dificuldades, pois recebeu primeiro os diagnósticos de TDAH e síndrome do pânico, o que resultou em tratamentos inadequados que a expuseram a efeitos adversos/colaterais graves.

Ao receber o diagnóstico de TAB, as experiências vividas envolveram sentimentos negativos como medo, embaraço e negação. A dificuldade de aceitação do diagnóstico acontece principalmente por se tratar de um problema crônico de saúde mental. Nas palavras de i1: *Você carrega para o resto da vida o diagnóstico e o uso dos medicamentos.* E segundo i3: *[...] eu sei que é cíclico, que vai acontecer, que estou em tratamento, mas preferia não passar por isso. E existe o preconceito também, as pessoas passam a olhar para você diferente.*

Para i8, receber o diagnóstico e iniciar o uso dos medicamentos foi traumatizante. A participante relatou que o seu psiquiatra não compreendeu bem seus anseios e dificuldades naquele momento: *O médico disse: Olha, não sei por que você está reclamando de tomar medicamento, porque antigamente os tratamentos eram cadeiras de choque". Naquele dia senti que estava perdendo os meus sonhos!*

No caso de i7, os pais mantiveram o diagnóstico de TAB em sigilo, revelando a ele apenas tardiamente, na vida adulta. Em relação à descoberta, i7 disse que *o diagnóstico explicava todas as loucuras comportamentais da minha vida inteira, desde a adolescência.* Apesar da visão otimista, contou o ocorrido com pesar, pois acreditava que, se soubesse desde o início, seria uma pessoa mais segura e não teria cessado por 10 anos o uso da medicação.

Os sentimentos de incerteza permearam as falas no GF em relação ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso. G3 relatou que seu diagnóstico de TAB ainda não foi

concluído e que seu quadro ainda está sendo avaliado pela sua psiquiatra, entretanto são fortes as evidências para o transtorno. G2 tem o diagnóstico estabelecido, todavia, devido à sua instabilidade, o psiquiatra vem reavaliando o seu caso e ela está em remanejamento da farmacoterapia.

Para outros participantes deste estudo, receber o diagnóstico de TAB foi positivo, pois proporcionou sentimento de alívio, sensação de que as experiências, os sintomas, os comportamentos e as reações faziam sentido, tinham uma explicação e eram vividas por mais pessoas.

7.3 Tema 2: A recuperação da saúde mental é subjetiva

O processo do tratamento é perpassado pela subjetividade, que precisa ser levada em consideração para a recuperação da saúde mental. As dosagens para que o medicamento seja efetivo são singulares e desafiam a objetividade, cada participante relatou adaptar-se a uma prescrição e posologias diferentes. A primeira experiência de G1 foi negativa com o lítio, mas hoje está adaptada com o medicamento, na mesma dosagem e apresentação, apesar de sentir alguns efeitos colaterais. Para G1, o lítio é o que mais funciona até o momento, porém G2 passou por uma experiência horrível com o mesmo medicamento. G3 usa o ácido valpróico, que *a deixa comunicativa, mas não a ponto excessivo de euforia, me permite fazer interação social.*

Para ilustrar a dificuldade do tratamento do TAB, G1 faz uma comparação:

O diabético toma o medicamento e consegue medir a glicemia. Sabe se o medicamento fez efeito ou não! No transtorno bipolar, isso não é possível! Você usa o medicamento, mas não sabe se vai mesmo prevenir a crise. Então, não é limitação do medicamento, mas do próprio organismo, da própria natureza do transtorno.

A participante G1, apesar de dizer que, entre os medicamentos que usou, o lítio foi o mais adequado até o momento, não sabe se os sintomas que vem apresentando de enjoo e cansaço estão relacionados ao medicamento. G2, por sua vez, cita o ácido valpróico como o medicamento mais efetivo, entretanto também vem apresentando instabilidade, colocando em dúvida o seu tratamento.

A vivência do TAB é subjetiva. Nem tudo no transtorno tem uma evidência clara. É preciso levar em consideração a experiência do paciente, inclusive para acertar a dosagem do medicamento. Mesmo assim, nem sempre vai bloquear a crise. (G1)

O carbonato de lítio, para mim, foi o medicamento que melhor funcionou, porque tenho uma dificuldade de adaptação. Os medicamentos que G2 e G3 usam me causam muitos efeitos colaterais. Inclusive, eu estou sentindo enjojo e cansaço, por isso irei ao psiquiatra para saber se são efeitos do lítio. (G1)

Eu uso ácido valpróico, mas recentemente eu tive uma crise muito forte e precisei aumentar a dose. O meu psiquiatra está pensando em introduzir a risperidona. Não sei se o ácido valpróico é o melhor medicamento, mas até hoje foi o que me deixou mais estável. (G2)

7.4 Tema 3: Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio

A dificuldade de manejo do TAB para atingir a estabilidade aparece claramente a partir do tratamento dos dados, desde o percurso de superação de crises graves e sucessivas até a estabilidade. O processo para encontrar o “caminho do meio” e alcançar o equilíbrio do humor foi bem discutido no GF como ponto de acordo. G2 disse que vive uma batalha interna quando está em crise, pois os seus episódios de mania ou hipomania surgem no seu estágio mais profundo da depressão: *Uma coisa curiosa é que as minhas crises maníacas surgem... muitas são desencadeadas no auge da minha depressão. É como se eu estivesse tão deprimida, que o meu outro lado surge.* Percebe-se dividida em dois polos, um lutando contra o outro para dominá-la.

Após esse relato, com o qual as demais participantes concordaram, G1 fez uma comparação com a história de Alice no país das maravilhas do autor Lewis Carrol:

Você falou isso e eu lembrei da Alice no país das maravilhas! Ela está tentando achar a saída, mas é grande para passar pela porta. Ela diminui, mas esquece a chave em cima da mesa. Come o bolinho e cresce novamente.

A lembrança da cena da obra fictícia despertou o interesse de todas e as representou, gerando uma interação. Na história, Alice come o bolinho e fica grande, bebe a poção e fica pequena, e existe uma chave para abrir a porta. G2 complementou:

Eu vejo como se fosse a mania e a depressão e a chave na verdade fosse o medicamento. E a casa fosse o normal. Você tenta alcançar a chave, encontrar a sua normalidade, mas não sabe se controlar. Então é muita tentativa e erro, sabe? E entrar nessa casa, pegar a chave da porta para sair. Associa dessa maneira: o bolinho, a poção e a chave, a mania, a depressão e o medicamento.

7.4.1 “Cobra mal matada”

O manejo farmacoterapêutico sofreu alterações ao longo do tempo para todos os participantes, até que chegaram na prescrição mais ideal. Para tal, foram realizadas tentativas com diferentes fármacos. A melhora dos sintomas, portanto, foi gradual. O processo foi relatado por i9 como “uma cobra mal matada”. O termo diz respeito à dificuldade e à lentidão para a solução de um problema, e foi utilizado para fazer analogia com o seu processo para conseguir a estabilidade, mesmo após acertarem a medicação com a carbamazepina.

Uma cobra mal matada é quando tem alguma coisa muito ruim acontecendo e você fica tentando resolver o problema até conseguir. É a sensação que eu tive quando comecei a tomar o medicamento, pois melhorei aos poucos e fui ganhando a estabilidade mês a mês. (i9).

Já i2, que não se encontrava totalmente estável, disse ser refratário ao tratamento, precisava de diferentes ajustes de dose ao longo de um mesmo mês: [...] *experimentei praticamente quase todos os fármacos, e sem resultado. Não dava resultado os medicamentos, usava outro, não dava, trocava.*

Atualmente, i1 disse ter acertado com a risperidona, mas, até alcançar a estabilidade usando o medicamento, levou aproximadamente um ano de adaptação ao efeito colateral de estado de indiferença.

Depois que eu comecei a usar risperidona foi a pior sensação do universo, horrível... Eu sei que era efeito colateral do medicamento, na época o médico me explicou: “o efeito é denominado estado de indiferença, que pode ser causado pelo antipsicótico”. (i1)

O acesso ao exame farmacogenético fez diferença na vida da participante i9. A sua história se contrasta com a dos demais participantes que não o realizaram, o medicamento carbamazepina foi escolhido para ela com base no resultado do teste, mostrou-se efetivo, pois, após a introdução, não foram necessárias trocas, apenas ajuste de doses; desta maneira, encurtou o seu caminho de encontro à estabilidade.

7.4.2 “Comorbidades”

A maioria dos participantes apresentou comorbidades, entre as quais TDAH, ansiedade, diabetes mellitus, hipotireoidismo, trombofilia e síndrome do pânico e síndrome das pernas inquietas. Uma situação que se mostrou desafiadora tanto para quem sofria com o problema como para os profissionais que realizavam o manejo do TAB, no sentido de que foi preciso conciliar as medicações. Os relatos apontam que o hipotireoidismo de i8 e a

diabetes mellitus de i2 foram ocasionados pelo uso crônico dos medicamentos lítio e clozapina, respectivamente. A partir do uso crônico do lítio, i8 desenvolveu problemas tireoidianos e passou a fazer reposição hormonal com a levotiroxina. Já i7 relatou dificuldade de conciliação entre as medicações para o TAB e o TDAH, pois os medicamentos lisdexanfetamina e metilfenidato tendem a desencadear fases de mania ou hipomania.

7.4.3 “Comportamento de risco”

Os participantes desta pesquisa descreveram comportamentos tais como excesso de trabalho/atividades, falta de sono de qualidade, abstinência do tabagismo, uso em excesso de bebidas alcoólicas, uso de estimulantes lícitos como café e bebidas energéticas industrializadas, uso de drogas ilícitas e mudança na rotina ou interrupção do uso dos medicamentos. O uso abusivo de álcool por i1, i5, i6 e i7 impactou negativamente na rotina e na manutenção do tratamento. A participante i5, por exemplo, frequentemente prioriza momentos de recreação consumindo álcool, quando cessa o uso do tratamento farmacológico, o que tem impacto na sua estabilidade.

A ideação suicida e tentativas de autoexterminio apareceram como risco de vida para i1, i5, i6, i7 e i9, vinculadas mais aos episódios depressivos e menos aos maníacos. O episódio de depressão de i7 levou a planejar e executar uma TAE, que culminou na sua internação, e a TAE de i6 levou para o atendimento de urgência. Segundo i7: *E aí eu comecei a deprimir muito, muito, muito. E tinha ideação suicida. Isso no final do ano passado. Quando foi no finalzinho do mês de setembro, tentei suicídio. Esse ato desencadeou um desespero nos meus pais.*

A ideação suicida estava presente na mente de i5 antes do uso dos medicamentos: *Eu sempre fui uma pessoa sensível. Normalmente sensível. Mas sem estar medicada, antes do tratamento, assim, tudo doía demais. Viver era sofrido demais. Eu tive episódios de ideação suicida.*

É nítido na fala dos participantes a importância dos medicamentos em suas vidas, que não só são necessários, mas vitais.

7.5 Tema 4: O medicamento ajuda, mas não faz milagre

O tratamento farmacológico para o TAB beneficiou a todos os incluídos nesta pesquisa com a melhora significativa do quadro clínico. Mas, mesmo tendo passado por experiências positivas, o consenso foi de insuficiência e dos limites da abordagem apenas farmacológica, como se observa nos relatos:

Eu acredito no medicamento, mas ele não resolve tudo sozinho. Não pode ser só isso, é preciso dos outros pontos. (G1)

Eu concordo que o tratamento medicamentoso realmente tem um efeito muito positivo, é essencial! Concordo totalmente com a G1, mas sozinho não dá conta. (G2)

Eu concordo com o que a G2 disse. E acho também que o medicamento não é capaz de ver os “porquês”. Acredito que o tratamento psicológico nesse quesito é muito importante. Associar os dois tratamentos ao mesmo tempo é essencial. Você pode falar sobre suas frustrações com suas relações pessoais e também com o medicamento. (G3)

A percepção do medicamento como um suporte foi unânime, ou seja, parte de um todo, para alcançar e manter a estabilidade. Nas palavras de i7: *Os medicamentos fazem o que eu não consigo fazer naturalmente, proporcionam a estabilidade bioquímica do meu cérebro, mas é só um suporte.*

O medicamento pode colaborar promovendo o equilíbrio psíquico, mas, para lidar com o impacto dos fatores estressantes apontados como gatilhos para crises, o manejo clínico deve levar em conta e incluir abordagens não farmacológicas. Algumas abordagens são citadas como cruciais para superar as crises, quais sejam, a busca pela qualidade de vida, mecanismos e terapêuticas específicas para o controle do uso e abuso de substâncias e terapias psicológicas.

Em relação à qualidade de vida, estão incluídos a alimentação saudável, as atividades físicas e as dificuldades/facilidades nas relações familiares e sociais, que são apontadas como fatores de extrema importância para a estabilidade ou não.

As relações cotidianas vividas com os familiares, amigos e colegas de trabalho também podem gerar conflitos, estresse, que “disparam gatilhos” para as crises. Um “ambiente negativo”, mesmo quando o paciente usa o medicamento correto, na dose adequada, pode não ser suficiente para manter o equilíbrio. No convívio familiar é preciso lidar com as dificuldades relacionadas ao desconhecimento, ao preconceito e ao estigma, que vinculam os sintomas dos participantes desta pesquisa a características pejorativas – por exemplo, a preguiça. Os comentários e as avaliações negativas influenciam na adesão ao tratamento. G1 disse que, antes de ter a primeira crise, era considerada “típica adolescente cansada”. No mesmo sentido, G2 relatou: *Eu estava deitada no chão e não conseguia fazer nada. Eu era vista como preguiçosa. As pessoas mais próximas não entendem o nosso*

sofrimento, não sentem o que a gente tá sentindo, então fazem uma crítica. Com relação ao estigma, G2 disse: Eu acredito que existe um estigma em relação aos transtornos mentais, e isso afeta totalmente a adesão ao tratamento.

O sentimento de ser incompreendido no momento das crises é comum. A queixa é em relação às pessoas que duvidam da intensidade e da causa dos sintomas. G2 relatou que:

Já tentaram me exorcizar, porque tenho muitos sintomas psicossomáticos quando estou em crise. Na última crise, eu não conseguia diferenciar o lado esquerdo do direito. E tive uma crise de labirintite, e caí no chão. Nesse episódio reuniram um pessoal da igreja e começaram a tentar me exorcizar.

A convivência com os familiares é difícil e conturbada. Para i1, a postura da família é questionável em relação aos cuidados dispensados a ela, que relatou não ter recebido o tratamento necessário quando passou por episódio depressivo na adolescência, por influência da mãe: *Eles preocupavam, mas me diminuía dizendo que eu era incapaz e não podia fazer nada sozinha. Minha família é totalmente disfuncional... tem caso de abuso sexual infantil e psicológico, muitas coisas ruins e desagradáveis.*

Em relação à mesma questão, G2 relatou: *Concordo que o medicamento previne. Mas é preciso levar em consideração o ambiente, pois quanto mais estresse vivemos, pior! E, nesse contexto, o “medicamento não segura a crise”, pode até dar aquela barrada, mas nem sempre é suficiente.*

Os participantes falaram sobre a importância do apoio familiar, tanto financeiramente quanto no monitoramento dos sinais e sintomas da doença. Relato de i7: [...] *a minha mãe falou: “Olha, eu vou pagar o psiquiatra particular pra você”. Então, ela começou a deixar de pagar as contas de casa e foi pagando o psiquiatra particular.*

Outra abordagem terapêutica vivida por todos os participantes foi a psicoterapia. A i6 relata que as terapias a ajudaram principalmente a aprender a reconhecer os sinais, os sintomas e na adesão ao tratamento. Da mesma maneira, a i5 pôde, por meio das terapias, lidar melhor com os sintomas e reconhecer a diferença entre aqueles que a levavam às crises e suas características pessoais.

7.6 Tema 5: Antes e depois do medicamento mais efetivo

A experiência com o uso dos medicamentos envolve aspectos positivos e negativos. Alguns efeitos adversos foram citados como empecilhos para o seguimento farmacoterapêutico – a participante i3 sofreu constipação excessiva com o lítio, submetida à

lavagem intestinal, não aceitou prosseguir com o tratamento. A dificuldade de i7 é para a adesão a medicamentos que causem sonolência excessiva, como a quetiapina; por isso, o seu psiquiatra incluiu na prescrição a lurasidona, outro antipsicótico, mantendo a quetiapina em dose baixa de 25 mg para uso se necessário. Outro ponto crucial para i7 foi a falta de recursos para comprar o medicamento de alto custo prescrito, o lutab (lurasidona), o que gerou crises e instabilidades, pois o tratamento foi interrompido por meses. Somente depois conseguiu o custeio para iniciar o uso do medicamento e já está estável há dois meses.

Efeitos adversos graves foram motivos para a suspensão do uso dos medicamentos, como ideação suicida com a lisdexanfetamina, hipomania/mania com o uso de metilfenidato, lisdexanfetamina e antidepressivos. A interrupção do uso do ácido valpróico de i8 se deu em função do enrijecimento das articulações. Outros efeitos, como ganho de peso excessivo, azia, tontura, sono excessivo, náusea/vômito excessivo também foram motivos para a interrupção. Por outro lado, alguns medicamentos, ainda que tenham ocasionado efeitos adversos e colaterais, foram tolerados e são utilizados de maneira correta, devido ao ganho na estabilidade.

Em alguns momentos, a opinião de cada participante levou à tomada de decisões em direções importantes no curso do tratamento. As participantes i1 e i4 relataram a experiência de participação ativa nas alterações dos seus tratamentos: a sugestão de usar mirtazapina foi dada por i1, e a alteração do horário de administração do medicamento para o uso noturno por i1 e i8. Já i6 solicitou a suspensão da quetiapina, pois sentia náusea excessiva, e do lítio, que neutralizava o seu humor causando embotamento.

Dessa maneira, as participantes do GF dizem conviver com o uso crônico dos medicamentos e com muitas incertezas. Não sabem dizer se o tratamento é o mais adequado para seus organismos. A participante G2 expressa também preocupação com o futuro em relação aos efeitos dos medicamentos no seu corpo, já que iniciou o tratamento aos 14 anos de idade: *Uma coisa que eu fico um pouco chateada, são os efeitos do medicamento no meu organismo, porque estou forçando meu fígado, forçando meus rins. O que vai ser do meu futuro?* G2 ainda relata: *Como a G1 falou, da questão do custobenefício, se eu não fizer o tratamento hoje, como é que eu vou estar amanhã? Então, eu não vejo um motivo racional para não fazer o tratamento farmacológico.*

Os participantes relataram que antes eram vistos como preguiçosos, entre outros adjetivos pejorativos. Ao sentir os efeitos benéficos dos medicamentos, passaram a ter um

novo olhar sobre si, disseram que, a partir de então, reconheceram-se como capazes de distinguir os sintomas relacionados à TAB das suas características pessoais.

Acabamos construindo crenças de incompetência e irresponsabilidade. Incorporamos que somos assim, quando na maioria das vezes eram as manifestações dos sintomas. Entender isso na história de vida, reestruturar essas crenças e olhar para si mesmo com mais compaixão foi imprescindível na terapia. (i5)

A discrepância dos comportamentos autorrelatados após o uso da medicação mais efetiva foi um ponto em comum para a maioria. Para G3, a ideação suicida e a variação de humor, que eram recorrentes, passaram a ser controladas, diminuíram de frequência e intensidade com o tratamento. Para alguns, a mudança foi tão brusca, que houve demora para que voltassem a se reconhecer.

Antes da medicação, tudo era o completamente oposto do que é hoje. As minhas amigas falaram que parece que eu morri e botaram outra no lugar. Vejo um vídeo meu antigo, percebo a diferença. Até a voz, sabe? (i9)

Existe uma vida antes e depois do lítio. A minha vida melhorou muito. Os meus principais sintomas eram irritabilidade e impaciência. Isso melhorou muito, muito, mesmo. Depois de ter retornado o tratamento de forma adequada, os episódios depressivos diminuíram muito também. (i5).

Os participantes estabelecem uma relação dos prós e contras do uso dos medicamentos, chegando à conclusão de que os benefícios são mais significativos. Apesar das dificuldades, o equilíbrio do humor e do comportamento melhora com o uso do medicamento, e significados positivos são atribuídos como “freio”, “segurança” e “prevenção”. Termos estes relacionados diretamente à prevenção e à diminuição das crises e ao aumento da sensação de segurança. O medicamento os protege das crises graves, possibilita aumentar a consciência em relação às situações de risco, diminui os pensamentos negativos e regula as alterações da percepção do que é real.

8 - DISCUSSÃO

A análise dos dados possibilitou compreender a experiência vivida durante o tratamento para o TAB. O Tema 1 apresentou a relação dos participantes do estudo antes e depois do diagnóstico. O uso dos medicamentos para restabelecer a saúde mental teve início antes mesmo do diagnóstico de TAB, gerando impacto negativo para os participantes que foram submetidos a tratamentos inadequados. Uma conjuntura que causou problemas de adaptação ao(s) fármaco(s), ausência de resposta farmacoterapêutica e efeitos adversos (leves, moderados e graves) – por exemplo, constipação, náuseas, desencadeamento de crises e ideação suicida.

A literatura relata esse cenário inicial conturbado como reflexo da complexidade do quadro clínico, da similaridade dos sintomas, principalmente, da TAB com a depressão unipolar. Mas, para o manejo dos diferentes quadros clínicos, são necessárias abordagens e medicamentos específicos para uma boa resposta ao tratamento (Morishita et al., 2021).

A maioria dos participantes deste estudo apresentou os primeiros sintomas ainda na adolescência e na infância. Apesar disso, foram diagnosticados tardiamente, com exceção de i2, situação que ocorre com frequência para pacientes com TAB (Alves & Oliveira, 2023; Morishita et al., 2021; Keramatian et al., 2021; Maassen et al., 2018; Goodwin & Jamison, 2007; Miasso, 2006; Proudfoot et al., 2009). Estudos enumeram alguns motivos relacionados à demora para o diagnóstico ser estabelecido, tais como: falta de investigação ou relato sobre os sintomas das fases de mania ou hipomania e os diagnósticos diferenciais entre, principalmente, a TAB versus depressão unipolar e TAB versus TDAH (Keramatian et al., 2021; Maassen et al., 2018). O estudo de Moura et al. (2019) evidenciou o medo da exposição ao preconceito sofrido pelas pessoas que apresentam o quadro clínico de TAB, sentimento que repercute negativamente na recuperação e inibe a busca por ajuda. O mesmo resultado é apresentado no estudo de SiegelRamsay et al. (2023), sobre a vivência do estigma pelos participantes nos diferentes ambientes sociais, assim como o estudo de revisão de Warwick et al. (2019), que desvelou o subtema “estigma”, suas implicações nas relações sociais e o impacto negativo na percepção da própria identidade dos acometidos.

Nesse sentido, importa principalmente que a demora para receber o diagnóstico, seja por quaisquer desses motivos, piora o prognóstico do paciente (Morishita et al., 2021; Keramatian et al., 2021). Estudo apontou que pacientes portadores de TAB II têm maior atraso no diagnóstico do que os portadores de TAB I. As pessoas que desenvolvem os sintomas de TAB ainda na infância apresentaram maior atraso em relação àqueles que

desenvolveram o transtorno na idade adulta. E, ainda, aqueles que sofrem ou sofreram concomitantemente com a ansiedade e tiveram TAE demoraram ainda mais para receber o diagnóstico, já os que tiveram sintomas psicóticos e foram hospitalizados foram diagnosticados mais rapidamente (Keramatian et al., 2021). Destacouse, entre os demais participantes deste estudo, o acesso de i9 ao teste farmacogenético, que determinou seu tratamento com a carbamazepina e com a qual está estável há três anos, o que evitou a exposição a muitos medicamentos após o diagnóstico de TAB. Em contrapartida, i7 teve dificuldade financeira para comprar o medicamento ao qual melhor se adaptou e com ele conseguia estabilidade da saúde mental. O impacto das desigualdades socioeconômicas no acesso e no tipo de tratamento ofertado aos indivíduos com TAB é real. No estudo de Karanti et al. (2021) foi avaliada a relação entre o nível de escolaridade e as variações no tratamento ofertado, demonstrando que aqueles com níveis mais altos de escolaridade discutem e questionam mais a farmacoterapia, recebem menos prescrições de antipsicóticos de primeira geração e de antidepressivos tricíclicos, e têm maior probabilidade de acesso à psicoeducação e a terapias psicológicas (Karanti et al., 2021). Após o diagnóstico, os participantes apresentaram várias nuances na aceitação do diagnóstico, passando a viver a realidade de um transtorno crônico.

O tema 2 apresentou a subjetividade para a recuperação da saúde mental, principalmente, no que diz respeito à adaptação aos medicamentos, apontando para a importância da escuta dos pacientes na clínica, pois as subjetividades se reorganizam no decorrer do tratamento, e do contexto social, e que ambos devem sempre ser levados em consideração para o sucesso da terapêutica (Megale & Teixeira, 1998; Moura, Peres & González Rey, 2011; Mori & González Rey, 2012; Guimarães & Meneghel, 2003; Torre & Amarante, 2001).

O tema 3 – “Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio” – e seus subtemas descreveram detalhadamente o percurso dos participantes durante o período árduo de adaptação ao tratamento. No subtema “cobra mal matada”, primeiramente, foi relatado o caminho para encontrar a estabilidade, pois alguns fármacos foram incluídos na prescrição com o objetivo de testar a melhor opção de tratamento, porém o processo desencadeou experiências negativas com os efeitos adversos, ausência de resposta farmacoterapêutica e piora clínica. O processo de verificação da melhor farmacoterapia para cada paciente envolve testes, conforme preconizado na Portaria nº 315, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, no qual há linhas de tratamento que

devem ser seguidas preferencialmente na ordem estabelecida, respeitando-se as individualidades dos pacientes (Brasil, 2016; Yatham et al., 2018). Este processo de experimentação dos medicamentos até chegar na farmacoterapia mais próxima da ideal é conhecido na literatura (Alves & Oliveira, 2023; Maassen et al., 2018; Miasso, 2006; Ledford et al., 2010). O processo para que o diagnóstico seja estabelecido é lento e o tratamento medicamentoso pode ser complexo. A revisão de literatura realizada sobre os tratamentos medicamentosos para o TAB apontou as diferenças e as semelhanças entre as abordagens adotadas no Brasil e nos demais países (Alves & Oliveira, 2023). O estudo de SiegelRamsay et al. (2023), que utilizou o método de teoria fundamentada, apresentou como resultados que o processo de adaptação às medicações pode levar meses e todo o processo de exposição a efeitos adversos e a falta de resposta terapêutica ocasionam danos tanto físicos quanto emocionais. A dificuldade de manejo dos medicamentos para alcançar a estabilidade do humor é um resultado apresentado também nos estudos de Miasso (2006) e Ledford et al. (2010).

Em relação ao subtema “comorbidades”, estudos apontam que a maioria dos indivíduos com TAB I ou II tem ao menos um diagnóstico de outra condição clínica médica ou sofrimento psíquico, portanto o manejo deve ser realizado individualmente (Krishnan, 2005). Segundo os autores Bessonova et al. (2020), o impacto econômico causado pelas comorbidades dos pacientes com TAB é grande, envolvendo um conjunto de gastos relacionados diretamente com o manejo clínico do transtorno e indiretos associados à diminuição da produtividade profissional. Os autores enfatizam a necessidade de intervenções que atuem no incremento da gestão em saúde para melhorar o resultado clínico dos pacientes. O estabelecimento de programas de atuação multidisciplinar com farmacêuticos e psiquiatras, na atenção primária, seria uma possibilidade, pois evitaria a necessidade de intervenções emergenciais e colaboraria para o cuidado contínuo, a adesão aos medicamentos e a diminuição dos gastos. O impacto do manejo incorreto da comorbidade no TAB, principalmente quando há abuso de substâncias, afeta diretamente as pessoas do convívio próximo, principalmente os familiares, uma vez que gera experiências negativas, como sensação de exaustão e incapacidade de cuidar, piora a relação interpessoal e aumenta o estigma para com os pacientes com TAB (September & Beytell, 2019).

O subtema subsequente abordou os “comportamentos de risco” durante as crises, na ausência de tratamento ou tratamento inadequado, entre os quais a TAE, as ideações suicidas, o abuso de álcool, a exposição a substâncias ilícitas e os comportamentos que

expõem a vida a riscos sem a consciência da gravidade destas ações. O que é preocupante, pois, em uma amostra de 11 participantes, 66% relataram ideação suicida e 33% histórico de TAE. Segundo o estudo de Dome, Rihmer e Gonda (2019), a taxa de suicídios entre indivíduos com TAB está entre 4 e 19%, e a daqueles que cometem a TAE está entre 20 e 60%, indicando um risco aumentado de suicídio em relação à população geral (Dome, Rihmer & Gonda, 2019; Fernandes & Scippa, 2013), chegando a ser 30 vezes maior (Dome, Rihmer & Gonda, 2019). Para Fernandes e Scippa (2013), o comportamento pode estar associado a impulsividade, a agressividade, ao predomínio de episódios depressivos ao longo do transtorno. O medicamento é um importante aliado na prevenção do suicídio para pacientes com TAB, seja com o uso do lítio, principal medicamento estudado para este risco, ou com os anticonvulsivantes como ácido valpróico e carbamazepina. Desta maneira, é de suma importância que o tratamento seja continuado e iniciado no momento correto, sem atrasos, para evitar problemas futuros (Fernandes & Scippa, 2013).

O uso abusivo de substâncias também é uma realidade para uma parte das pessoas com TAB, configurando um grande desafio para a adesão e a manutenção do tratamento (Preuss et al., 2021). De acordo com Ribeiro, Laranjeira e Cividanes (2005), entre os problemas de saúde mental, no TAB há maior predomínio do uso indevido de substâncias psicoativas, principalmente o uso abusivo de álcool. Um fato que pode ser explicado pelo ambiente propício para a utilização de substâncias nos episódios depressivos, bem como por questões econômicas, modificações neuroquímicas desencadeadas pela cronicidade do uso ou da abstinência. O estudo também evidenciou que a exposição a substâncias não é a causa, mas pode desencadear crises e/ou manifestar os sintomas típicos do TAB. Os autores concluem que a atenção multidisciplinar que envolve a família no cuidado, é a medida mais promissora para alcançar o sucesso do tratamento (Ribeiro, Laranjeira & Cividanes, 2005).

Além do abuso de substâncias, outros problemas de saúde podem afetar as pessoas com TAB, os participantes deste estudo relataram diagnósticos de TDAH, ansiedade e pânico e comorbidades como diabetes e hipotireoidismo, ocasionados pelo uso crônico dos psicotrópicos. Problema relatado por participantes que tratam tanto do TAB como do TDAH quanto da diabetes mellitus, que necessitaram de ajuste das medicações para alcançar o equilíbrio. Diagnósticos concomitantes, de acordo com o estudo de Krishnan (2005), impactam negativamente no diagnóstico do TAB, além de dificultar seu manejo.

O tema “Antes e depois do medicamento mais efetivo” apresentou a superação dos obstáculos, os efeitos adversos, as incertezas em relação ao diagnóstico, as dificuldades

financeiras e no manejo da dose, entre outros, até a adesão ao tratamento. No estudo de Inder et al. (2010) é abordado o tema “Convivendo com incertezas”, que diz das angústias vivenciadas ao longo do curso do transtorno. Já o artigo de revisão de estudos qualitativos de Warwick et al. (2019), desenvolvido com o objetivo de reunir estudos sobre as angústias vivenciadas pelos pacientes com TAB, apresentou também a “incerteza” como um dos temas desvelados, enquanto vivência angustiante que precede o diagnóstico de TAB, podendo perdurar ao longo de todo o curso do tratamento. Sentimento gerado tanto em relação ao tratamento medicamentoso como pela falta de informações sobre o problema de saúde mental enfrentado.

O quadro sintomático, as variações de humor, de todos os participantes deste estudo melhorou gradualmente, apesar de alguns ainda apresentarem sintomas residuais, o que não os impedia de se sentirem melhor. O participante i2 se sente bem atualmente, no período da entrevista, entretanto, disse que os momentos de estabilidade não duram por muito tempo. Ele foi informado pelo seu psiquiatra de que seu organismo é refratário aos medicamentos. Segundo relatou, já foi submetido até mesmo à eletroconvulsoterapia. O tratamento atual, composto pela Clozapina e outros medicamentos, retrata a refratariedade, uma vez que o medicamento se apresenta como última opção, devido aos efeitos adversos e a necessidade de controle rigoroso laboratorial. No estudo de Morton et al. (2022), os resultados apontam que o bemestar almejado pelos pacientes supera a ausência de sintomas, está atrelado à possibilidade de viverem o dia a dia no seu círculo social, familiar e profissional, podendo exercer suas atividades com qualidade. Já a refratariedade ao tratamento no TAB, é um quadro complexo e difícil de ser estabelecido, uma vez que o transtorno é caracterizado por um conjunto de sintomas diferentes. Toda esta variação de modo crônico pode ocasionar danos na cognição neurológica e propiciar a refratariedade aos medicamentos (Brasil, 2016; Fountoulakis et al., 2020).

Os participantes deste estudo também analisaram os prós e contras em relação ao seguimento do tratamento, predominando a consciência de que o benefício é maior do que o malefício e prevalecendo a adesão ao medicamento em uso atualmente. Neste percurso, ao longo do curso do tratamento, demonstraram tomar decisões e optar pela ruptura do uso dos medicamentos em alguns momentos, devido à crença de que não precisavam de substâncias para melhorarem, por não conseguirem manter o uso devido a efeitos adversos moderados a graves e por dificuldade financeira, ou, ainda, porque desconfiaram do próprio diagnóstico. Esta mesma análise foi citada no estudo de Miaso (2006), que evidenciou que, apesar dos

possíveis efeitos tóxicos dos medicamentos, os participantes vislumbram a estabilidade enquanto efeito positivo e compensatório. O estudo de Jaward et al. (2018) apresentou resultado similar, ou seja, a não adesão ao tratamento em determinados momentos é uma realidade característica do TAB. E algumas possíveis causas são apontadas: os efeitos adversos, o abuso de substâncias e o próprio padrão de curso da doença, a adesão pode variar ao longo do tempo. Além disso, houve relatos de alteração do horário de administração, de discussão e solicitação de suspensão ou inserção na farmacoterapia advindas dos próprios participantes – como a I1, que iniciou o uso da mirtazapina depois de indicar e negociar com o seu psiquiatra. As tomadas de decisões fazem parte da experiência com o uso dos medicamentos e representam o conhecimento adquirido ao longo do tempo sobre o próprio corpo, a mente e os efeitos do fármaco (Shoemaker & Ramalho de Oliveira, 2007; Cappleman, Smith & Lobban, 2015). As tomadas de decisões ao longo do curso da doença envolveram algo já conhecido no TAB, os indivíduos refletem sobre o uso dos medicamentos durante e após os episódios maníacos, devido aos efeitos de aumento da criatividade, da energia e da produtividade, entretanto eles têm a consciência do perigo desta fase, que os expõe a riscos de vida, a gastos excessivos e a comportamentos inadequados. Este fato foi estudado por Bulteau et al. (2018), os autores também concluíram que, em um primeiro momento, há sentimentos de nostalgia da mania, entretanto isto não foi motivo para a não adesão ao tratamento dos participantes entrevistados por eles, pois também tinham o conhecimento da importância do medicamento para a estabilidade.

O caminho trilhado no tratamento, apesar de difícil, se mostrou vital, pois as mudanças vivenciadas antes e depois do uso do medicamento correto foram nítidas e contrastantes. Os autorrelatos neste estudo apresentaram as alterações bruscas no próprio comportamento após o seguimento da farmacoterapia, percebidas pelos próprios entrevistados e pelas pessoas de seus convívios, que antes os julgavam como preguiçosos e rudes, entre outros adjetivos pejorativos. Após a conquista da melhora do quadro clínico, controle das crises e da estabilidade, foi possível reconhecerem uma menor influência dos sintomas do transtorno e entenderem que muitos comportamentos refletiam os episódios de mania e depressão, mas eram confundidos com suas características pessoais. Desta maneira, eles puderam se reencontrar e passaram a se perceber com um olhar mais gentil. Esta confusão interna de identidade ocasionada pelo transtorno é relatada na literatura. As manifestações de sintomas podem gerar confusões na percepção de si mesmos, levando-os a

se questionarem, sobre quem realmente são e o que são manifestações sintomáticas (Siegel Ramsay et al., 2023; Inder et al., 2008).

Também ficou claro na presente pesquisa a necessidade de outros fatores para a manutenção da estabilidade dos participantes, como qualidade de vida, ambiente familiar e apoio psicossocial. A relevância destes fatores é exaltada por Parick e Kennedy (2004) e Goodwin e Jamison (2007), em cujos estudos são explicadas as medidas psicoeducativas que devem ser seguidas no manejo do transtorno. A psicoeducação é importante para a diminuição das dúvidas e das angústias dos adoecidos. No estudo de Maassen et al. (2018), os participantes dos grupos focais também estabeleceram um balanço entre medidas farmacológicas e não farmacológicas. E o estudo de Kashani et al. (2020) enfatiza a necessidade de o profissional de saúde repassar informações e orientações claras no decorrer do tratamento, evitando que o paciente tenha dúvidas e fique confuso.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método Fenomenologia da Prática mostrou-se adequado para acessar as experiências com o tratamento medicamentoso para tratamento do transtorno afetivo bipolar. Os dados obtidos através das duas modalidades de entrevistas (individuais e grupo focal) se complementaram; a primeira técnica favoreceu a narrativa detalhada de cada experiência, e a segunda possibilitou o diálogo, a interação e a validação, entre os componentes do grupo, das manifestações em comum vividas. Incluir a técnica do grupo focal colaborou para enriquecer e iluminar ainda mais a compreensão do processo vivido no tratamento, pois, a partir da interação, os participantes puderam refletir, relembrar fatos, estabelecer concordâncias e até mesmo dar sequência aos relatos uns dos outros.

Como resultado das análises, é reconhecida a necessidade dos medicamentos para manejo do transtorno. Porém foi constatado pelos relatos que o medicamento como única abordagem de tratamento não é capaz de garantir a estabilidade. O contexto social, os hábitos para uma vida saudável e o apoio psicológico foram enfatizados como importantes para manter o equilíbrio psíquico. Além disso, as dificuldades financeiras apareceram como um problema que tem impacto no acesso a terapias, a consultas psiquiátricas, à prescrição e à compra dos medicamentos para a continuidade do tratamento.

O processo de recuperação é gradual e passa por períodos conturbados que antecedem o diagnóstico do transtorno. Os participantes desta pesquisa enfrentaram atrasos no diagnóstico, foram submetidos a tratamentos inadequados e vivenciaram crises graves até serem devidamente diagnosticados. Após o estabelecimento do diagnóstico de TAB, foi necessário passar por períodos de teste com os medicamentos para estabelecer a melhor farmacoterapia. Durante este processo, eles vivenciaram incertezas em relação ao tratamento e até mesmo questionaram o diagnóstico do transtorno. O teste farmacogenético de uma participante se mostrou eficaz, pois evitou tais testes e encurtou o encontro com a estabilidade.

A experiência com o tratamento medicamentoso envolveu diversos momentos de tomadas de decisões. Os participantes optaram pela suspensão de algum medicamento por conta própria em determinado momento, decidiram pela mudança do horário de administração para sua maior comodidade, alteraram a dose com base na variação do humor que demonstraram saber identificar, e com autorização médica, o que demonstrou a autonomia

no processo de restabelecimento da própria saúde. A adesão ao tratamento medicamentoso aumentou na medida em que ocorreu também o empoderamento sobre o próprio tratamento. Uma vez que os participantes deste estudo discorreram sobre suas experiências tanto com o transtorno quanto com os medicamentos, com conhecimento, demonstraram saber identificar seus sintomas e os gatilhos para as crises, contaram que, após buscar ou conseguir mais informações sobre o processo que vivenciam, passaram a compreender melhor as suas necessidades. A psicoeducação se mostrou bastante eficaz para a manutenção da adesão ao tratamento medicamentoso, o que comprova que o medicamento não deve ser o único meio para a estabilidade. Um benefício do uso do medicamento que se destacou diz respeito aos limites percebidos entre as características pessoais e os sintomas a partir do seguimento da farmacoterapia adequada, o que contribuiu para a melhor aceitação de si mesmos, a autoestima e a adesão aos tratamentos medicamentoso e psicológico. O medicamento aumentou também a segurança tanto do próprio participante quanto das pessoas do seu convívio, conforme relatos sobre melhora do comportamento de risco que apresentavam, como uso abusivo de álcool, ideação suicida e demais exposições a situações de risco. Desta maneira, o medicamento é tido como benéfico para os participantes, que estabeleceram significados positivos para o uso como suporte, vida, segurança e freio. Este estudo permitiu entender que, apesar da presença de alguns sintomas residuais, é possível estar bem, o que corrobora o conhecimento de que a estabilidade almejada está mais vinculada à facilidade ou à dificuldade de lidar com a vida cotidiana sem grandes variações de humor e comportamentais.

Conclui-se que este estudo colaborou para aumentar a compreensão do tratamento do TAB, desta forma, poderá subsidiar melhorias nas farmacoterapias, valorizando também a inclusão das abordagens não farmacológicas.

Referências

AKISKAL, H. S. **The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSMIV.**Journal of clinical psychopharmacology.Vol. 16, n°2 suppl. California. 1996.

ALVES B. T. P. e OLIVEIRA J. J. L. **TRANSTORNO BIPOLAR AFETIVO: UMA ANÁLISE DAS ESCOLHAS TERAPÊUTICAS UTILIZADAS NO BRASIL EM PARALELO COM OUTROS PAÍSES.** Rev. Multi. Sert. V.05, n.1, p. 8393, janmar, 2023

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **TRANSTORNO BIPOLAR, teoria e clínica.** Porto Alegre. 2° ed. Editora Artmed Ltda, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir.**Conselho Federal de Medicina.Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília.2014.

BAUER M. W. e GASKELI G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático.** Tradução de Ed. Vozes 7°ed. Petrópolis.RJ. 2008;

BRADBURYJONES C., SAMBROOK S. e IRVINE F. (2008). RESEARCH METHODOLOGY The phenomenological focus group: an oxymoron? Journal of Advanced Nursing 65(3), 663–671.doi: 10.1111/j.13652648.2008.04922.x

BRASIL C.C.P. Et. al. **DA TEORIA À PRÁTICA: A UTILIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL PARA O ENSINO E A PESQUISA.** In. SILVA R.M.Et. Al.Estudos Qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações. Sobral: Edições UVA, 2018. 305 p.

BRASIL. **Ministério da saúde.PORTARIA n° 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016.Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I.**

CÂMARA F. P. COLUNA PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA. **O DSM, A fenomenologia, e a psiquiatria contemporânea.** Psychiatry on line Brasil. Vol. 17, 2012. N° 8. Disponível em < [https://www.polbr.med.br/ano12/cpc0812.php#:~:text=A%20fenomenologia%20\(do%20grego%3A%20apar%C3%Aancia,a%20psicopatologia%2C%20consolidando%20a%20especialidade](https://www.polbr.med.br/ano12/cpc0812.php#:~:text=A%20fenomenologia%20(do%20grego%3A%20apar%C3%Aancia,a%20psicopatologia%2C%20consolidando%20a%20especialidade) Acesso em out. 2023.

CAPPLEMAN, R., SMITH I. e LOBBAN F: **Managing bipolar mood without medication: A qualitative investigation.** 2014, Journal of Affective Disorders, 174(2015)241–249.

CID 10. Brasília: DATASUS, 2021. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxcid10lm.htm>> Acesso em: 11 out. 2023.

CIPRIANI, A.M.D *Et al.* **Lithium in the Prevention of Suicidal Behavior and All Cause Mortality in Patients With Mood Disorders: A Systematic Review of Randomized Trials.** *Am J Psychiatry* 2005; 162:1805–1819.

CORREIA D. T, SARAIVA. S. e MARQUES J. G. **Jaspers' Phenomenology.** *Folia Medica I*, 2018 I Vol. 60 I No.3.

COSTA, A.M.N. **Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados.** São Paulo. *Rev. Psiq. Clín* 35 (3); 104110, 2008.

DELPORTO J. A. e DELPORTO K. O. **História da caracterização nosológica do transtorno bipolar.** São Paulo. *Revista psi. Cli.* 32, supl 1; 712, 2005,

FERNANDES F.N. e SCIPPA A. M. **Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas.** *Ver. Psiq. Clín.* 2013;40 (6); 220224.

DOMÉ P., RIHMÉR Z. e GONDA X. (2019). **Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review.** *Medicina*, 55, 403. doi:10.3390/medicina55080403

FERNANDES F.N. e SCIPPA A.M. (2013). **Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas.** *Rev Psiq Clín.* 2013;40(6):2204

FILARDI A. F. R. **O significado do uso dos medicamentos psicotrópicos na vida cotidiana uma revisão sistemática.** 2015. Dissertação. (Mestrado Medicamentos e assistência farmacêutica). Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais.

FISHER ET AL. **A qualitative exploration of patient and Family views and experiences of treatment decisionmaking in bipolar II disorder.** *Journal of Mental Health*, DOI: 10.1080/09638237.2016.1276533

FLOWERS P. DUNCAN B. e FRANKIS J. **Community, Responsibility and Culpability: HIV Risk Management amongst Scottish Gay Men.** *J Community Appl Soc Psychol* 10:285 - 300 (2000)

FOUNTOULAKIS K.N. Et al. **The CINP Guidelines on the definition and evidencebased interventions for treatmentresistant bipolar disorder.** Oxford. *International Journal of Neuropsychopharmacology*,2020, 23(4):230256.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.** USA, Universidade de Washington, Seattle. *Rev. Lancet.* 2018, 392: 1789–858.

GOODWIN, F. K., and JAMISON, K.R. (2007). **ManicDepressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression**, 2nd edition. New York: Oxford University Press.

GRASSI P. R. e LAURENTI R. **IMPLICAÇÕES DA INTRODUÇÃO DA 10ª REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS EM ANÁLISE DE TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR CAUSAS.** IESUS, VII (3), Jul/Set, 1998.

GUIMARÃES C. F. e MENEGHEL S. N. **Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na re significação do processo saúde/doença no pós moderno.** *Revista Malestar e subjetividade.* Fortaleza, V. III. Nº 02, p.353371. 2003.

INDER M. L. Et al. (2010). “I Really Don’t Know Whether it is Sti DOI 10.1007/s111260109125311 There’’: Ambivalent Acceptance of a Diagnosis of Bipolar Disorder. *Psychiatr Q* (2010) 81:157–165.

INDER M. L. Et al. (2008). “**I Actually Don’t Know Who I Am**’’: The Impact of Bipolar Disorder on the Development of Self. *Psychiatry* 71(2) Summer 2008.

JASPER K. **A Direção de Pesquisa Fenomenológica na Psicopatologia. 1912. Textos clássicos. Revista da Abordagem Gestáltica Phenomenological Studies – XXI(1):** 97105, janjun, 2015.

JASPER K. (1987). **PSICOPATOLOGIA GERAL.** Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. Vol. 1. Ed. Brasileira. Direitos de tradução para a língua portuguesa reservados à Livraria Atheneu, Rio de Janeiro/São Paulo. Publicado originalmente por Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

JASPERS, K. (1979). **PSICOPATOLOGIA GERAL.** Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. Vol. 2. Ed. Brasileira. Direitos de tradução para a língua portuguesa reservados à Livraria Atheneu, Rio de Janeiro/São Paulo. Publicado originalmente por Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

JAWARD I. Et al. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol*, Vol. 8(12) 349–363 DOI: 10.1177/2045125318804364

KERAMATIAN K. Et al. (2022). Clinical and demographic factors associated with delayed diagnosis of bipolar disorder: Data from Health Outcomes and Patient Evaluations in Bipolar Disorder (HOPEBD) study. *Journal of Affective Disorders* 296 (2022) 506–513

KRAEPELIN, EMIL. **A Loucura maníacadepressiva. 1913. Tradução de: Débora de Castro Barros; 1º Ed. Revisão técnica Manoel Barros da Motta.** Rio de Janeiro: Forense, 2012.

KRISHNAN R. R. **Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder.** *Psychosomatic Medicine* 67:1–8, 2005.

LEDFORD C. J. W. Et al. **“Practicing medicine”:** Patient perceptions of physician communication and the process of prescription. *Patient Education and Counseling* 80 (2010) 384–392, 2010

LOPES B. E. M. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília. Revista Educação e Políticas em debate** v. 3, nºB ago. /dez. 2014, p.484.

LOVE B., VETERE A. e DAVIS P. (2020). **Should Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) be Used With Focus Groups? Navigating the Bumpy Road of “Iterative Loops,” Idiographic Journeys, and “Phenomenological Bridges.** *International Journal of Qualitative Methods* Volume 19: 1–17

MAASSEN E. F., *Et. Al.* (2018). The challenges of living with bipolar disorder: a qualitative study of the implications for health care and research. *Int J Bipolar Disord*, 6:23. <https://doi.org/10.1186/s403450180131y>.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSMV). **Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados.** American Psychiatric Association, 5. Ed, Porto Alegre, 2014, p. 123–154.

MARNEROS A. **Origin and development of concepts of bipolar mixed states.** *Journal of Affective Disorders* 67. 2001. 229240.

MANEN v. M. **Phenomenology of practice.** *Phenomenology & Practice*, Volume 1 (2007), No. 1, p. 11 – 30.

MANEN v. M. **Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy.** New York: State University of New York Press, 1990.

MEGALE F. C. S. e TEIXEIRA J. **Notas sobre a subjetividade em nossos tempos.** *Revista psicologia ciência e profissão.* 1998, 18 (3), 4853.

MIASSO, A.I. **“ENTRE A CRUZ E A ESPADA”:** o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. 2006. Tese.Doutorado, Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem. Ano de defesa: 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. CID 10. Brasília: DATASUS, 2021. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxcid10lm.htm> Acesso em: 11 Out. 2023.

MORTON E. Et al. (2022). **“Supporting Wellness”: A depression and bipolar support alliance mixedmethods investigation of lived experience perspectives and priorities for mood disorder treatment.** Journal of Affective Disorders Volume 299, 15 February 2022, Pages 575584

MORI V. D. e GONZÁLEZ REY F. **A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária.** Revista de psicol. Teor. Prat. Vol. 14 n° 3. São Paulo, 2012.

MOTTA B. M. **Apresentação: Kraepelin e as Psicoses : Loucura maníacodepressiva, Paranoia.** In KRAEPELIN, EMIL. **A Loucura maníacodepressiva.** 1913. Tradução de: Débora de Castro Barros; 1º Ed. Revisão técnica Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p.4,6.

MOURA R. C., PERES V. L. A. e GONZÁLEZ REY F. **Doenças crônicas, subjetividade e construção de categorias de saúde. Saúde Pública. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.** Goiania. V38. n° 01/03, p. 173 195, 2011

MOURA Et al. (2019). **TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: SENTIMENTOS, ESTIGMAS E LIMITAÇÕES.** Rev enferm UFPE online. 2019;13: e239580. <https://doi.org/10.5205/19818963.2019.241665>

NASCIMENTO, Y. A.; SILVA, L. D. e RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Experiences with the daily use of medications among chronic hepatitis C patients. Research in Social and Administrative Pharmacy, Belo Horizonte, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **ICD11 Reference Guide. Genebra: OMS, 2019b.** Disponível em < <https://www.who.int/standards/classifications/classificationof-diseases#:~:text=ICD11%20Adoption,The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD11%2C%20was,1st%20January%202022.%20...>> Acesso em: 11 out. 2023

PACHECO M. V. P. C. **Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea.** UNICAMP. Revista Latinoam. Psicop. Fund. VI, 2, 2003; p.153.

PALMER M. Et al. **Developing an Interpretative Phenomenological Approach to Focus Group Data.** *Qualitative Research in Psychology*, 2010, 7:2, 99-121, DOI: 10.1080/14780880802513194.

PARIKH, S.V. e KENNEDY, S.H. **Integration of patient, provider, and systems treatment approaches in bipolar disorders: Where evidence meets practice reality.** In: POWER M. **Mood Disorders. A Handbook of science and practice.** John Wiley and Sons, Ltda. P. 247-257.

PEREIRA, M.E.C. A “**loucura circular**” de Falret e as origens do conceito de “**psicose maníaco-depressiva**”. *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.* V, 4, 125-129. São Paulo, 2002.

PHILLIP, M. L. e KUPFER, D.J. **Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions.** *Lancet*. 2013, 11/Maio. Pittsburgh. 1663–1671.

PORTUGAL V. L.C. e HOLANDA A. F. **Junto e além de Jaspers: intersecções entre abordagens contemporâneas em psicopatologia informada fenomenologicamente.** *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2019;8(2):0122.

PROUDFOOT J. G. *Et al.* **What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly diagnosed bipolar disorder.** Blackwell Publishing Ltd *Health Expectations*, 12, pp.120–129, 2009.

RAMALHO DE OLIVEIRA D. **Experiência Subjetiva com a Utilização de Medicamento (The Medication Experience): Conceito Fundamental para o Profissional da Atenção Farmacêutica.** *Revista Racine* 113 Novembro/Dezembro de 2009.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao Gerenciamento da Terapia Medicamentosa.** São Paulo. RCN Editora, 1ª edição. 2011.

RIBEIRO M., LARANJEIRA R, CIVIDANES G. **Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas.** 2005. *Rev. Psi. Clí.* 32, Supl 1; 7888.

RODRIGUES A.C.T. **Kark Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia.** *Revista Latinoam. Psicopatol. Fund.* VIII, 4, 754-768. 2005.

RENAME. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2022 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2022

RUSSELL L. e MOSS D. A MetaStudy of Qualitative Research Into the Experience of ‘Symptoms’ and ‘Having a Diagnosis’ for People Who Have Been Given a Diagnosis of Bipolar Disorder.2013 Europe’s Journal of psychology, 1841 0413.

SASS L. e PIENKOS E. **Beyond words: linguistic experience in melancholia,mania, and schizophrenia.**2015. Phenom Cogn Sci DOI 10.1007/s1109701393400

SALGADO M.E.F., *Et. al.* **Every reason to discontinue lithium.***International Journal of Bipolar Disorders.* 2014, EUA,2:12.

SIEGELRAMSAY J.E. Et al. (2023). **Experiences that matter in bipolar disorder: a qualitative study using the capability, comfort and calm framework.** *International Journal of Bipolar Disorders (2023) 11:13.* <https://doi.org/10.1186/s40345023002939>

SMITH J. A. **Reflecting on the development of interpretativephenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology,** 2004, Qualitative Research in Psychology, 1:1, 3954

SOUZA G. F. J. **Fenomenologia e raciocínio clínico em psiquiatria: o conceito de marcadores psicopatológicos.** Rev. de Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea, 2012, 2 (2), 331.

SHOEMAKER S.J. e RAMALHO DE OLIVEIRA D. **Understanding the meaning of medications for patients: The medication experience.***Pharm World Sci (2008) 30:86–91.*

TORRE E. H. G. e AMARANTE P. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.** 2001. v.6, nº1/7385.

TRAD L. A. B. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777796, 2009.

VIHELMSSON, A., SVENSSON, T. e MEEUWISE, A. **A Pill for the Ill? Patients' Reports of Their Experience of the Medical Encounter in the Treatment of Depression.** Editora Public Library of Science (Vol. 8, Issue 6) 2013.

VAN MANEN M. of practice. *Phenomenology & Practice*, Volume 1 (2007), No. 1, p. 11 – 30.

VANMANEN M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy.* New York: State University of New York Press, 1990.

WARWICK H. Et al., 'What people diagnosed with bipolar disorder experience as distressing': A meta synthesis of qualitative research. *Journal of Affective Disorders* 248 (2019) 108–130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.024>

WIGGINS G. S. **The analysis of focus groups in published research articles. The canadian Journal of program evaluation.** New Orleans, Louisiana. Vol. 19 N° 143164.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)**. 2019. Disponível em: "<https://www.who.int/standards/classifications/classificationofdiseases#:~:text=ICD11%20Adoption,The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD11%2C%20was,1st%20January%202022.%20>. Acesso em: 08 de ago. 2022.

YATHAM, L. N. *Et al.* **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder.** *Bipolar Disorders*. 2018;20:97–170.

APÊNDICE A TÓPICO GUIA PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL E EM GRUPO FOCAL

1. Como você se sentia antes dos medicamentos?
2. Quais os principais sintomas?
3. Você considera que já teve depressão e/ou mania?
4. Como foi receber o diagnóstico de TAB?
5. Você sabe identificar o (s) motivo (s) para crise (s)?
6. Como você costuma reagir após um episódio de crise?
7. Como foi o começo do uso dos medicamentos para você?
8. Você sente que os medicamentos melhoraram a variação de humor?
9. Você conseguiria dizer qual (is) medicamento (s) foi (ram) mais efetivo (s)?
10. Como é a sua experiência com o medicamento?
11. Qual o melhor benefício do tratamento com os medicamentos?
12. Você poderia dizer se em algum momento o uso do medicamento piorou quadro clínico/sintomas?
13. Quais efeitos adversos você já vivenciou?
14. Já teve crise mesmo usando medicamento?
15. Qual a sua expectativa com o uso dos medicamentos?
16. Qual o principal significado do uso dos medicamentos para você?
17. Usa os medicamentos conforme prescritos?
18. Como é a sua relação familiar em relação ao uso dos medicamentos para o TAB?
19. Como é a sua relação no ambiente social em relação ao uso dos medicamentos para o TAB?
20. Você utiliza alguma substância ilícita ou lícita além dos medicamentos?
21. Você já interrompeu ou pensa em interromper o uso dos medicamentos?
22. Como é para você fazer uso crônico do medicamento?
23. Durante o período de humor normal, como você se sente em relação ao uso do medicamento?
24. Você sente dificuldade de seguir o tratamento farmacológico?
25. Você sente que tem adesão ao tratamento farmacológico? Fale sobre o que é adesão para você.

APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

*TÍTULO DA PESQUISA: TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UM ESTUDO QUALITATIVO

*TÍTULO DA PESQUISA: TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UM ESTUDO QUALITATIVO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa que tem como objetivo principal “Compreender a experiência vivida com o uso dos seus medicamentos utilizados no tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Os medicamentos mais comumente prescritos para o tratamento do TAB são os pertencentes às classes dos estabilizadores/moduladores do humor como o carbonato de lítio e o ácido valpróico/valproato de sódio; dos antipsicóticos típicos e atípicos como os medicamentos risperidona, quetiapina e olanzapina.

Os pacientes possuem quadros clínicos, histórias sociais e culturais diferentes, e na maioria das vezes, mesmo recebendo o mesmo diagnóstico, necessitam de abordagens terapêuticas distintas. Nós vamos conversar sobre a sua experiência com os medicamentos para o tratamento que está realizando em uma entrevista em grupo que dura aproximadamente uma hora, uma hora e meia. Com a sua permissão a entrevista será gravada e posteriormente transcrita literalmente. A gravação ficará conosco até o final do estudo, quando então será destruída. Em nenhum momento do processo de trabalho e desenvolvimento da pesquisa, os dados que identificam a sua participação serão divulgados. O risco nesse processo é você não se sentir confortável para responder alguma pergunta durante a entrevista. Mas, você poderá interrompê-la quando desejar e não será obrigado (a) a responder nenhuma pergunta. A sua privacidade será preservada, garantimos o sigilo e o anonimato da sua participação. A qualquer momento você poderá pedir esclarecimentos sobre a pesquisa.

Para participar os critérios são:

- 1) ter mais de 18 anos;
- 2) utilizar medicamentos psicotrópicos para tratamento do transtorno Afetivo Bipolar

A pesquisa será realizada por Andressa Fraga Sant’Ana Alves Novais, mestranda do Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF), orientada pela Prof. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira, coorientada pela Dra. Agnes Fonseca Ribeiro Filardi, da Faculdade de Farmácia

Assinatura: _____ Data: _____

Assinatura da pesquisadora: _____ Data: _____

Pesquisadora: Andressa Fraga Sant’Ana Alves Novais– andressa.fraga2@hotmail.com

Telefone de contato (31)975068061

Pesquisadora: Dra. Agnes Fonseca Ribeiro Filardi – agnesfrf@gmail.com Telefone de contato (31) 992161220

Profª. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira – djenane.oliveira@gmail.com Telefone de Contato (31) 34096847

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa Av. Antônio Carlos, 6627 – unidade administrativa II
2º andar sala 2005 – Campus Pampulha – BHMGBRASIL –31270901 –coep@prpq.ufmg.br -
telefax 3134094592

APÊNDICE C – Artigo proveniente da dissertação de Mestrado:

**CAMINHO TRILHADO PARA A ESTABILIDADE: TRATAMENTO COM
MEDICAMENTOS PARA O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**

**THE PATH TOWARDS STABILITY: TREATMENT WITH MEDICINES IN
BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

Artigo resultado da Dissertação “Experiência vivida no tratamento do transtorno afetivo bipolar: um estudo fenomenológico” apresentada ao Programa de Pós Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em dezembro de 2023.

Autor de correspondência: Profa. Dra. Djenane Ramalho de Oliveira; djenane.oliveira@gmail.com; telefone de contato: (31) 34096847.

Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Farmácia Social. Rua Prof. Moacir Gomes de Freitas; Pampulha; CEP: 31270 901; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Orcid: <http://orcid.org/0000000255488184>

Dra. Agnes Fonseca Ribeiro Filardi; agnesfrf@gmail.com; telefone de contato: (31) 992161220; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Orcid: <http://orcid.org/0000000206852402>

Mestranda Andressa Fraga Sant’Ana Alves Novais; andressafragasa@gmail.com; telefone de contato: (31) 975068061; Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Orcid: <http://orcid.org/000900055610003x>

Resumo

Os problemas de saúde mental geram sofrimento psíquico afetando os pensamentos, os comportamentos, as percepções, os sentimentos e as relações interpessoais. O Transtorno Afetivo Bipolar é caracterizado por alterações graves e crônicas do humor. O objetivo deste estudo foi desvelar a experiência vivida com os medicamentos durante o tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar. Uma pesquisa qualitativa foi desenvolvida com o método Fenomenologia da Prática de Max van Manen. Entrevistas semiestruturadas, individuais e um grupo focal foram conduzidas. Os dados foram tratados com a técnica de análise temática, facilitada pelo Software NVivo. Os resultados desvelaram cinco temas: “Antes e depois do diagnóstico”, “A recuperação da saúde mental é subjetiva”, “Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio”, “O medicamento ajuda, mas não faz milagre” e “Antes e depois do medicamento mais efetivo”. A pesquisa colaborou para a compreensão da experiência vivida no tratamento e a recuperação da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental. Transtorno Afetivo Bipolar. Pesquisa qualitativa.

Abstract

Mental health problems generate psychological suffering, affecting thoughts, behaviors, perceptions, feelings, and interpersonal relationships. Bipolar Affective Disorder is characterized by severe and chronic mood changes. The aim of this study was to unveil the lived experience of medication during the treatment of Bipolar Affective Disorder. Qualitative research was developed using the method, Phenomenology of Practice by Max van Manen. Semistructured interviews were carried out individually and a focus group. The data was processed using the thematic analysis technique, facilitated by NVivo software. The results revealed five themes: “Before and after the diagnosis”, “Mental health recovery is subjective”, “Living like Alice: difficulty achieving balance”, “Medicine helps, but it doesn't work miracles”, and “Before and after the most effective medicine”. The research contributed to the understanding of the lived experience of mental health treatment and recovery.

Keywords: Mental Health. Bipolar Affective Disorder. Qualitative research

Introdução

Na Antiguidade, registros históricos relacionavam a melancolia e a mania ao aumento dos líquidos corporais, à bÍlis negra e amarela (ABP, 2016; Pereira, 2002; Goodwin & Jamison, 2007). Alterações do humor, posteriormente designadas pelo psiquiatra Emil Kraepelin como psicose maníacodepressiva, termo que caiu em desuso e atualmente é classificado como Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) (Motta, 2012). Até a metade do século XX ainda não existiam medicamentos realmente efetivos para este problema crônico de saúde mental, quando então a função terapêutica do lítio foi descoberta (Goodwin & Jamison, 2007). A partir desse momento, os medicamentos passaram a fazer parte do manejo clínico do transtorno do humor trazendo inúmeros benefícios para o paciente. Apesar disso, ainda existem muitas dificuldades na busca por tratamento e na manutenção da adesão (Parick & Kennedy, 2004). O transtorno de humor é pouco compreendido pela sociedade, pois muitas são as particularidades envolvidas no curso do tratamento, e em cada um dos episódios há uma aceitação e/ou compreensão distinta dos pacientes tanto do diagnóstico quanto dos medicamentos (Inder et al., 2010). Uma peculiaridade neste processo diz respeito aos períodos de humor normal quando os pacientes, os parentes, amigos e pessoas mais próximas tendem a questionar o diagnóstico e a necessidade dos medicamentos. Durante a fase assintomática, é comum desenvolver a esperança de um dia ser curado e poder interromper a terapêutica, o que pode gerar sentimentos de decepção. Nesta fase, portanto, é especialmente importante que sejam indicadas outras intervenções, como a psicoterapia e medidas psicossociais (Miasso, 2006; Inder et al., 2010). Além disso, pode haver atraso para o diagnóstico ser estabelecido e os medicamentos mais indicados prescritos (Goodwin & Jamison, 2007).

As intervenções tecnológicas, como os medicamentos, que são rotineiramente mais utilizados na medicina, não podem deixar o paciente alheio ao seu processo de saúde/doença, postura que inviabiliza o protagonismo no processo de cuidado (Guimarães & Meneghel, 2003).

Nesse movimento, alguns estudiosos já trabalhavam na aplicação dos pressupostos teóricos da fenomenologia à psicopatologia. O médico psiquiatra alemão Karl Jaspers (1987) destacou-se como pioneiro por apresentar em suas obras

uma abordagem mais sistemática e robusta. Partindo do arcabouço teórico da fenomenologia, o objetivo foi criar um modelo de psicopatologia que pudesse fornecer o caminho para acessar as experiências dos pacientes, unindo a prática da clínica com saberes oriundos das humanidades (Correia, Saraiva & Marques, 2018; Portugal & Holanda, 2019). Contrariando o caminho praticado tradicionalmente pela psicopatologia de base somática, Jaspers discorreu sobre “os fenômenos subjetivos da vida psíquica mórbida”, reforçando a importância das descrições das vivências dos pacientes. O autor considerava a investigação minuciosa de grande importância para estabelecer condutas em casos clínicos futuros, pois, ao se conhecer detalhadamente as experiências individuais, deparase também com as similaridades em outros casos (Jasper, 1987).

As manifestações durante o curso do sofrimento psíquico - por exemplo, um delírio - devem ser compreendidas como parte integrante deste processo. Reconhecer a doença como um processo vivido, e não como algo errado, permite um tratamento que acolhe a pessoa humana e não apenas os seus sintomas. Em vez de julgar, é preciso aprender com o processo saúde/doença, tendo em vista que “aquilo que parece sintoma pode ser forma de resistir à mortificação, último recurso de produção de si mesmo” (Torre & Amarante, 2001, p.11).

Autores contemporâneos reforçam a importância de estudar a experiência do paciente na área da saúde para responder a determinadas perguntas, tais como a relação com a terapêutica, o potencial de implicação, o processo de recuperação e a sua dinâmica, as estratégias de superação utilizadas, entre outras. Uma vez que, quando o adoecimento advém, acontece também um processo de reorganização da subjetividade (Moura, Peres & González Rey, 2011). Os tratamentos são processos complexos, que envolvem tomadas de decisões diárias, podendo ser estudados explorandose, de maneira específica, as relações do paciente com os fármacos ou com uma determinada doença. As experiências são compartilhadas e ultrapassam as diferenças contextuais (Ledford *et al.*, 2010). Neste contexto, o objetivo deste estudo foi compreender a experiência vivida pelo paciente em tratamento farmacológico para o Transtorno Afetivo Bipolar.

Metodologia

Esta pesquisa foi desenvolvida pelo método Fenomenologia da Prática de Max van Manen (1990), estabelecido a partir dos constructos teóricos do pensamento filosófico fenomenológico, cuja proposta é conhecer a experiência vivida com um determinado fenômeno. Para tal, seguiram-se os seguintes passos: divulgação da pesquisa e seus objetivos para convidar os informantes-chave que passaram pela experiência, realização de entrevistas com foco no fenômeno estudado, transcrição literal das entrevistas, tratamento dos dados com a técnica de análise temática e apresentação dos resultados em tema e subtemas (Manen, 1990).

A principal estratégia para convidar participantes para a pesquisa foi a divulgação de um Formulário Google®, por meio do qual 17 pessoas manifestaram disponibilidade para entrevista em grupo e/ou individual. Duas participantes foram convidadas diretamente pelas pesquisadoras (AFSAN, AFRF) via contato remoto. Posteriormente, quando foi estabelecido o contato para agendar as entrevistas, de fato, apenas 10 pessoas aceitaram participar. Primeiramente foram realizadas sete entrevistas individuais, quando foram observadas a densidade do conteúdo suficiente e a inexistência de novas informações sobre a experiência em estudo; assim foram realizadas apenas mais duas entrevistas para confirmação da saturação dos dados. Os pesquisadores consideraram ter alcançado a saturação dos dados e não convidaram mais participantes para a pesquisa (Bauer & Gaskell, 2008). Desta maneira, ao todo foram realizadas nove entrevistas individuais e um grupo focal com três integrantes, e uma pessoa participou das duas modalidades de entrevista.

Nessa etapa, para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, com um único tópico guia. Os participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os áudios das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos. Em quatro entrevistas individuais foi utilizado o software de transcrição online Reshape®, já as demais foram transcritas manualmente pela primeira autora. As duas diferentes técnicas de entrevista se complementaram, a primeira favoreceu que cada participante narrasse detalhadamente a sua experiência, e a segunda possibilitou o diálogo e a interação entre os componentes do grupo sobre as manifestações em comum vividas. A literatura mostra que o GF pode ser muito útil à pesquisa fenomenológica, a técnica foi utilizada com êxito no estudo de Love, Vetere e Davis (2020), pois permitiu apreender os entendimentos e as narrativas, assim como as identidades ideográficas.

E, segundo os autores BradburyJones, Sambrook e Irvine (2009), o GF aumenta a credibilidade dos dados, além de entenderem de modo positivo o contexto de interação que é promovido.

Após a transcrição, os dados foram tratados com a técnica de análise temática. Primeiramente foi realizada uma análise preliminar por meio da planilha do software Excel®. Em seguida, os dados foram codificados, processo que corresponde à divisão em temas e subtemas, revelando a estrutura do fenômeno estudado. Para facilitar e organizar o trabalho de análise, foi utilizado o software NVivo 14 ® (Manen, 1990).

A respeito dos participantes, todos são maiores de 18 anos, capazes legalmente, com diagnóstico autodeclarado de Transtorno Afetivo Bipolar. Uma integrante do GF informou que o seu diagnóstico ainda está em investigação, mas, segundo a sua psiquiatra, o quadro clínico indica TAB. Todos se encontravam em tratamento medicamentoso para manejo da condição clínica em estudo. Não se aplicaram outras distinções como sexo, escolaridade, renda familiar ou região geográfica de residência. Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa faz parte de um projeto maior: “*Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa no Sistema Único de Saúde*”, que recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, no dia 28 de maio de 2014, sob o registro CAAE 25780314.4.0000.5149.

Resultados

A análise das entrevistas individuais e em grupo focal foram realizadas separadamente. A partir do tratamento dos dados, os resultados foram desvelados conjuntamente, correspondendo à estrutura do fenômeno, os quais serão apresentados em cinco temas conforme o quadro a seguir.

TEMAS E SUBTEMAS
1 Antes e depois do diagnóstico de TAB.
2 A recuperação da saúde mental é subjetiva.
3 Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio. 3.1. “Cobra mal matada”. 3.2. Comorbidades. 3.3. Comportamento de risco.
4 O medicamento ajuda, mas não faz milagre.
5 Antes e depois do medicamento mais efetivo.

Tema 1: Antes e depois do diagnóstico de TAB

O TAB é principalmente vinculado à variação de humor entre estágios de depressão e euforia, entretanto a sintomatologia é muito complexa. Destacam-se os relatos de oscilações de humor que envolvem desânimo, sonolência, reatividade, impaciência, agressividade, agitação, impulsividade, sentimento de superioridade, entre outros. Além dos problemas enfrentados antes e depois do diagnóstico ser estabelecido, conforme relatado pelos participantes.

Para i6, receber primeiro o diagnóstico de depressão, com a utilização de muitos medicamentos ao mesmo tempo, tornou ainda mais difícil o processo de aceitação do diagnóstico, pois criou uma perspectiva pessimista, uma vez que, para a depressão, haveria cura, já para o TAB a cronicidade. No caso de i6: *Foi bem difícil... O diagnóstico da depressão já não tinha sido fácil, mas saber que era transtorno bipolar foi pior ainda, pois, da depressão pelo menos, pensei que melhoraria e poderia parar de tomar os medicamentos.*

Apesar de i9 estar estável já há três anos, sem qualquer queixa no momento, passou por dificuldades, pois recebeu primeiro os diagnósticos de TDAH e síndrome do pânico, o que resultou em tratamentos inadequados que a expuseram a efeitos adversos/colaterais graves.

Ao receber o diagnóstico de TAB, as experiências vividas envolveram sentimentos negativos como medo, embaraço e negação. A dificuldade de aceitação do diagnóstico acontece principalmente por se tratar de um problema crônico de saúde mental. Nas palavras de i1: *Você carrega para o resto da vida o diagnóstico e o uso dos medicamentos.* E segundo i3: [...] *eu sei que é cíclico, que vai acontecer, que estou*

em tratamento, mas preferia não passar por isso. E existe o preconceito também, as pessoas passam a olhar para você diferente.

Para i8, receber o diagnóstico e iniciar o uso dos medicamentos foi traumatizante. A participante relatou que o seu psiquiatra não compreendeu bem seus anseios e dificuldades naquele momento: *O médico disse: Olha, não sei por que você está reclamando de tomar medicamento, porque antigamente os tratamentos eram cadeiras de choque”. Naquele dia senti que estava perdendo os meus sonhos!*

No caso de i7, os pais mantiveram o diagnóstico de TAB em sigilo, revelando o a ele apenas tardiamente, na vida adulta. Em relação à descoberta, i7 disse que o *diagnóstico explicava todas as loucuras comportamentais da minha vida inteira, desde a adolescência. Apesar da visão otimista, contou o ocorrido com pesar, pois acreditava que, se soubesse desde o início, seria uma pessoa mais segura e não teria cessado por 10 anos o uso da medicação.*

Os sentimentos de incerteza permearam as falas no GF em relação ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso. G3 relatou que seu diagnóstico de TAB ainda não foi concluído e que seu quadro ainda está sendo avaliado pela sua psiquiatra, entretanto são fortes as evidências para o transtorno. G2 tem o diagnóstico estabelecido, todavia, devido à sua instabilidade, o psiquiatra vem reavaliando o seu caso e ela está em remanejamento da farmacoterapia.

Para outros participantes deste estudo, receber o diagnóstico de TAB foi positivo, pois proporcionou sentimento de alívio, sensação de que as experiências, os sintomas, os comportamentos e as reações faziam sentido, tinham uma explicação e eram vividas por mais pessoas.

Tema 2: A recuperação da saúde mental é subjetiva

O processo do tratamento é perpassado pela subjetividade, que precisa ser levada em consideração para a recuperação da saúde mental. As dosagens para que o medicamento seja efetivo são singulares e desafiam a objetividade, cada participante relatou adaptar-se a uma prescrição e posologias diferentes. A primeira experiência de G1 foi negativa com o lítio, mas hoje está adaptada com o medicamento, na mesma dosagem e apresentação, apesar de sentir alguns efeitos colaterais. Para G1, o lítio é o que mais funciona até o momento, porém G2 passou por uma experiência horrível com o mesmo medicamento. G3 usa o ácido valpróico,

que a *deixa comunicativa, mas não a ponto excessivo de euforia, me permite fazer interação social.*

Para ilustrar a dificuldade do tratamento do TAB, G1 faz uma comparação:

O diabético toma o medicamento e consegue medir a glicemia. Sabe se o medicamento fez efeito ou não! No transtorno bipolar, isso não é possível! Você usa o medicamento, mas não sabe se vai mesmo prevenir a crise. Então, não é limitação do medicamento, mas do próprio organismo, da própria natureza do transtorno.

A participante G1, apesar de dizer que, entre os medicamentos que usou, o lítio foi o mais adequado até o momento, não sabe se os sintomas que vem apresentando de enjoo e cansaço estão relacionados ao medicamento. G2, por sua vez, cita o ácido valpróico como o medicamento mais efetivo, entretanto também vem apresentando instabilidade, colocando em dúvida o seu tratamento.

A vivência do TAB é subjetiva. Nem tudo no transtorno tem uma evidência clara. É preciso levar em consideração a experiência do paciente, inclusive para acertar a dosagem do medicamento. Mesmo assim, nem sempre vai bloquear a crise. (G1)

O carbonato de lítio, para mim, foi o medicamento que melhor funcionou, porque tenho uma dificuldade de adaptação. Os medicamentos que G2 e G3 usam me causam muitos efeitos colaterais. Inclusive, eu estou sentindo enjoo e cansaço, por isso irei ao psiquiatra para saber se são efeitos do lítio. (G1)

Eu uso ácido valpróico, mas recentemente eu tive uma crise muito forte e precisei aumentar a dose. O meu psiquiatra está pensando em introduzir a risperidona. Não sei se o ácido valpróico é o melhor medicamento, mas até hoje foi o que me deixou mais estável. (G2)

Tema 3: Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio

A dificuldade de manejo do TAB para atingir a estabilidade aparece claramente a partir do tratamento dos dados, desde o percurso de superação de crises graves e sucessivas até a estabilidade. O processo para encontrar o “caminho do meio” e alcançar o equilíbrio do humor foi bem discutido no GF como ponto de acordo. G2 disse que vive uma batalha interna quando está em crise, pois os seus episódios de mania ou hipomania surgem no seu estágio mais profundo da depressão: *Uma coisa*

curiosa é que as minhas crises maníacas surgem... muitas são desencadeadas no auge da minha depressão. É como se eu estivesse tão deprimida, que o meu outro lado surge. Percebe-se dividida em dois polos, um lutando contra o outro para dominá-la.

Após esse relato, com o qual as demais participantes concordaram, G1 fez uma comparação com a história de Alice no país das maravilhas do autor Lewis Carroll:

Você falou isso e eu lembrei da Alice no país das maravilhas! Ela está tentando achar a saída, mas é grande para passar pela porta. Ela diminui, mas esquece a chave em cima da mesa. Come o bolinho e cresce novamente.

A lembrança da cena da obra fictícia despertou o interesse de todas e as representou, gerando uma interação. Na história, Alice come o bolinho e fica grande, bebe a poção e fica pequena, e existe uma chave para abrir a porta. G2 complementou:

Eu vejo como se fosse a mania e a depressão e a chave na verdade fosse o medicamento. E a casa fosse o normal. Você tenta alcançar a chave, encontrar a sua normalidade, mas não sabe se controlar. Então é muita tentativa e erro, sabe? E entrar nessa casa, pegar a chave da porta para sair. Associo dessa maneira: o bolinho, a poção e a chave, a mania, a depressão e o medicamento.

“Cobra mal matada”

O manejo farmacoterapêutico sofreu alterações ao longo do tempo para todos os participantes, até que chegaram na prescrição mais ideal. Para tal, foram realizadas tentativas com diferentes fármacos. A melhora dos sintomas, portanto, foi gradual. O processo foi relatado por i9 como “uma cobra mal matada”. O termo diz respeito à dificuldade e à lentidão para a solução de um problema, e foi utilizado para fazer analogia com o seu processo para conseguir a estabilidade, mesmo após acertarem a medicação com a carbamazepina.

Uma cobra mal matada é quando tem alguma coisa muito ruim acontecendo e você fica tentando resolver o problema até conseguir. É a sensação que eu tive quando comecei a tomar o medicamento, pois melhorei aos poucos e fui ganhando a estabilidade mês a mês. (i9).

Já i2, que não se encontrava totalmente estável, disse ser refratário ao tratamento, precisava de diferentes ajustes de dose ao longo de um mesmo mês: [...] *experimentei praticamente quase todos os fármacos, e sem resultado. Não dava resultado os medicamentos, usava outro, não dava, trocava.*

Atualmente, i1 disse ter acertado com a risperidona, mas, até alcançar a estabilidade usando o medicamento, levou aproximadamente um ano de adaptação ao efeito colateral de estado de indiferença.

Depois que eu comecei a usar risperidona foi a pior sensação do universo, horrível... Eu sei que era efeito colateral do medicamento, na época o médico me explicou: “o efeito é denominado estado de indiferença, que pode ser causado pelo antipsicótico”. (i1)

O acesso ao exame farmacogenético fez diferença na vida da participante i9. A sua história se contrasta com a dos demais participantes que não o realizaram, o medicamento carbamazepina foi escolhido para ela com base no resultado do teste, mostrou-se efetivo, pois, após a introdução, não foram necessárias trocas, apenas ajuste de doses; desta maneira, encurtou o seu caminho de encontro à estabilidade.

“Comorbidades”

A maioria dos participantes apresentou comorbidades, entre as quais TDAH, ansiedade, diabetes mellitus, hipotireoidismo, trombofilia e síndrome do pânico e síndrome das pernas inquietas. Uma situação que se mostrou desafiadora tanto para quem sofria com o problema como para os profissionais que realizavam o manejo do TAB, no sentido de que foi preciso conciliar as medicações. Os relatos apontam que o hipotireoidismo de i8 e a diabetes mellitus de i2 foram ocasionados pelo uso crônico dos medicamentos lítio e clozapina, respectivamente. A partir do uso crônico do lítio, i8 desenvolveu problemas tireoidianos e passou a fazer reposição hormonal com a levotiroxina. Já i7 relatou dificuldade de conciliação entre as medicações para o TAB e o TDAH, pois os medicamentos lisdexanfetamina e metilfenidato tendem a desencadear fases de mania ou hipomania.

“Comportamento de risco”

Os participantes desta pesquisa descreveram comportamentos tais como excesso de trabalho/atividades, falta de sono de qualidade, abstinência do tabagismo, uso em excesso de bebidas alcoólicas, uso de estimulantes lícitos como café e bebidas energéticas industrializadas, uso de drogas ilícitas e mudança na rotina ou

interrupção do uso dos medicamentos. O uso abusivo de álcool por i1, i5, i6 e i7 impactou negativamente na rotina e na manutenção do tratamento. A participante i5, por exemplo, frequentemente prioriza momentos de recreação consumindo álcool, quando cessa o uso do tratamento farmacológico, o que tem impacto na sua estabilidade.

A ideação suicida e tentativas de autoextermínio apareceram como risco de vida para i1, i5, i6, i7 e i9, vinculadas mais aos episódios depressivos e menos aos maníacos. O episódio de depressão de i7 levou a planejar e executar uma TAE, que culminou na sua internação, e a TAE de i6 levou para o atendimento de urgência. Segundo i7: *E aí eu comecei a deprimir muito, muito, muito. E tinha ideação suicida. Isso no final do ano passado. Quando foi no finalzinho do mês de setembro, tentei suicídio. Esse ato desencadeou um desespero nos meus pais.*

A ideação suicida estava presente na mente de i5 antes do uso dos medicamentos: *Eu sempre fui uma pessoa sensível. Normalmente sensível. Mas sem estar medicada, antes do tratamento, assim, tudo doía demais. Viver era sofrido demais. Eu tive episódios de ideação suicida.*

É nítido na fala dos participantes a importância dos medicamentos em suas vidas, que não só são necessários, mas vitais.

Tema 4: O medicamento ajuda, mas não faz milagre

O tratamento farmacológico para o TAB beneficiou a todos os incluídos nesta pesquisa com a melhora significativa do quadro clínico. Mas, mesmo tendo passado por experiências positivas, o consenso foi de insuficiência e dos limites da abordagem apenas farmacológica, como se observa nos relatos:

Eu acredito no medicamento, mas ele não resolve tudo sozinho. Não pode ser só isso, é preciso dos outros pontos. (G1)

Eu concordo que o tratamento medicamentoso realmente tem um efeito muito positivo, é essencial! Concordo totalmente com a G1, mas sozinho não dá conta. (G2)

Eu concordo com o que a G2 disse. E acho também que o medicamento não é capaz de ver os “porquês”. Acredito que o tratamento psicológico nesse quesito é muito importante. Associar os dois tratamentos ao mesmo tempo é essencial. Você pode falar sobre

suas frustrações com suas relações pessoais e também com o medicamento. (G3)

A percepção do medicamento como um suporte foi unânime, ou seja, parte de um todo, para alcançar e manter a estabilidade. Nas palavras de i7: *Os medicamentos fazem o que eu não consigo fazer naturalmente, proporcionam a estabilidade bioquímica do meu cérebro, mas é só um suporte.*

O medicamento pode colaborar promovendo o equilíbrio psíquico, mas, para lidar com o impacto dos fatores estressantes apontados como gatilhos para crises, o manejo clínico deve levar em conta e incluir abordagens não farmacológicas. Algumas abordagens são citadas como cruciais para superar as crises, quais sejam, a busca pela qualidade de vida, mecanismos e terapêuticas específicas para o controle do uso e abuso de substâncias e terapias psicológicas.

Em relação à qualidade de vida, estão incluídos a alimentação saudável, as atividades físicas e as dificuldades/facilidades nas relações familiares e sociais, que são apontadas como fatores de extrema importância para a estabilidade ou não.

As relações cotidianas vividas com os familiares, amigos e colegas de trabalho também podem gerar conflitos, estresse, que “disparam gatilhos” para as crises. Um “ambiente negativo”, mesmo quando o paciente usa o medicamento correto, na dose adequada, pode não ser suficiente para manter o equilíbrio. No convívio familiar é preciso lidar com as dificuldades relacionadas ao desconhecimento, ao preconceito e ao estigma, que vinculam os sintomas dos participantes desta pesquisa a características pejorativas - por exemplo, a preguiça. Os comentários e as avaliações negativas influenciam na adesão ao tratamento. G1 disse que, antes de ter a primeira crise, era considerada “típica adolescente cansada”. No mesmo sentido, G2 relatou: *Eu estava deitada no chão e não conseguia fazer nada. Eu era vista como preguiçosa. As pessoas mais próximas não entendem o nosso sofrimento, não sentem o que a gente tá sentindo, então fazem uma crítica.* Com relação ao estigma, G2 disse: *Eu acredito que existe um estigma em relação aos transtornos mentais, e isso afeta totalmente a adesão ao tratamento.*

O sentimento de ser incompreendido no momento das crises é comum. A queixa é em relação às pessoas que duvidam da intensidade e da causa dos sintomas. G2 relatou que:

Já tentaram me exorcizar, porque tenho muitos sintomas psicossomáticos quando estou em crise. Na última crise, eu não

conseguiu diferenciar o lado esquerdo do direito. E tive uma crise de labirintite, e caí no chão. Nesse episódio reuniram um pessoal da igreja e começaram a tentar me exorcizar.

A convivência com os familiares é difícil e conturbada. Para i1, a postura da família é questionável em relação aos cuidados dispensados a ela, que relatou não ter recebido o tratamento necessário quando passou por episódio depressivo na adolescência, por influência da mãe: *Eles preocupavam, mas me diminuía dizendo que eu era incapaz e não podia fazer nada sozinha. Minha família é totalmente disfuncional... tem caso de abuso sexual infantil e psicológico, muitas coisas ruins e desagradáveis.*

Em relação à mesma questão, G2 relatou: *Concordo que o medicamento previne. Mas é preciso levar em consideração o ambiente, pois quanto mais estresse vivemos, pior! E, nesse contexto, o “medicamento não segura a crise”, pode até dar aquela barrada, mas nem sempre é suficiente.*

Os participantes falaram sobre a importância do apoio familiar, tanto financeiramente quanto no monitoramento dos sinais e sintomas da doença. Relato de i7: [...] *a minha mãe falou: “Olha, eu vou pagar o psiquiatra particular pra você”. Então, ela começou a deixar de pagar as contas de casa e foi pagando o psiquiatra particular.*

Outra abordagem terapêutica vivida por todos os participantes foi a psicoterapia. A i6 relata que as terapias a ajudaram principalmente a aprender a reconhecer os sinais, os sintomas e na adesão ao tratamento. Da mesma maneira, a i5 pôde, por meio das terapias, lidar melhor com os sintomas e reconhecer a diferença entre aqueles que a levavam às crises e suas características pessoais.

Tema 5: Antes e depois do medicamento mais efetivo

A experiência com o uso dos medicamentos envolve aspectos positivos e negativos. Alguns efeitos adversos foram citados como empecilhos para o seguimento farmacoterapêutico - a participante i3 sofreu constipação excessiva com o lítio, submetida à lavagem intestinal, não aceitou prosseguir com o tratamento. A dificuldade de i7 é para a adesão a medicamentos que causem sonolência excessiva, como a quetiapina; por isso, o seu psiquiatra incluiu na prescrição a lurasidona, outro antipsicótico, mantendo a quetiapina em dose baixa de 25 mg para uso se necessário. Outro ponto crucial para i7 foi a falta de recursos para comprar o medicamento de alto custo prescrito, o lutab (lurasidona), o que gerou crises e instabilidades, pois o

tratamento foi interrompido por meses. Somente depois conseguiu o custeio para iniciar o uso do medicamento e já está estável há dois meses.

Efeitos adversos graves foram motivos para a suspensão do uso dos medicamentos, como ideação suicida com a lisdexanfetamina, hipomania/mania com o uso de metilfenidato, lisdexanfetamina e antidepressivos. A interrupção do uso do ácido valpróico de i8 se deu em função do enrijecimento das articulações. Outros efeitos, como ganho de peso excessivo, azia, tontura, sono excessivo, náusea/vômito excessivo também foram motivos para a interrupção. Por outro lado, alguns medicamentos, ainda que tenham ocasionado efeitos adversos e colaterais, foram tolerados e são utilizados de maneira correta, devido ao ganho na estabilidade.

Em alguns momentos, a opinião de cada participante levou à tomada de decisões em direções importantes no curso do tratamento. As participantes i1 e i4 relataram a experiência de participação ativa nas alterações dos seus tratamentos: a sugestão de usar mirtazapina foi dada por i1, e a alteração do horário de administração do medicamento para o uso noturno por i1 e i8. Já i6 solicitou a suspensão da quetiapina, pois sentia náusea excessiva, e do lítio, que neutralizava o seu humor causando embotamento.

Dessa maneira, as participantes do GF dizem conviver com o uso crônico dos medicamentos e com muitas incertezas. Não sabem dizer se o tratamento é o mais adequado para seus organismos. A participante G2 expressa também preocupação com o futuro em relação aos efeitos dos medicamentos no seu corpo, já que iniciou o tratamento aos 14 anos de idade: *Uma coisa que eu fico um pouco chateada, são os efeitos do medicamento no meu organismo, porque estou forçando meu fígado, forçando meus rins. O que vai ser do meu futuro?* G2 ainda relata: *Como a G1 falou, da questão do custobenefício, se eu não fizer o tratamento hoje, como é que eu vou estar amanhã? Então, eu não vejo um motivo racional para não fazer o tratamento farmacológico.*

Os participantes relataram que antes eram vistos como preguiçosos, entre outros adjetivos pejorativos. Ao sentir os efeitos benéficos dos medicamentos, passaram a ter um novo olhar sobre si, disseram que, a partir de então, reconheceram se como capazes de distinguir os sintomas relacionados à TAB das suas características pessoais.

Acabamos construindo crenças de incompetência e irresponsabilidade. Incorporamos que somos assim, quando na maioria das vezes eram as manifestações dos sintomas. Entender isso

na história de vida, reestruturar essas crenças e olhar para si mesmo com mais compaixão foi imprescindível na terapia. (i5)

A discrepância dos comportamentos autorrelatados após o uso da medicação mais efetiva foi um ponto em comum para a maioria. Para G3, a ideação suicida e a variação de humor, que eram recorrentes, passaram a ser controladas, diminuíram de frequência e intensidade com o tratamento. Para alguns, a mudança foi tão brusca, que houve demora para que voltassem a se reconhecer.

Antes da medicação, tudo era o completamente oposto do que é hoje. As minhas amigas falaram que parece que eu morri e botaram outra no lugar. Vejo um vídeo meu antigo, percebo a diferença. Até a voz, sabe? (i9)

Existe uma vida antes e depois do lítio. A minha vida melhorou muito. Os meus principais sintomas eram irritabilidade e impaciência. Isso melhorou muito, muito, mesmo. Depois de ter retornado o tratamento de forma adequada, os episódios depressivos diminuíram muito também. (i5).

Os participantes estabelecem uma relação dos prós e contras do uso dos medicamentos, chegando à conclusão de que os benefícios são mais significativos. Apesar das dificuldades, o equilíbrio do humor e do comportamento melhora com o uso do medicamento, e significados positivos são atribuídos como “freio”, “segurança” e “prevenção”. Termos estes relacionados diretamente à prevenção e à diminuição das crises e ao aumento da sensação de segurança. O medicamento os protege das crises graves, possibilita aumentar a consciência em relação às situações de risco, diminui os pensamentos negativos e regula as alterações da percepção do que é real.

Discussão

A análise dos dados possibilitou compreender a experiência vivida durante o tratamento para o TAB. O Tema 1 apresentou a relação dos participantes do estudo antes e depois do diagnóstico. O uso dos medicamentos para restabelecer a saúde mental teve início antes mesmo do diagnóstico de TAB, gerando impacto negativo para os participantes que foram submetidos a tratamentos inadequados. Uma conjuntura que causou problemas de adaptação ao(s) fármaco(s), ausência de resposta farmacoterapêutica e efeitos adversos (leves, moderados e graves) - por exemplo, constipação, náuseas, desencadeamento de crises e ideação suicida.

A literatura relata esse cenário inicial conturbado como reflexo da complexidade do quadro clínico, da similaridade dos sintomas, principalmente, da TAB com a depressão unipolar. Mas, para o manejo dos diferentes quadros clínicos, são necessárias abordagens e medicamentos específicos para uma boa resposta ao tratamento (Morishita et al., 2021).

A maioria dos participantes deste estudo apresentou os primeiros sintomas ainda na adolescência e na infância. Apesar disso, foram diagnosticados tardiamente, com exceção de i2, situação que ocorre com frequência para pacientes com TAB (Alves & Oliveira, 2023; Morishita et al., 2021; Keramatian et al., 2021; Maassen et al., 2018; Goodwin & Jamison, 2007; Miasso, 2006; Proudfoot et al., 2009). Estudos enumeram alguns motivos relacionados à demora para o diagnóstico ser estabelecido, tais como: falta de investigação ou relato sobre os sintomas das fases de mania ou hipomania e os diagnósticos diferenciais entre, principalmente, a TAB versus depressão unipolar e TAB versus TDAH (Keramatian et al., 2021; Maassen et al., 2018). O estudo de Moura et al. (2019) evidenciou o medo da exposição ao preconceito sofrido pelas pessoas que apresentam o quadro clínico de TAB, sentimento que repercute negativamente na recuperação e inibe a busca por ajuda. O mesmo resultado é apresentado no estudo de SiegelRamsay et al. (2023), sobre a vivência do estigma pelos participantes nos diferentes ambientes sociais, assim como o estudo de revisão de Warwick et al. (2019), que desvelou o subtema “estigma”, suas implicações nas relações sociais e o impacto negativo na percepção da própria identidade dos acometidos.

Nesse sentido, importa principalmente que a demora para receber o diagnóstico, seja por quaisquer desses motivos, piora o prognóstico do paciente (Morishita et al., 2021; Keramatian et al., 2021). Estudo apontou que pacientes portadores de TAB II têm maior atraso no diagnóstico do que os portadores de TAB I. As pessoas que desenvolvem os sintomas de TAB ainda na infância apresentaram maior atraso em relação àqueles que desenvolveram o transtorno na idade adulta. E, ainda, aqueles que sofrem ou sofreram concomitantemente com a ansiedade e tiveram TAE demoraram ainda mais para receber o diagnóstico, já os que tiveram sintomas psicóticos e foram hospitalizados foram diagnosticados mais rapidamente (Keramatian et al., 2021). Destacouse, entre os demais participantes deste estudo, o acesso de i9 ao teste farmacogenético, que determinou seu tratamento com a

carbamazepina e com a qual está estável há três anos, o que evitou a exposição a muitos medicamentos após o diagnóstico de TAB. Em contrapartida, i7 teve dificuldade financeira para comprar o medicamento ao qual melhor se adaptou e com ele conseguia estabilidade da saúde mental. O impacto das desigualdades socioeconômicas no acesso e no tipo de tratamento ofertado aos indivíduos com TAB é real. No estudo de Karanti et al. (2021) foi avaliada a relação entre o nível de escolaridade e as variações no tratamento ofertado, demonstrando que aqueles com níveis mais altos de escolaridade discutem e questionam mais a farmacoterapia, recebem menos prescrições de antipsicóticos de primeira geração e de antidepressivos tricíclicos, e têm maior probabilidade de acesso à psicoeducação e a terapias psicológicas (Karanti et al., 2021). Após o diagnóstico, os participantes apresentaram várias nuances na aceitação do diagnóstico, passando a viver a realidade de um transtorno crônico.

O tema 2 apresentou a subjetividade para a recuperação da saúde mental, principalmente, no que diz respeito à adaptação aos medicamentos, apontando para a importância da escuta dos pacientes na clínica, pois as subjetividades se reorganizam no decorrer do tratamento, e do contexto social, e que ambos devem sempre ser levados em consideração para o sucesso da terapêutica (Megale & Teixeira, 1998; Moura, Peres & González Rey, 2011; Mori & González Rey, 2012; Guimarães & Meneghel, 2003; Torre & Amarante, 2001).

O tema 3 - “Vivendo como Alice: dificuldade para alcançar o equilíbrio” - e seus subtemas descreveram detalhadamente o percurso dos participantes durante o período árduo de adaptação ao tratamento. No subtema “cobra mal matada”, primeiramente, foi relatado o caminho para encontrar a estabilidade, pois alguns fármacos foram incluídos na prescrição com o objetivo de testar a melhor opção de tratamento, porém o processo desencadeou experiências negativas com os efeitos adversos, ausência de resposta farmacoterapêutica e piora clínica. O processo de verificação da melhor farmacoterapia para cada paciente envolve testes, conforme preconizado na Portaria nº 315, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, no qual há linhas de tratamento que devem ser seguidas preferencialmente na ordem estabelecida, respeitando-se as individualidades dos pacientes (Brasil, 2016; Yatham et al., 2018). Este processo de experimentação dos medicamentos até chegar na farmacoterapia mais próxima da

ideal é conhecido na literatura (Alves & Oliveira, 2023; Maassen et al., 2018; Miasso, 2006; Ledford et al., 2010). O processo para que o diagnóstico seja estabelecido é lento e o tratamento medicamentoso pode ser complexo. A revisão de literatura realizada sobre os tratamentos medicamentosos para o TAB apontou as diferenças e as semelhanças entre as abordagens adotadas no Brasil e nos demais países (Alves & Oliveira, 2023). O estudo de SiegelRamsay et al. (2023), que utilizou o método de teoria fundamentada, apresentou como resultados que o processo de adaptação às medicações pode levar meses e todo o processo de exposição a efeitos adversos e a falta de resposta terapêutica ocasionam danos tanto físicos quanto emocionais. A dificuldade de manejo dos medicamentos para alcançar a estabilidade do humor é um resultado apresentado também nos estudos de Miasso (2006) e Ledford et al. (2010).

Em relação ao subtema “comorbidades”, estudos apontam que a maioria dos indivíduos com TAB I ou II tem ao menos um diagnóstico de outra condição clínica médica ou sofrimento psíquico, portanto o manejo deve ser realizado individualmente (Krishnan, 2005). Segundo os autores Bessonova et al. (2020), o impacto econômico causado pelas comorbidades dos pacientes com TAB é grande, envolvendo um conjunto de gastos relacionados diretamente com o manejo clínico do transtorno e indiretos associados à diminuição da produtividade profissional. Os autores enfatizam a necessidade de intervenções que atuem no incremento da gestão em saúde para melhorar o resultado clínico dos pacientes. O estabelecimento de programas de atuação multidisciplinar com farmacêuticos e psiquiatras, na atenção primária, seria uma possibilidade, pois evitaria a necessidade de intervenções emergenciais e colaboraria para o cuidado contínuo, a adesão aos medicamentos e a diminuição dos gastos. O impacto do manejo incorreto da comorbidade no TAB, principalmente quando há abuso de substâncias, afeta diretamente as pessoas do convívio próximo, principalmente os familiares, uma vez que gera experiências negativas, como sensação de exaustão e incapacidade de cuidar, piora a relação interpessoal e aumenta o estigma para com os pacientes com TAB (September & Beytell, 2019).

O subtema subsequente abordou os “comportamentos de risco” durante as crises, na ausência de tratamento ou tratamento inadequado, entre os quais a TAE, as ideações suicidas, o abuso de álcool, a exposição a substâncias ilícitas e os comportamentos que expõem a vida a riscos sem a consciência da gravidade destas ações. O que é preocupante, pois, em uma amostra de 11 participantes, 66%

relataram ideação suicida e 33% histórico de TAE. Segundo o estudo de Dome, Rihmer e Gonda (2019), a taxa de suicídios entre indivíduos com TAB está entre 4 e 19%, e a daqueles que cometem a TAE está entre 20 e 60%, indicando um risco aumentado de suicídio em relação à população geral (Dome, Rihmer & Gonda, 2019; Fernandes & Scippa, 2013), chegando a ser 30 vezes maior (Dome, Rihmer & Gonda, 2019). Para Fernandes e Scippa (2013), o comportamento pode estar associado a impulsividade, a agressividade, ao predomínio de episódios depressivos ao longo do transtorno. O medicamento é um importante aliado na prevenção do suicídio para pacientes com TAB, seja com o uso do lítio, principal medicamento estudado para este risco, ou com os anticonvulsivantes como ácido valpróico e carbamazepina. Desta maneira, é de suma importância que o tratamento seja continuado e iniciado no momento correto, sem atrasos, para evitar problemas futuros (Fernandes & Scippa, 2013).

O uso abusivo de substâncias também é uma realidade para uma parte das pessoas com TAB, configurando um grande desafio para a adesão e a manutenção do tratamento (Preuss et al., 2021). De acordo com Ribeiro, Laranjeira e Cividanes (2005), entre os problemas de saúde mental, no TAB há maior predomínio do uso indevido de substâncias psicoativas, principalmente o uso abusivo de álcool. Um fato que pode ser explicado pelo ambiente propício para a utilização de substâncias nos episódios depressivos, bem como por questões econômicas, modificações neuroquímicas desencadeadas pela cronicidade do uso ou da abstinência. O estudo também evidenciou que a exposição a substâncias não é a causa, mas pode desencadear crises e/ou manifestar os sintomas típicos do TAB. Os autores concluem que a atenção multidisciplinar que envolve a família no cuidado, é a medida mais promissora para alcançar o sucesso do tratamento (Ribeiro, Laranjeira & Cividanes, 2005).

Além do abuso de substâncias, outros problemas de saúde podem afetar as pessoas com TAB, os participantes deste estudo relataram diagnósticos de TDAH, ansiedade e pânico e comorbidades como diabetes e hipotireoidismo, ocasionados pelo uso crônico dos psicotrópicos. Problema relatado por participantes que tratam tanto do TAB como do TDAH quanto da diabetes mellitus, que necessitaram de ajuste das medicações para alcançar o equilíbrio. Diagnósticos concomitantes, de acordo

com o estudo de Krishnan (2005), impactam negativamente no diagnóstico do TAB, além de dificultar seu manejo.

O tema “Antes e depois do medicamento mais efetivo” apresentou a superação dos obstáculos, os efeitos adversos, as incertezas em relação ao diagnóstico, as dificuldades financeiras e no manejo da dose, entre outros, até a adesão ao tratamento. No estudo de Inder et al. (2010) é abordado o tema “Convivendo com incertezas”, que diz das angústias vivenciadas ao longo do curso do transtorno. Já o artigo de revisão de estudos qualitativos de Warwick et al. (2019), desenvolvido com o objetivo de reunir estudos sobre as angústias vivenciadas pelos pacientes com TAB, apresentou também a “incerteza” como um dos temas desvelados, enquanto vivência angustiante que precede o diagnóstico de TAB, podendo perdurar ao longo de todo o curso do tratamento. Sentimento gerado tanto em relação ao tratamento medicamentoso como pela falta de informações sobre o problema de saúde mental enfrentado.

O quadro sintomático, as variações de humor, de todos os participantes deste estudo melhorou gradualmente, apesar de alguns ainda apresentarem sintomas residuais, o que não os impedia de se sentirem melhor. O participante i2 se sente bem atualmente, no período da entrevista, entretanto, disse que os momentos de estabilidade não duram por muito tempo. Ele foi informado pelo seu psiquiatra de que seu organismo é refratário aos medicamentos. Segundo relatou, já foi submetido até mesmo à eletroconvulsoterapia. O tratamento atual, composto pela Clozapina e outros medicamentos, retrata a refratariedade, uma vez que o medicamento se apresenta como última opção, devido aos efeitos adversos e a necessidade de controle rigoroso laboratorial. No estudo de Morton et al. (2022), os resultados apontam que o bem estar almejado pelos pacientes supera a ausência de sintomas, está atrelado à possibilidade de viverem o dia a dia no seu círculo social, familiar e profissional, podendo exercer suas atividades com qualidade. Já a refratariedade ao tratamento no TAB, é um quadro complexo e difícil de ser estabelecido, uma vez que o transtorno é caracterizado por um conjunto de sintomas diferentes. Toda esta variação de modo crônico pode ocasionar danos na cognição neurológica e propiciar a refratariedade aos medicamentos (Brasil, 2016; Fountoulakis et al., 2020).

Os participantes deste estudo também analisaram os prós e contras em relação ao seguimento do tratamento, predominando a consciência de que o benefício

é maior do que o malefício e prevalecendo a adesão ao medicamento em uso atualmente. Neste percurso, ao longo do curso do tratamento, demonstraram tomar decisões e optar pela ruptura do uso dos medicamentos em alguns momentos, devido à crença de que não precisavam de substâncias para melhorarem, por não conseguirem manter o uso devido a efeitos adversos moderados a graves e por dificuldade financeira, ou, ainda, porque desconfiaram do próprio diagnóstico. Esta mesma análise foi citada no estudo de Miasso (2006), que evidenciou que, apesar dos possíveis efeitos tóxicos dos medicamentos, os participantes vislumbram a estabilidade enquanto efeito positivo e compensatório. O estudo de Jaward et al. (2018) apresentou resultado similar, ou seja, a não adesão ao tratamento em determinados momentos é uma realidade característica do TAB. E algumas possíveis causas são apontadas: os efeitos adversos, o abuso de substâncias e o próprio padrão de curso da doença, a adesão pode variar ao longo do tempo. Além disso, houve relatos de alteração do horário de administração, de discussão e solicitação de suspensão ou inserção na farmacoterapia advindas dos próprios participantes - como a i1, que iniciou o uso da mirtazapina depois de indicar e negociar com o seu psiquiatra. As tomadas de decisões fazem parte da experiência com o uso dos medicamentos e representam o conhecimento adquirido ao longo do tempo sobre o próprio corpo, a mente e os efeitos do fármaco (Shoemaker & Ramalho de Oliveira, 2007; Cappleman, Smith & Lobban, 2015). As tomadas de decisões ao longo do curso da doença envolveram algo já conhecido no TAB, os indivíduos refletem sobre o uso dos medicamentos durante e após os episódios maníacos, devido aos efeitos de aumento da criatividade, da energia e da produtividade, entretanto eles têm a consciência do perigo desta fase, que os expõe a riscos de vida, a gastos excessivos e a comportamentos inadequados. Este fato foi estudado por Bulteau et al. (2018), os autores também concluíram que, em um primeiro momento, há sentimentos de nostalgia da mania, entretanto isto não foi motivo para a não adesão ao tratamento dos participantes entrevistados por eles, pois também tinham o conhecimento da importância do medicamento para a estabilidade.

O caminho trilhado no tratamento, apesar de difícil, se mostrou vital, pois as mudanças vivenciadas antes e depois do uso do medicamento correto foram nítidas e contrastantes. Os autorrelatos neste estudo apresentaram as alterações bruscas no próprio comportamento após o seguimento da farmacoterapia, percebidas pelos

próprios entrevistados e pelas pessoas de seus convívios, que antes os julgavam como preguiçosos e rudes, entre outros adjetivos pejorativos. Após a conquista da melhora do quadro clínico, controle das crises e da estabilidade, foi possível reconhecerem uma menor influência dos sintomas do transtorno e entenderem que muitos comportamentos refletiam os episódios de mania e depressão, mas eram confundidos com suas características pessoais. Desta maneira, eles puderam se reencontrar e passaram a se perceber com um olhar mais gentil. Esta confusão interna de identidade ocasionada pelo transtorno é relatada na literatura. As manifestações de sintomas podem gerar confusões na percepção de si mesmos, levando-os a se questionarem, sobre quem realmente são e o que são manifestações sintomáticas (SiegelRamsay et al., 2023; Inder et al., 2008).

Também ficou claro na presente pesquisa a necessidade de outros fatores para a manutenção da estabilidade dos participantes, como qualidade de vida, ambiente familiar e apoio psicossocial. A relevância destes fatores é exaltada por Parick e Kennedy (2004) e Goodwin e Jamison (2007), em cujos estudos são explicadas as medidas psicoeducativas que devem ser seguidas no manejo do transtorno. A psicoeducação é importante para a diminuição das dúvidas e das angústias dos adoecidos. No estudo de Maassen et al. (2018), os participantes dos grupos focais também estabeleceram um balanço entre medidas farmacológicas e não farmacológicas. E o estudo de Kashani et al. (2020) enfatiza a necessidade de o profissional de saúde repassar informações e orientações claras no decorrer do tratamento, evitando que o paciente tenha dúvidas e fique confuso.

Considerações finais

O método Fenomenologia da Prática mostrou-se adequado para acessar as experiências com o tratamento medicamentoso para o transtorno afetivo bipolar. Os dados obtidos pela aplicação das duas diferentes técnicas de entrevistas, individual e em grupo focal, se complementaram, colaborando para uma maior iluminação do fenômeno em estudo. O processo de recuperação das crises agudas é gradual e passa por períodos conturbados que antecedem até mesmo o diagnóstico, envolvendo testes com medicamentos e, por consequência, experiências com efeitos adversos, ausência de respostas ou piora clínica, até o encontro com a prescrição mais adequada. A importância do medicamento adequado foi constatada para as pessoas com TAB, sendo vital para a melhora da estabilidade do humor. Todos os

participantes relataram melhora e atribuíram significados positivos ao uso dos medicamentos, apesar de muitos conviverem com sintomas residuais. A importância das medidas não farmacológicas também foi constatada, estas devem ser inseridas no processo de cuidado, pois, durante o curso do transtorno e do tratamento, colaboraram e facilitaram a lida com o convívio social, a superação das crises, as comorbidades, os efeitos adversos e a adesão aos medicamentos, entre outros aspectos subjetivos do paciente. Conclui-se que este trabalho aumentou a compreensão sobre a experiência vivida pelas pessoas em tratamento medicamentoso para o TAB, contribuindo para a formulação de processos de cuidados.

REFERENCIAS

BAUER M. W. e GASKELI G. (2008). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Tradução de Ed. Vozes 7°. ed. Petrópolis.RJ. 2008;

BESSONOVA L. *Et al.* (2020). The Economic Burden of Bipolar Disorder in the United States: A Systematic Literature Review. *Clinic Economics and Outcomes Research* 2020:12 481-497.

Brasil C.C.P. *Et. al.* (2018). DA TEORIA À PRÁTICA: A UTILIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL PARA O ENSINO E A PESQUISA. In. SILVA R.M. Et Al. *Estudos Qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações*. Sobral: Edições UVA, 2018. 305 p.

BRASIL. (2016). Ministério da saúde. PORTARIA nº 315, DE 30 DE MARÇO DE 2016. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I.

BRADBURYJONES C., SAMBROOK S. e IRVINE F. (2008). RESEARCH METHODOLOGY The phenomenological focus group: an oxymoron? *Journal of Advanced Nursing* 65(3), 663-671. doi: 10.1111/j.13652648.2008.04922.x

BULTEAU S. Et al. (2018). Bipolar disorder and adherence: implications of manic subjective experience on treatment disruption. *Patient Preference and Adherence* 2018:12 1355-1361

CAPPLEMAN, R., SMITH I. e LOBBAN F: Managing bipolar moods without medication: A qualitative investigation. 2014, *Journal of Affective Disorders*, 174(2015)241-249

CORREIA D. T. SARAIVA. S. e MARQUES J. G. (2018). Jaspers' Phenomenology. *Folia Medica I*, 2018 | Vol. 60 | No.3.

DOME P., RIHMER Z. e GONDA X. (2019). Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina*, 55, 403. doi:10.3390/medicina55080403

FERNANDES F.N. e SCIPPA A.M. (2013). Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. *Rev Psiq. Clín.* 2013;40(6):2204

FOUNTOULAKIS K.N. *Et al.* (2020). The CINP Guidelines on the definition and evidencebased interventions for treatmentresistant bipolar disorder. *Oxford. International Journal of Neuropsychopharmacology*,2020, 23(4):230256.

GOODWIN, F. K., and JAMISON, K.R. (2007). *ManicDepressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 2nd edition. New York: Oxford University Press.

GUIMARÃES C. F. e MENEGHEL S. N. (2003). Subjetividade e saúde coletiva: produção de discursos na resignificação do processo saúdedoença no pós moderno. *Revista Malestar e subjetividade. Fortaleza*, V. III. N° 02, p.353371. 2003.

INDER M. L. *Et al.* (2008). “I Actually Don’t Know Who I Am”: The Impact of Bipolar Disorder on the Development of Self. *Psychiatry* 71(2) Summer 2008.

INDER M. L. *Et al.* (2010). “I Really Don’t Know Whether it is Sti DOI 10.1007/s11126 01091253ll There”: Ambivalent Acceptance of a Diagnosis of Bipolar Disorder. *Psychiatr Q* (2010) 81:157-165

JASPER K. (1987). *PSICOPATOLOGIA GERAL. Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. Vol. 1. Ed. Brasileira. Direitos de tradução para a língua portuguesa reservados à Livraria Atheneu, Rio de JaneiroSão Paulo. Publicado originalmente por Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.*

JAWARD I. *Et al.* (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *The Adv Psychopharmacol*, Vol. 8(12) 349-363
DOI: 10.1177/2045125318804364. *BJPsych Open* 7, e63, 1-5. doi: 10.1192/bjo.2021.19

KARANTI *Et al.* (2021). Patient educational level and management of bipolar disorder.

KASHANI *Et al.* (2020) The experience of patients with bipolar disorder from diagnosis disclosure: A qualitative study. *Med J Islam Repub Iran.* 2020(20 Apr);34.36. <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.36>.

KERAMATIAN K. *Et al.* (2022). Clinical and demographic factors associated with delayed diagnosis of bipolar disorder: Data from Health Outcomes and Patient Evaluations in Bipolar Disorder (HOPEBD) study. *Journal of Affective Disorders* 296 (2022) 506-513

KRISHNAN R. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic Medicine* 67:1-8, 2005.

LEDFOORD C. J. W. *Et al.* (2010). "Practicing medicine": Patient perceptions of physician communication and the process of prescription. *Patient Education and Counseling* 80 (2010) 384-392, 2010

LOVE B., VETERE A. e DAVIS P. (2020). Should Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) be Used With Focus Groups? Navigating the Bumpy Road of "Iterative Loops," Idiographic Journeys, and "Phenomenological Bridges. *International Journal of Qualitative Methods* Volume 19: 1-17

MAASSEN E. F., *Et. Al.* (2018). The challenges of living with bipolar disorder: a qualitative study of the implications for health care and research. *Int J Bipolar Disord*, 6:23. <https://doi.org/10.1186/s403450180131y>.

MEGALE F. C. S. e TEIXEIRA J.(1998). Notas sobre a subjetividade em nossos tempos. *Revista psicologia ciência e profissão*. 1998, 18 (3), 4853.

MIASSO, A.I.(2006). "ENTRE A CRUZ E A ESPADA": o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. Tese.Doutorado,Universidade de São Paulo,Escola de enfermagem. Ano de defesa:2006.

MORTON E. *Et al.* (2022). "Supporting Wellness": A depression and bipolar support alliance mixedmethods investigation of lived experience perspectives and priorities for mood disorder treatment. [Journal of Affective Disorders Volume 299](https://doi.org/10.1186/s403450180131y), 15 February 2022, Pages 575584

MOURA R. C. , PERES V. L. A. e GONZÁLEZ REY F.(2011). Doenças crônicas, subjetividade e construção de categorias de saúde. *Saúde Pública*. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Goiânia. V38. n° 01/03, p. 173 195, 2011

MOURA Et al. (2019). TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: SENTIMENTOS, ESTIGMAS E LIMITAÇÕES. *Rev enferm UFPE online*. 2019;13:e239580. <https://doi.org/10.5205/19818963.2019.241665>

PARIKH, S.V. e KENNEDY, S.H. (2004) Integration of patient, provider, and systems treatment approaches in bipolar disorders: Where evidence meets practice reality. In: POWER M. *Mood Disorders. A Handbook of science and practice*. John Wiley and Sons, Ltda. P. 247 257

PORTUGAL V. L.C. e HOLANDA A. F. (2019). Junto e além de Jaspers: intersecções entre abordagens contemporâneas em psicopatologia informada fenomenologicamente. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2019;8(2):0122.

PREUSS U. W., *Et al.* (2021). Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. *Medicina*, 57, 1256. <https://doi.org/10.3390/medicina57111256>

PROUDFOOT J. G. *Et al.* (2009). What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newlydiagnosed bipolar disorder. Blackwell Publishing Ltd Health Expectations, 12, pp.120-129, 2009.

RIBEIRO M., LARANJEIRA R, CIVIDANES G. (2005). Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. 2005. Rev. Psi. Clí. 32, Supl 1; 7888.

SEPTEMBER U. e BEYTELL AM.(2019). Family Members' Experiences: People with Comorbid Bipolar and Substance Use Disorder. International Journal of Mental Health and Addiction (2019) 17:1162-1179. <https://doi.org/10.1007/s114690180037z>

SIEGELRAMSAY J.E. Et al. (2023). Experiences that matter in bipolar disorder: a qualitative study using the capability, comfort and calm framework. *International Journal of Bipolar Disorders* (2023) 11:13. <https://doi.org/10.1186/s40345023002939>

SHOEMAKER S.J. e RAMALHO DE OLIVEIRA D. (2008) Understanding the meaning of medications for patients: The medication experience. Pharm World Sci (2008) 30:86-91.

TORRE E. H. G. e AMARANTE P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. 2001. v.6, nº1/7385.

VAN MANEN M.(2007) Phenomenology of practice. Phenomenology & Practice, Volume 1 (2007), No. 1, p. 11 - 30.

VANMANEN M. (1990). Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. New York: State University of New York Press, 1990.

WARWICK H. Et al., (2019). 'What people diagnosed with bipolar disorder experience as distressing': A metasynthesis of qualitative research. Journal of Affective Disorders 248 (2019) 108-130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.024>

YATHAM, L. N. *Et al.* (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2018; 20:97-170.

ANEXO A parecer consubstanciado CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: RESULTADOS CLÍNICOS, ECONÔMICOS, ASPECTOS HUMANÍSTICOS, CULTURAIS E EDUCACIONAIS DE SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Pesquisador:** Djenane Ramalho de Oliveira **Área Temática:**

Versão: 16

CAAE: 25780314.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.693.102

Apresentação do Projeto:

Tratase de uma emenda a estudo que propõe realizar avaliações de resultados clínicos e econômicos, construção de instrumentos para definição e avaliação de indicadores de qualidade, assim como pesquisas para compreensão de aspectos humanísticos, culturais e educacionais dos serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM).

Conforme descrito pela proponente, o Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico embasado no arcabouço teórico-metodológico da atenção farmacêutica que auxilia pessoas que utilizam medicamentos a atingir os objetivos de seus tratamentos. O farmacêutico profissional do serviço de GTM trabalha identificando, resolvendo e prevenindo problemas relacionados à indicação, efetividade, segurança e/ou adesão à farmacoterapia, em colaboração com outros profissionais da saúde.

Para a avaliação de resultados clínicos e econômicos, será utilizada a metodologia quantitativa por meio de estudo observacional longitudinal descritivo. Os dados serão coletados dos registros dos serviços de GTM seguindo o referencial metodológico utilizado por Ramalho de Oliveira, Brummel e Miller, 2010 e por Isetts et al, 2008. Propõe-se o desenvolvimento de software para registro da prática que subsidie a continuidade dessas avaliações no cotidiano dos serviços de saúde. Para a compreensão de aspectos humanísticos, culturais e educacionais, além da avaliação da qualidade em serviço será utilizada a metodologia qualitativa. Os dados serão obtidos por meio de

observação participante, descrições e reflexões em diário de campo, entrevistas individuais e grupos focais com usuários, estudantes, docentes e profissionais da equipe multiprofissional e gestores envolvidos com o oferecimento do serviço de GTM. Instrumentos para avaliação da qualidade do serviço de GTM serão construídos e validados por especialistas. Entrevistas com populações específicas (transgêneros em uso de hormônios para promoção do processo transexualizador) serão realizadas a fim de fomentar a oferta futura de um serviço de GTM voltado especificamente para esta população.

Na justificativa da emenda, a proponente menciona que a mesma está sendo submetida com o objetivo da inclusão de um novo cenário de prática, uma vez que a metodologia de trabalho permanecerá a mesma. Sendo ele: i) Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros (SMS MC). Foi firmada a parceria do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG (CEAF/UFMG), com a SMSMC, a fim de implantar o serviço de GTM nos serviços de saúde vinculados à SMSMC (anuência da SMSMC foi incluída ao projeto). O objetivo desta emenda é obter aprovação para a coleta e análise dos dados dos serviços que serão oferecidos à população deste município. Devido à introdução deste novo cenário de prática e também pelos serviços nos demais cenários estarem vigentes, solicitase a inclusão de novos membros na equipe.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar resultados clínicos, humanísticos e econômicos e compreender aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de GTM implantados em diferentes cenários de atenção à saúde no SUS. Objetivo Secundário: 1. Avaliar os resultados clínicos, humanísticos e econômicos promovidos/obtidos pelos serviços de GTM;2.

Compreender aspectos humanísticos, culturais e educacionais relacionados à implantação, consolidação e oferta e formação para serviços de GTM;3.

Construir indicadores de qualidade dos serviços de GTM e validá-los com especialistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Um dos possíveis riscos das pesquisas é a identificação dos participantes da pesquisa, entretanto, esse risco será minimizado porque as consultas às documentações serão realizadas de forma a preservar o sigilo e a confidencialidade dos dados dos pacientes. Nas entrevistas e consultas a especialistas, os participantes serão informados sobre o sigilo das informações e na apresentação dos dados serão utilizados nomes fictícios para preservar a identidade dos entrevistados. Benefícios: Os resultados obtidos com essas pesquisas poderão melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários do serviço de GTM atendidos nesses

cenários, contribuindo para alcance dos objetivos terapêuticos dos pacientes e melhora de sua experiência subjetiva. Também, irá auxiliar na implantação desse serviço em outros cenários,

visto que vai demonstrar o processo de implantação e revelar a experiência dos envolvidos. Irá contribuir para o processo de formação de profissionais de farmacêuticos para essa prática, pois irá compreender os aspectos educacionais envolvidos na formação para esses serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi previamente aprovado no COEPUFMG (parecer 664.354 em 28/05/2014), tendo também aprovada a última emenda em 05/12/2018 parecer 3.060.175.

Na emenda proposta a metodologia é mantida, porém é solicitada a inclusão de um centro participante

(Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros SMSMC) e de novos membros da equipe

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados na Plataforma Brasil (Folha de Rosto, Formulário de Informações Básicas, anuências, Projeto Completo, TCLE). Inclusão de Carta de anuência da SMSMontes Claros

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, a emenda está aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEPUFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Página 03 de

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_143073_6_E12.pdf	26/09/2019 09:55:27		Aceito
Outros	carta_anuencia_moc.jpeg	24/09/2019 12:37:13	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	anuencia_ilpi.jpg	04/11/2018 11:19:37	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito

Outros	anuencia_congonhas.jpg	25/10/2018 23:06:21	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Outros	257803144parecerEMassinado.pdf	18/10/2017 11:16:07	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144parecerEMassinado.pdf	18/10/2017 11:16:07	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144e5assinad.pdf	18/10/2017 11:15:52	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144e5assinad.pdf	18/10/2017 11:15:52	Vivian Resende	Aceito
Outros	25780314aprova.pdf	26/04/2017 17:59:14	Vivian Resende	Aceito
Outros	25780314parece.pdf	26/04/2017 17:58:47	Vivian Resende	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_comite.docx	09/04/2017 15:22:17	THAIS ROLLA DE CAUX	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite.docx	09/04/2017 15:20:14	THAIS ROLLA DE CAUX	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_comite.docx	09/04/2017 15:19:42	THAIS ROLLA DE CAUX	Aceito
Outros	2578031aprovacao.pdf	30/08/2016 19:48:19	Vivian Resende	Aceito
Outros	2578031parecer.pdf	30/08/2016 19:47:25	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144emenda2.pdf	23/08/2016 14:28:22	Vivian Resende	Aceito
Outros	257803144parecer.pdf	23/08/2016 14:28:14	Vivian Resende	Aceito
Outros	25780314parecer.pdf	30/06/2016 13:47:18	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	257803144emenda.pdf	30/06/2016 13:46:53	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito

Outros	25780314aprovacao.pdf	28/04/2016 17:17:09	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_SMS_Betim.pdf	07/12/2015 14:57:26	Djenane Ramalho de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_pesquisa_Plataforma_Brasil _enviado_outubro.pdf	01/10/2014 22:44:57		Aceito

Página
a 04
de

Investigador	Projeto_de_pesquisa_Plataforma_Brasil _enviado_outubro.pdf	01/10/2014 22:44:57		Aceito
Outros	PBH_carta de anuência.pdf	19/09/2014 22:36:11		Aceito
Outros	Carta de anuência SES.pdf	19/09/2014 22:33:15		Aceito
Outros	carta_anuencia_amb_hepatites_virais_H C_UFMG.jpg	25/05/2014 17:48:27		Aceito
Outros	Declaracao_comunicacao_DEPE_HC_U FMG.pdf	25/05/2014 05:51:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_geral_alteracao_solicitada.pdf	25/05/2014 05:42:23		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM Liga de Diabetes.jpg	01/05/2014 10:51:59		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM APS Lagoa Santa.jpg	01/05/2014 10:47:34		Aceito
Outros	Carta de Anuência GTM Ambulatório Oncologia UFU.pdf	01/05/2014 10:40:57		Aceito
Outros	Parecer_Dep_Farm_Social_final.docx	27/02/2014 13:35:00		Aceito
Outros	Termo compromisso Proponente.jpg	13/12/2013 16:49:27		Aceito
Outros	Instrumentos de coleta de dados_geral.pdf	13/12/2013 16:39:39		Aceito
Outros	Parecer projeto Djenane_003.jpg	13/12/2013 14:55:06		Aceito
Folha de Rosto	folha de Rosto Projeto Djenane.jpg	13/12/2013 14:50:45		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Novembro de 2019

Assinado por:**Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))**