

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS

SÍLVIA MENDONÇA DA MATTA

**AVALIAÇÃO DE PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO EM PACIENTES COM  
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**

Belo Horizonte  
2012

SÍLVIA MENDONÇA DA MATTA

**AVALIAÇÃO DE PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO EM PACIENTES COM  
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Silva Neves

Co-orientador: Prof. Dr. Leandro Fernandes Malloy-Diniz

Belo Horizonte  
2012

SÍLVIA MENDONÇA DA MATTA

**AVALIAÇÃO DE PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO EM PACIENTES COM  
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Silva Neves

---

Co-orientador: Prof. Dr. Leandro Fernandes Malloy-Diniz

---

Data de Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Componentes da Banca Examinadora:

Doutora Leonor Bezerra Guerra (UFMG)

---

Doutor Humberto Corrêa da Silva Filho (UFMG)

---

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu orientador, Doutor Fernando Silva Neves, pelo incentivo à pesquisa, pela paciência frente às minhas tantas demandas e pela confiança em mim depositada.

Agradeço ao Doutor Leandro Malloy pela competência e brilhantismo.

Essencial nesta empreitada foi o trabalho conjunto da equipe de neuropsicologia, em especial dos psicólogos Lafaiete Moreira, Cristina Yumi, Isabela Lima, Mayra Brancaglioni, Alina Gomide, Deborah Silva, Bárbara Feitosa, Paulo Moraes, Yuri Galvão e Rafaela Ávila.

Indispensáveis foram a amizade e compreensão do Doutor Arthur Kummer, a cumplicidade dos colegas de residência e do programa de pós graduação e o interesse carinhoso e recíproco de todos os pacientes envolvidos neste trabalho.

Aos meus pais, agradeço fielmente por serem o vigoroso alicerce sempre e sempre.

À Cacá, por matizar minha vida com as cores mais bonitas.

Ao Armando, pelo amor terno, pelo companheirismo firme e pela tolerância dia-a-dia.

Foi muito importante poder contar com todos vocês para a feliz realização deste trabalho.

## RESUMO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença crônica que acarreta graves prejuízos para o paciente e para a sociedade. Embora seu tratamento de primeira escolha seja a farmacoterapia, tratamentos coadjuvantes não farmacológicos são úteis na maximização da eficácia clínica. A psicoeducação é uma modalidade de tratamento que consiste em fornecer ao paciente e/ou familiares orientações acerca de uma determinada condição com o objetivo de melhorar seu prognóstico, visando ao aumento da adesão ao tratamento farmacológico e à prevenção de recaídas. Existem evidências na literatura de que o tratamento, além de ser de baixo custo, é eficiente no manejo e na prevenção da cronificação da doença. O objetivo desta pesquisa foi investigar o impacto de um programa de psicoeducação, em relação a variáveis clínicas, para pacientes com TAB em acompanhamento no Ambulatório de Transtorno Afetivo Bipolar do HC-UFMG. A partir da revisão da literatura, foi sistematizado um programa psicoeducativo, adaptado do programa de Barcelona, para pacientes acometidos pelo TAB. O programa foi dividido em 6 encontros, com periodicidade semanal. Foram selecionados 48 pacientes em tratamento no Ambulatório de Transtorno Afetivo Bipolar do HC-UFMG e alocados em dois grupos, experimental ou controle (27 no grupo experimental e 21 no controle). O grupo experimental recebeu o tratamento psicoeducativo e o tratamento convencional (farmacológico). O grupo controle recebeu apenas o tratamento convencional. Os pacientes foram acompanhados mensalmente durante cinco meses a fim de se avaliar as variáveis clínicas de adesão ao tratamento farmacológico, internações psiquiátricas, episódios de humor e tentativas de suicídio. Dos 48 indivíduos que consentiram inicialmente com a participação na pesquisa, 44 (91,6% da amostra inicial) foram acompanhados mensalmente, de forma que a maioria dos pacientes do grupo experimental (66,7%) frequentou a maior parte ou todas as sessões de psicoeducação (4 a 6 sessões). Ao longo dos 5 meses de acompanhamento após o programa, os escores de sintomas depressivos no grupo que compareceu a 4 ou mais sessões mantiveram-se mais baixos que os do grupo controle, sem significância estatística, no entanto, entre os grupos ao longo do seguimento. A psicoeducação demonstrou benefícios para a redução das taxas de não adesão ( $p < 0,01$ ), assim como redução do número de internações psiquiátricas ( $p < 0,01$ ) e de tentativas de suicídio ( $p = 0,02$ ). Visto que a psicoeducação, enfim, é uma intervenção de baixo custo e os benefícios são cada vez mais consistentes, é de grande importância o investimento na implantação de programas psicoeducativos na rede pública, oferecendo um espaço não apenas para a comunidade que será assistida, mas também

para a formação de profissionais capazes de conduzir esta modalidade de tratamento em outros serviços públicos na área de saúde mental.

***Palavras-chave:*** Transtorno Afetivo Bipolar, Psicoeducação, Intervenção Precoce.

## ABSTRACT

Bipolar disorder (BD) is a chronic disease that causes serious harm to patient and society. Although his first choice of treatment is pharmacotherapy, adjuvant non-pharmacological treatments are useful in maximizing clinical efficacy. Psychoeducation is a treatment modality that provides the patient and / or family guidance on a certain condition in order to improve their prognosis, aiming to increase adherence to drug treatment and relapse prevention. There are evidences in literature that treatment, besides being low cost, is efficient in the handling and prevention of chronification of the disease. The objective of this research was to investigate the impact of a psychoeducational program in relation to clinical variables in patients with BD followed at the Bipolar Disorder Clinic of HC-UFGM. A systematic psychoeducational program was adapted from the Barcelona program for patients affected by BD, after the literature review. The program was divided into six meetings on a weekly basis. Forty-eight patients treated at the Clinic of Bipolar Disorder HC-UFGM were selected and assigned into two groups, experimental or control (27 in the experimental group and 21 in control group). The experimental group received the psychoeducation and the conventional treatment (pharmacological). The control group received only conventional treatment. Patients were followed monthly for five months in order to evaluate the clinical variables of pharmacological treatment, psychiatric hospitalizations, mood episodes and suicide attempts. Of the 48 individuals who initially consented to participate in the research, 44 (91.6% of the initial sample) were followed monthly, so that most patients in the experimental group (66.7%) attended most or all sessions of psychoeducation (4-6 sessions). Over the five months after the monitoring program, the scores of depressive symptoms in the group who attended four or more sessions remained lower than the control group, without statistical significance, however, between the groups during the follow-up. Psychoeducation has shown benefits in reducing rates of noncompliance ( $p < 0.01$ ), as well as the number of psychiatric hospitalizations ( $p < 0.01$ ) and suicide attempts ( $p = 0.02$ ). Since psychoeducation, finally, is a low-cost intervention and the benefits are more consistent, it is of great importance in the implementation of investment programs of psychoeducation in public health, offering not only a space for the community to be assisted, but also for training of professionals capable of conducting this kind of treatment in other public services in the area of mental health.

**Keywords:** Bipolar Affective Disorder, Psychoeducation, Early Intervention.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 — Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio maníaco único.....	3
Quadro 2 — Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio mais recente maníaco.....	3
Quadro 3 — Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio mais recente hipomaníaco.....	4
Quadro 4 — Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio mais recente depressivo.....	5
Quadro 5 — Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio mais recente misto.....	5
Quadro 6 — Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio não especificado .....	7
Quadro 7 — Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar II.....	8
Quadro 8 — Critérios do DSM-IV-TR para episódio maníaco.....	10
Quadro 9 — Critérios do DSM-IV-TR para episódio hipomaníaco.....	11
Quadro 10 — Critérios do DSM-IV-TR para episódio depressivo maior.....	12
Quadro 11 — Descrição dos encontros do programa de psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento Ambulatório de Transtorno Bipolar do Hospital das Clínicas da UFMG (Adaptado do programa de Barcelona).....	36
Fluxograma 1 — Fluxo dos pacientes e abandono ao longo do estudo sobre psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento Ambulatório de Transtorno Bipolar do Hospital das Clínicas da UFMG.....	40
Gráfico 1 — Frequência de faltas às sessões de psicoeducação direcionada a pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG e motivos de abandono.....	45
Gráfico 2 — Média mensal dos valores obtidos pela escala de depressão de Hamilton aplicada aos grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG ao longo dos 5 meses após a psicoeducação.....	46
Gráfico 3 — Mediana dos valores obtidos mensalmente pela escala de depressão de Hamilton aplicada aos grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e	

controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG ao longo dos 5 meses após a psicoeducação.....	46
Gráfico 4 — Média mensal dos valores obtidos pela escala de avaliação de mania (YMRS) aplicada aos grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG ao longo dos 5 meses após a psicoeducação.....	47
Gráfico 5 — Mediana mensal dos valores obtidos pela escala de avaliação de mania (YMRS) aplicada aos grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG ao longo dos 5 meses após a psicoeducação.....	48
Gráfico 6 — Adesão ao tratamento farmacológico antes e após a psicoeducação de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG.....	49
Gráfico 7 — Número de internações psiquiátricas e de tentativas de auto extermínio (TAE) nos 5 meses antes e nos 5 meses após o programa de psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG.....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Caracterização da amostra do estudo sobre psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG em relação às variáveis sócio-demográficas.....	41
Tabela 2 — Tipos de TAB entre os grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG.....	42
Tabela 3 — Comorbidades do TAB com outros diagnósticos do Eixo I ( <i>MINI-Plus</i> ) entre os grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPc	Monofosfato cíclico de adenosina
APA	Associação Psiquiátrica Americana
ATP	Trifosfato de adenosina
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª. Edição
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
DAG	Diacilglicerol
DP	Desvio-padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª. Edição – Texto Revisado
GABA	Ácido gama- aminobutírico
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
HC/UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IP <sub>3</sub>	Inositol-trifosfato
MINI	Mini-International Neuropsychiatric Interview
MINI - <i>Plus</i>	Mini-International Neuropsychiatric Interview – versão <i>Plus</i>
N	Número de pacientes
OMS	Organização Mundial de Saúde
PKC	Proteína quinase C
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders</i>
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TDAH	Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
YMRS	Escala de Mania de Young

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>1</b>
1.1 O Transtorno Afetivo Bipolar.....	1
1.1.1 Epidemiologia e critérios diagnósticos.....	2
1.1.2 Etiologia do Transtorno Afetivo Bipolar.....	14
1.1.3 Prejuízo Cognitivo no Transtorno Bipolar .....	16
1.1.4 TAB e Risco de Suicídio .....	17
1.1.5 Internações Psiquiátricas .....	18
1.1.6 Carga e custos relacionados ao TAB.....	19
1.1.7 Tratamento.....	20
1.1.8 Adesão ao tratamento .....	21
1.2 O uso da Psicoeducação no Transtorno Afetivo Bipolar .....	22
1.2.1 A eficácia da Psicoeducação.....	23
1.2.2 Preditores de resposta ao Tratamento Psicoeducativo .....	24
1.2.3 Psicoeducação e outras Intervenções Psicossociais .....	25
1.2.4 Psicoeducação para Cuidadores ou familiares de pacientes com TAB.....	26
1.2.5 Psicoeducação e custos com a doença.....	27
<b>2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....</b>	<b>29</b>
<b>3 OBJETIVOS E HIPÓTESES.....</b>	<b>30</b>
3.1 Objetivo geral .....	30
3.2 Objetivos específicos .....	30
3.3 Hipóteses .....	30
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>31</b>
4.1 Considerações éticas do Estudo.....	31
4.2 Delineamento do Estudo .....	31
4.3 Participantes.....	32
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	32
4.3.2 Critérios de Exclusão .....	32
4.4 Avaliação Psiquiátrica.....	33
4.4.1 Instrumentos de Avaliação Psiquiátrica .....	33
4.4.1.1 Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI-Plus).....	33
4.4.1.2 Escala de depressão de Hamilton (HAM-D) .....	34
4.4.1.3 Escala de Mania de Young ( <i>Young Mania Rating Scale</i> - YMRS) .....	34
4.5 Intervenção com o Tratamento Psicoeducativo.....	35
4.6 Seguimento .....	38
4.7 Análises Estatísticas .....	39
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
5.1 Caracterização da amostra: aspectos clínicos e sócio-demográficos .....	41
5.2 Frequência às sessões.....	44
5.3 Resultados das Escalas de Avaliação do Humor .....	45
5.4 Adesão ao Tratamento Farmacológico.....	48
5.5 Internações Psiquiátricas .....	49
5.6 Tentativas de Suicídio .....	49
5.7 Efeitos adversos da Psicoeducação.....	50

<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>50</b>
6.1 Caracterização da amostra: aspectos clínicos e sócio-demográficos .....	50
6.2 Frequência às sessões .....	52
6.3 Avaliação da Eficácia do Tratamento Psicoeducativo .....	53
6.3.1 Avaliação do Humor .....	53
6.3.2 Adesão ao Tratamento Farmacológico.....	55
6.3.3 Internações Psiquiátricas .....	56
6.3.4 Tentativas de Suicídio .....	56
6.4 Efeitos Adversos da Psicoeducação .....	57
6.5 Limitações e contribuições do Estudo.....	57
6.6 Perspectivas .....	58
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Experimental) .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Controle) .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO 3 – Escala para Avaliação de Depressão de Hamilton .....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO 4 – Escala de Mania de Young - Young Mania Rating Scale (YMRS).....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO 5 – Critério de Classificação Econômica Brasil .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO 6 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença crônica que acarreta graves prejuízos para o paciente e para a sociedade. Embora seu tratamento de primeira escolha seja a farmacoterapia, tratamentos coadjuvantes não farmacológicos são úteis na maximização da eficácia clínica.

A psicoeducação é uma abordagem psicossocial que visa a fornecer ao paciente informações sobre sua doença, a fim de modificar comportamentos e crenças sobre o transtorno, sua etiologia, tratamento e prognóstico. Além disso, auxilia o paciente a identificar sintomas indicativos de crises, recaídas e agravamento.

Existem evidências na literatura de que a intervenção, além de ser de baixo custo, é eficiente no manejo e na prevenção da cronificação da doença, facilitando a adesão ao tratamento como um todo.

O presente estudo avaliou o impacto de um programa de psicoeducação para pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar (TAB) dos tipos I, II e não especificado, após sua adaptação e implantação no ambulatório de TAB do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Na introdução, apresentamos algumas considerações sobre o transtorno afetivo bipolar e, em seguida, descrevemos evidências na literatura sobre o uso da psicoeducação para seu tratamento.

### 1.1 O Transtorno Afetivo Bipolar

A concepção de que estados de humor maníacos e depressivos poderiam relacionar-se a uma mesma doença remonta à Antiguidade. Araeteus da Capadócia deu início aos textos que chegaram aos atuais conceitos de transtorno bipolar, estabelecendo relações entre episódios de mania e de melancolia e concebendo-os como aspectos interligados de um mesmo transtorno (AKISKAL, 1996). Antes dele, no entanto, os termos “melancolia” e “mania” já eram utilizados na Grécia Antiga a fim de caracterizar quadros clínicos distintos (PEREIRA, 2002).

Dando continuidade aos estudos de Esquirol sobre “loucura parcial”, Jean-Pierre Falret descreveu a *folie circulaire* e, Jules Baillarger, a *folie à double forme* (SEDLER, 1983). Segundo Falret, essa “loucura circular” caracterizava-se pela “evolução sucessiva e

regular do estado maníaco, do estado melancólico e de um intervalo lúcido mais ou menos prolongado” (PEREIRA, 2002).

Mas foi Emil Kraepelin quem definitivamente estabeleceu o conceito de “loucura maníaco-depressiva” ao separar as psicoses em demência precoce e doença maníaco-depressiva. O autor enfatizou que a insanidade maníaco-depressiva diferenciava-se da demência precoce por seu curso periódico e pelo melhor prognóstico. Ressaltou, ainda, a frequência de quadros semelhantes na família do indivíduo acometido pela doença. Assim, a visão médica de Falret, que almejava descrever “doenças mentais” concretas, firma-se na psiquiatria com o conceito de loucura circular e sua releitura kraepeliniana (PEREIRA, 2002).

Nota-se, portanto, que os critérios diagnósticos adotados pela Associação Psiquiátrica Americana e pela Organização Mundial da Saúde refletem a nosologia kraepeliniana e o conceito de espectro bipolar ao retomar a visão clássica de Kraepelin (DEL PORTO, 1999).

### **1.1.1 Epidemiologia e critérios diagnósticos**

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é caracterizado pela ocorrência de intensa oscilação do humor, na qual os pacientes apresentam episódios de mania e/ou hipomania, comumente alternados com períodos de depressão (APA, 2000). A prevalência do TAB é estimada em 1% da população (KESSLER et al., 2007), sendo 0,6% a prevalência para o TAB tipo I e 0,4% para o TAB tipo II (MERIKANGAS; LAMERS, 2012). Os índices, no entanto, podem alcançar 5 a 7% da população, caso sejam incluídos pacientes com manifestações subsindrômicas do TAB (AKISKAL, 1996, 2007).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR, 2000), é essencial para o diagnóstico do transtorno bipolar do tipo I um curso clínico marcado por um ou mais episódios maníacos ou mistos. Os quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6 listam os critérios diagnósticos pelo DSM-IV-TR para classificação do subtipo I do transtorno bipolar.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio maníaco único.

A. Presença de apenas um episódio maníaco e ausência de qualquer episódio depressivo maior no passado.

Q 1 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio maníaco único (*continuação*).

B. O episódio maníaco não é melhor explicado por transtorno esquizoafetivo, nem está sobreposto a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação.

*Especificar se:*

**Misto:** quando os sintomas satisfazem aos critérios para um episódio misto.

Se os critérios são satisfeitos para um episódio maníaco, misto ou depressivo maior, *especificar* sua condição clínica e/ou suas características:

**Leve, moderado, grave sem características psicóticas / grave com características psicóticas**

**Com características catatônicas**

**Com início no pós-parto**

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um episódio maníaco, misto ou depressivo maior, *especificar* a condição clínica atual do transtorno bipolar I ou as características do episódio mais recente:

**Em remissão parcial, em remissão completa**

**Com características catatônicas**

**Com início no pós-parto**

Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev.. (2000).

Quadro 2 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio mais recente maníaco.

A. Atualmente (ou mais recentemente) em episódio maníaco.

B. Houve, anteriormente, no mínimo um episódio depressivo maior, episódio maníaco ou episódio misto

(*continua*)

(continuação)

C. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por transtorno esquizoafetivo nem estão sobrepostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação.

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um episódio maníaco, misto ou depressivo maior, *especificar* a condição clínica e/ou as características:

**Leve, moderado, grave sem características psicóticas / grave com características psicóticas**

**Com características catatônicas**

**Com início no pós-parto**

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um episódio maníaco, *especificar* a condição clínica atual do transtorno bipolar I e/ou as características do episódio maníaco mais recente:

**Em remissão parcial, em remissão completa**

**Com características catatônicas**

**Com início no pós-parto**

*Especificar:*

**Especificadores de curso longitudinal (com ou sem recuperação entre os episódios)**

**Com padrão sazonal (aplica-se apenas ao padrão de episódios depressivos maiores)**

**Com ciclagem rápida**

Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev. (2000).

Quadro 3 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio mais recente hipomaníaco.

A. Atualmente (ou mais recentemente) em um episódio hipomaníaco.

B. Houve, anteriormente, pelo menos um episódio maníaco ou episódio misto.

C. Os sintomas de humor causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por transtorno esquizoafetivo nem estão sobrepostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação.

(continua)

*(continuação)**Especificar:***Especificadores de curso longitudinal (com ou sem recuperação entre os episódios)****Com padrão sazonal (aplica-se apenas ao padrão de episódios depressivos maiores)****Com ciclagem rápida**Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev. (2000).

Quadro 4 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio mais recente depressivo.

A. Atualmente (ou mais recentemente) em episódio depressivo maior.

B. Houve, anteriormente, no mínimo um episódio maníaco ou episódio misto.

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um episódio depressivo maior, *especificar* a condição clínica atual do transtorno bipolar I e/ou as características do episódio depressivo maior mais recente:

**Em remissão parcial, em remissão completa****Crônico****Com características catatônicas****Com características melancólicas****Com características atípicas****Com início no pós-parto***Especificar:***Especificadores de curso longitudinal (com ou sem recuperação entre os episódios)****Com padrão sazonal (aplica-se apenas ao padrão de episódios depressivos maiores)****Com ciclagem rápida**Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev. (2000).

Quadro 5 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio mais recente misto.

A. Atualmente (ou mais recentemente) em episódio misto.

B. Houve, anteriormente, no mínimo, um episódio depressivo maior, episódio maníaco ou episódio misto.

*(continua)*

(continuação)

C. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por transtorno esquizoafetivo nem estão sobrepostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação.

Se os critérios são atualmente satisfeitos para um episódio maníaco, misto ou depressivo maior, *especificar* a condição clínica e/ou as características:

**Leve, moderado, grave sem características psicóticas / grave com características psicóticas**

**Com características catatônicas**

**Com início no pós-parto**

Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um episódio misto, *especificar* a condição clínica atual do transtorno bipolar I e/ou as características do episódio misto mais recente:

**Em remissão parcial, em remissão completa**

**Com características catatônicas**

**Com início no pós-parto**

*Especificar:*

**Especificadores de curso longitudinal (com ou sem recuperação entre os episódios)**

**Com padrão sazonal (aplica-se apenas ao padrão de episódios depressivos maiores)**

**Com ciclagem rápida**

Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev. (2000).

Quadro 6 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar I, episódio não especificado.

A. Os critérios, exceto pela duração, são atualmente (ou foram mais recentemente) satisfeitos para episódio maníaco, episódio hipomaníaco, episódio misto ou episódio depressivo maior.

B. Houve, anteriormente, no mínimo, um episódio maníaco ou episódio misto.

C. Os sintomas de humor causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os episódios de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por transtorno esquizoafetivo nem estão sobrepostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação.

E. Os sintomas de humor nos critérios A e B não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

*Especificar:*

**Especificadores de curso longitudinal (com ou sem recuperação entre os episódios)  
Com padrão sazonal (aplica-se apenas ao padrão de episódios depressivos maiores)**

**Com ciclagem rápida**

Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev. (2000).

Já o diagnóstico do TAB tipo II requer a ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaníaco. É importante ressaltar que os episódios hipomaníacos não devem ser confundidos com os vários dias de eutímia que podem seguir-se à remissão de um episódio depressivo maior.

Ressalte-se, ainda, que episódios de humor induzidos por substância ou condição médica geral não se enquadram nos critérios para um Transtorno Bipolar I ou II.

O quadro 7 expõe os critérios diagnósticos pelo DSM-IV-TR para classificação do subtipo II do transtorno bipolar.

Quadro 7 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar II.

- A. Presença (ou história) de um ou mais episódios depressivos maiores.
- B. Presença (ou história) de pelo menos um episódio hipomaníaco.
- C. Jamais houve um episódio maníaco ou um episódio misto.
- D. Os sintomas de humor nos Critérios A e B não são melhor explicados por transtorno esquizoafetivo nem estão sobrepostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação.
- E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- Especificar* episódio atual ou mais recente:
- Hipomaníaco: se atualmente (ou mais recentemente) em episódio hipomaníaco
- Depressivo: se atualmente (ou mais recentemente) em episódio depressivo maior
- Se os critérios são atualmente satisfeitos para um episódio depressivo maior, *especificar* a condição e/ou as características:
- Leve, moderado, grave sem características psicóticas / grave com características psicóticas**
- Crônico**
- Com características catatônicas**
- Com características melancólicas**
- Com características atípicas**
- Com início no pós-parto**
- Se os critérios não são atualmente satisfeitos para um episódio depressivo maior, *especificar* a condição clínica do transtorno bipolar I e/ou as características do episódio depressivo maior mais recente (somente se esse for o tipo mais recente de episódio de humor):
- Em remissão parcial, em remissão completa**
- Crônico**
- Com características catatônicas**
- Com características melancólicas**
- Com características atípicas**
- Com início no pós-parto**
- (continua)*

Quadro 7 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno bipolar II (*continuação*)

*Especificar:*

**Especificadores de curso longitudinal (com ou sem recuperação entre os episódios)**

**Com padrão sazonal (aplica-se apenas ao padrão de episódios depressivos maiores)**

**Com ciclagem rápida**

Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev. (2000).

Na chamada fase maníaca do TAB, os principais sintomas observados são euforia ou irritabilidade, usualmente acompanhados pela maioria dos seguintes sintomas: ideias de grandeza, loquacidade exagerada, aumento da impulsividade, agitação psicomotora, aumento de energia, hipersexualidade e diminuição da necessidade de sono. Além disso, sintomas psicóticos podem estar presentes.

A hipomania, por sua vez, assemelha-se à mania, com a diferença dos sintomas apresentarem menor intensidade e não cursarem com sintomas psicóticos ou comprometimento funcional, como na mania.

Os critérios diagnósticos para definição dos episódios de mania e hipomania pelo DSM-IV-TR são descritos abaixo, nos quadros 8 e 9, respectivamente:

Quadro 8 - Critérios do DSM-IV-TR para episódio maníaco.

A) Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).

B) Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em grau significativo:

- 1) autoestima inflada ou grandiosidade;
- 2) redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se refeito depois de apenas 3 horas de sono);
- 3) mais loquaz que o habitual ou pressão por falar;
- 4) fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo;
- 5) distraibilidade ( i.e., a atenção é desviada com excessiva facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes);
- 6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora;
- 7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C) Os sintomas não satisfazem aos critérios para episódio misto.

D) A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou em relacionamentos costumeiros com outros, ou de exigir a hospitalização como meio de evitar danos a si mesmo e a terceiros, ou existem características psicóticas.

E) Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

## Quadro 9 - Critérios do DSM-IV-TR para episódio hipomaníaco

- A) Um período distinto de humor permanentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de quatro dias, nitidamente diferente do humor habitual não deprimido.
- B) Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor for apenas irritável) e estiveram presentes em grau significativo:
- 1) autoestima inflada ou grandiosidade;
  - 2) redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se refeito depois de apenas três horas de sono);
  - 3) maior loquacidade ou sentimento de pressão por falar;
  - 4) fuga de ideias ou sensação de que os pensamentos estão correndo;
  - 5) distraibilidade (i.e., a atenção é desviada com demasiada facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes);
  - 6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora;
  - 7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolver-se em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- C) O episódio está associado com uma inequívoca alteração do funcionamento, que não é característica do indivíduo quando assintomático.
- D) A perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por terceiros.
- E) O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou de exigir hospitalização, nem existem características psicóticas.
- F) Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p.ex., hipertireoidismo).

Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev. (2000)

O episódio depressivo, por sua vez, é marcado por humor deprimido, redução da energia, diminuição da alegria ou prazer, alterações nas funções vegetativas, psicomotricidade

e cognição. Assim como na mania, sintomas psicóticos também podem aparecer. O quadro 10 demonstra os critérios para a definição de episódio depressivo maior, segundo o DSM-IV-TR.

Quadro 10 - Critérios do DSM-IV-TR para episódio depressivo maior

A) No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o período mínimo de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas deve ser: (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer. **Nota:** Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros;

2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, na maior parte do dia, quase todos os dias, indicada por relato subjetivo ou observação feita por outros;

3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p.ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;

4) insônia ou hipersonia quase todos os dias;

5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);

6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias;

7) sentimento de inutilidade, culpa excessiva ou inadequada (pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);

8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);

9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B) Os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto.

C) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

(continua)

Quadro 10 - Critérios do DSM-IV-TR para episódio depressivo maior (*continuação*)

D) Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p.ex., hipotireoidismo).

E) Os sintomas não são melhor explicados por luto; ou seja, após morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Fonte: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Tex. rev. (2000)

Há, ainda, a possibilidade de ocorrerem episódios mistos e ciclagens rápidas. Nos episódios mistos, satisfazem-se os critérios tanto para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior (exceto pela duração), por período mínimo de uma semana (APA, 2000). A rápida alternância do humor não raro é acompanhada de irritabilidade intensa, agressividade e piora da impulsividade, o que ocasiona sério prejuízo ao funcionamento social ou ocupacional do indivíduo, exigindo sua hospitalização ou cursando com sintomas psicóticos (APA, 2000).

De acordo com o DSM-IV, a ciclagem rápida é diagnosticada quando o paciente apresenta pelo menos quatro episódios de humor (depressão, episódio misto, mania ou hipomania) ao longo do ano. A ciclagem rápida ocorre em cerca de 20% dos bipolares, sendo mais comum no TAB tipo II. Os principais correlatos da ciclagem rápida são o sexo feminino, uso de substâncias, temperamento ciclotímico, uso excessivo de antidepressivos e hipotireoidismo subclínico (MORENO; MORENO, 2005).

Os estudos de prevalência geralmente encontram proporções semelhantes entre homens e mulheres no TAB tipo I, mas, para o TAB tipo II, a proporção é de 1,5 mulheres para cada homem acometido (ANGST, 1998). As manifestações clínicas da doença também têm sido apontadas como diferentes entre os gêneros: as mulheres têm uma maior frequência de manifestações de ciclagem rápida, mais episódios depressivos e maior ocorrência de mania disfórica (DIAS et al., 2005). Já os pacientes do sexo masculino apresentam maior incidência de suicídio e escores mais elevados de impulsividade (LEIBENLUFT, 1999).

### 1.1.2 Etiologia do Transtorno Afetivo Bipolar

A etiologia do TAB envolve uma complexa interação entre fatores ambientais e genéticos, ainda não completamente elucidados (MICHELLON; VALLADA, 2008). Suspeita-se que o TAB seja uma síndrome e, como tal, reflete complexos causais distintos. Em outras palavras, o “fenótipo” do episódio maníaco pode ser um epifenômeno de diferentes genótipos (MICHELLON; VALLADA, 2008).

Essa gama de possibilidades fenotípicas favorece o conceito do espectro bipolar, visto que os diversos genes interagem entre si e com o meio, possibilitando inúmeros fenótipos. Os fatores genéticos, então, são mais importantes que os fatores ambientais, sendo responsáveis por cerca de 80% da variação fenotípica e os fatores ambientais possuem uma importância secundária, determinando o curso e o prognóstico do TAB.

Estudos de viés biológico têm fornecido interessantes achados sobre a etiopatogenia do TAB, demonstrando inúmeras alterações no funcionamento cerebral em pacientes em depressão, mania e eutimia. Evidências científicas apontam anormalidades no que diz respeito a fatores imunológicos, neuroendócrinos, biologia molecular e neuroimagem, incluindo aumento dos níveis de mediadores pró-inflamatórios e disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (LANGAN; MC DONALD, 2009). São descritas, além disso, associações entre o TAB e alterações de substâncias intracelulares envolvidas na regulação de neurotransmissores, plasticidade sináptica, expressão gênica, sobrevivência e morte neuronal (KAPCZINSKI et al., 2004), o que influencia na apresentação clínica, no curso e na resposta aos medicamentos.

Dessa forma, interações entre sistemas neurais são necessárias para a manutenção do apetite, do sono, do peso e do interesse sexual, funções muitas vezes alteradas nos transtornos de humor (DAVIDSON et al., 2002). As alterações neurobiológicas intracelulares e intercelulares envolvidas na fisiopatologia do TAB incluem disfunções em sistemas de neurotransmissão, segundos-mensageiros, vias de transcrição de sinal e regulação na expressão gênica (MACHADO-VIEIRA et al., 2005).

Assim, diversos estudos demonstram funções da serotonina no sistema nervoso central, em especial na formação de sinapses, no crescimento neuronal, nos processos cognitivos e na regulação do humor (PIDSLEY; MILL, 2011). Visto que são descritas alterações nos níveis do receptor de serotonina no TAB (PIDSLEY; MILL, 2011), a redução desse neurotransmissor pode associar-se a ideação suicida, tentativas de suicídio, agressividade e distúrbios do sono (ACKENHEIL, 2001).

A dopamina, por sua vez, apresenta metabolismo disfuncional no transtorno bipolar e a presença de polimorfismos em genes moduladores de sua formação, como a dopamina beta-hidroxilase, sugere a influência do metabolismo dopaminérgico no transtorno (MACHADO-VIEIRA et al., 2005). Yatham et al. (2010) observaram aumento dos níveis de dopamina em pacientes bipolares em episódio maníaco, o que pode ser útil na compreensão dos mecanismos de ação de drogas com efeito antidopaminérgico para o tratamento da mania.

Descreve-se, ainda, uma redução da função do sistema noradrenérgico durante os episódios depressivos, nos quais um menor débito de noradrenalina e uma menor sensibilidade dos receptores alfa-2 são observados. Em contrapartida, há uma tendência ao aumento da atividade da noradrenalina durante os episódios maníacos (ACKENHEIL, 2001).

Anormalidades do ácido gama-aminobutírico (GABA) são, por sua vez, observadas nos processos biológicos relacionados ao córtex frontal de pacientes bipolares, em comparação a controles saudáveis (KIM; WEBSTER, 2010). Dados clínicos apontam para um decréscimo na função do GABA nos estados de humor e demonstram as propriedades antidepressivas e antimaníacas dos agonistas gabaérgicos (PETTY, 1995).

De acordo com Kim e Webster (2010), o glutamato é um dos principais neurotransmissores excitatórios do sistema nervoso central, atuando em mediações sinápticas, plasticidade, neurotoxicidade, crescimento celular e apoptose. Estudos com espectroscopia por ressonância magnética mostram *in vivo* que pacientes portadores de TAB apresentam concentração aumentada de glutamato no córtex pré-frontal dorsolateral (MICHAEL et al, 2003). Clinicamente, a participação do glutamato na etiologia do TAB tem sido constatada por meio da ação dos estabilizadores do humor sobre a neurotransmissão glutamatérgica (KAPCZINSKI et al., 2004).

Os segundos-mensageiros mais frequentemente associados à etiopatogenia do TAB, segundo Machado-Vieira e colaboradores (2005), são as proteínas G, AMPc (monofosfato cíclico de adenosina), PKC (proteína quinase C) e IP3 (inositol-trifosfato). Proteínas G são moléculas que traduzem o sinal de um receptor transmembrana para os segundos mensageiros intracelulares e realizam a transdução de sinal de moléculas extracelulares de sinalização, como hormônios, neurotransmissores e neuromoduladores.

A adenilato ciclase é uma enzima que converte o ATP (trifosfato de adenosina) no segundo mensageiro AMP cíclico (AMPc). A maioria dos receptores reguladores da ação do AMPc fazem-no por meio de atuação sobre as proteínas G. Outros dois importantes segundos-mensageiros são o diacilglicerol (DAG), que ativa a proteína quinase C (PKC), envolvida em

processos celulares, e o inositol-trifosfato (IP3), que regula a liberação das reservas de cálcio intracelular armazenadas no retículo endoplasmático (KAPCZINSKI et al., 2004).

Em artigo de revisão, Hains e Arnsten (2008) afirmam que o córtex pré-frontal é fundamental na regulação do pensamento, das emoções e das ações, além de inibir a interferência de estímulos distratores. Estudos de neuroimagem revelam alterações no córtex pré-frontal nas fases de mania e depressão e redução do volume de matéria cinzenta nessa região do cérebro de pacientes com TAB (HAINS; ARNSTEN, 2008). Além disso, sugerem que essa diminuição do córtex pré-frontal seja um consistente achado no estudo topográfico do cérebro de pacientes bipolares, apesar de serem descritos também alargamento de ventrículos, alterações no volume de hipocampo e amígdala e presença de hiperintensidades em substância branca subcortical (MACHADO-VIEIRA et al., 2005).

Estudos pós-mortem, por sua vez, observam importante redução de células da glia no córtex pré-frontal e sistema límbico e de células neuronais no córtex pré-frontal e hipocampo de indivíduos com TAB (RAJKOWSKA, 2002).

Estudos farmacológicos, ainda, demonstram que o lítio aumenta a sobrevivência celular por meio do aumento da expressão de proteínas envolvidas com neuroproteção e efeitos neurotróficos (KAPCZINSKI et al., 2004; NANAVATI et al., 2011). O uso regular de estabilizadores do humor, portanto, parece importante não apenas para a estabilidade do humor, mas também para a proteção do cérebro contra danos neurais promovidos por alterações neuroquímicas. A não adesão ao tratamento farmacológico, então, pode determinar danos celulares secundários e alterar o processo cognitivo assim como a fase aguda do TAB (MACHADO-VIEIRA et al., 2005).

### **1.1.3 Prejuízo Cognitivo no Transtorno Bipolar**

Até recentemente, acreditava-se que os portadores de TAB retomavam seu nível de funcionamento pré-mórbido durante os períodos interepisódicos. No entanto, os estudos demonstram que os prejuízos cognitivos persistem nos períodos de eutimia (SCHNEIDER et al., 2008; MALLOY-DINIZ et al., 2009; MARTÍNEZ-ARÁN et al., 2011) o que interfere negativamente nas atividades laborais e, pelo menos em parte, na vida psicossocial destes indivíduos (DIAS et al., 2008). Também podem apresentar déficits cognitivos bipolares com e sem história de sintomas psicóticos, portadores de transtorno esquizoafetivo, pacientes bipolares que tentaram suicídio, bipolares com comorbidades e população pediátrica de transtorno bipolar (MARTÍNEZ-ARÁN et al., 2011).

Nesses casos, os domínios mais afetados são memória verbal, atenção e funções executivas. Os prejuízos nessas áreas e as dificuldades para a remissão funcional, possivelmente, associam-se com a progressão da doença. Além das próprias limitações impostas pelos episódios de humor, outros aspectos do TAB, provavelmente, relacionam-se ao prejuízo cognitivo, como duração da doença, número de episódios e tentativas de suicídio (MALLOY-DINIZ et al., 2009).

Em estudo feito com amostra de pacientes brasileiros bipolares eutímicos e deprimidos, Schneider e colaboradores (2008) observaram que ambos os grupos de pacientes bipolares apresentaram desempenho significativamente inferior em relação aos controles. Demonstraram também prejuízo global do funcionamento cognitivo independente da presença de sintomas, sugerindo cronicidade dos déficits cognitivos.

Assim como no estudo de Schneider et al. (2008), o estudo realizado por Malloy-Diniz, Neves e Corrêa (2009) demonstrou prejuízos neuropsicológicos independentes do quadro atual de humor. Também as evidências clínicas apontadas pelos estudos feitos por Martínez-Arán e colaboradores (2004) indicam persistência das dificuldades cognitivas, mesmo em períodos de remissão da doença.

Há, enfim, forte relação entre disfunção cognitiva e baixo funcionamento no transtorno bipolar, assim como na esquizofrenia (MARTÍNEZ-ARÁN et al., 2011). De maneira geral, entre 40% e 60% dos indivíduos bipolares apresentam déficits cognitivos nas fases iniciais da doença e os prejuízos são mais acentuados em pacientes com maior número de recaídas (MARTÍNEZ-ARÁN et al., 2011).

#### **1.1.4 TAB e Risco de Suicídio**

O TAB é altamente relacionado a comportamento suicida, fenômeno que envolve fatores ambientais, biológicos, desenvolvimentais e de aprendizagem. Sua herdabilidade está bem estabelecida, assim como o maior determinismo genético relacionado a tentativas de suicídio violentas. Há possibilidade, portanto, de que tentativas de suicídio violentas e não violentas sejam o reflexo de grupos fenotípicos diferentes (NEVES et al., 2009).

Se confrontadas com diferentes tentativas de suicídio encontradas em outras populações, no TAB essas tentativas não se correlacionam de forma relevante a características sócio-demográficas (NEVES et al., 2009). Já os polimorfismos do receptor de serotonina (5-HTTLPR) são fortemente associados a comportamento suicida violento em pacientes bipolares (NEVES et al., 2010).

O comportamento suicida, inclusive, relaciona-se intimamente à impulsividade e à disfunção serotoninérgica. Segundo Malloy-Diniz et al. (2011), bipolares foram mais impulsivos em todas as dimensões de impulsividade testadas em estudo comparativo entre bipolares eutímicos (agrupados pelos subtipos de história de tentativas de suicídio) e controles saudáveis. No estudo, verificou-se também que pacientes com história de tentativa de suicídio apresentaram maior impulsividade cognitiva que os bipolares sem história de tentativas e que os controles.

Além disso, Neves et al. (2009) investigaram a hipótese da polaridade do primeiro episódio de humor em pacientes com TAB ser marcador de comportamento suicida, em particular do subtipo violento. Verificaram que bipolares com primeiro episódio depressivo tiveram mais história de tentativas de suicídio ao longo da vida do que aqueles com primeiro episódio maníaco/hipomaníaco, apesar desses últimos apresentarem mais tentativas de suicídio violentas ao longo da vida. O diagnóstico de transtorno bipolar do tipo II e a história de sintomas psicóticos foram associados a múltiplas tentativas de suicídio.

Ainda em 2009, Malloy-Diniz, Neves e Corrêa investigaram a relação entre tentativas de suicídio e o desempenho em diferentes medidas neuropsicológicas em bipolares tipo I e verificaram impulsividade relacionada ao processo de tomada de decisões (medida pela versão brasileira do Iowa Gambling Test) nos pacientes com histórico de tentativas em relação àqueles sem tentativas.

### **1.1.5 Internações Psiquiátricas**

A hospitalização é um indicador de gravidade da doença, visto que pacientes que necessitam de tratamento em regime hospitalar apresentam quadros de gravidade moderada a alta (GOODWIN; JAMISON, 2007). No transtorno bipolar, a internação é indicada, muitas vezes, em função dos riscos que o paciente pode oferecer a terceiros ou à sua própria integridade física. Além disso, pode ser uma medida necessária para suprir o suporte social que, ocasionalmente, o paciente não dispõe em casa para monitorar os sintomas da doença e as questões relacionadas ao tratamento, como adesão.

Episódios mistos são especialmente preocupantes, já que os sintomas depressivos são peculiarmente desconfortáveis e aparecem associados à agitação e à desinibição do comportamento, favorecendo episódios de auto e heteroagressividade.

Segundo estudo realizado por Tucci et al. (2001), os pacientes bipolares foram os que mais sofreram internação ao longo da vida, entre pacientes com TAB, depressão maior,

distímia e depressão dupla. Sugeriu-se que ambientes familiares ricos em sentimentos negativos e altas emoções expressas são fatores desencadeadores de novos episódios. O termo “emoção expressa”, desenvolvido na década de 70, designa um índice que avalia o número de comentários críticos, a presença de hostilidade e o nível de superenvolvimento do familiar com o paciente, o que pode favorecer as recaídas (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

De acordo com Ribeiro et al. (2005) a relação é estreita entre o consumo de álcool e drogas, o aumento da intensidade dos sintomas de humor, o insucesso da resposta às abordagens terapêuticas e, conseqüentemente, o número e duração das internações psiquiátricas.

### **1.1.6 Carga e custos relacionados ao TAB**

O TAB afeta consideravelmente algumas esferas da vida do indivíduo, dentre as quais a atividade laboral, uma vez que a doença emerge no início da vida produtiva, acarretando prejuízos relacionados à produtividade e à carga pessoal, reduzindo, ainda mais, a qualidade de vida. Os episódios depressivos, em geral mais frequentes, são responsáveis pela maior parte da carga (COSTA, 2008).

Sabe-se que a comorbidade do TAB com outros transtornos psiquiátricos é responsável em grande parte pelo aumento da carga e dos custos relacionados à doença (COSTA, 2008). Comorbidades físicas também são prevalentes na população bipolar, como migrânea, hipotireoidismo, hipertireoidismo, diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial e outros fatores de risco cardíacos e provocam maior utilização dos recursos de saúde (COSTA, 2008; CONNOLLY; THASE, 2011), aumentando os custos sociais do TAB.

Além da carga associada ao manejo da doença pelo próprio paciente, a carga do cuidador (o que inclui estressores associados a fatores emocionais, sociais e financeiros) tem sido também um dos focos do tratamento do TAB (VIETA et al., 2011), visto que o desgaste no cuidado do paciente não está associado apenas às fases agudas da doença (VAN DER VOORT, 2011). Bipolares apresentam, portanto, maior disfunção social e econômica, além de possuírem menos recursos financeiros em comparação a pacientes deprimidos. Apresentam, também, maiores índices de desemprego e maiores limitações nas esferas social, cognitiva e de produtividade no trabalho (SHIPPEE et al., 2011).

### 1.1.7 Tratamento

O tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar é essencialmente farmacológico e abrange a fase aguda (que objetiva tratar os sintomas de humor sem desencadear sintomas do polo oposto), a fase de continuação (que visa a estabilizar os benefícios conquistados, reduzir os efeitos colaterais dos psicofármacos, alcançar a remissão, reduzir a possibilidade de recaída e melhorar o funcionamento global) e a fase de manutenção (direcionada a prevenir os episódios de humor e maximizar a recuperação funcional) (SOUZA, 2005). A recaída de um episódio de humor pode ser definida como o surgimento de sintomas na fase de continuação, enquanto que o surgimento dos sintomas na fase de manutenção constitui-se em uma recorrência (SOUZA, 2005).

Enquanto as opções de tratamento da fase aguda da mania estão bem estabelecidas, pesquisas são necessárias no que se refere à depressão bipolar. O tratamento da mania aguda envolve a suspensão de medicações antidepressivas que estejam em uso pelo paciente e início de tratamento com agentes antimaniacos (lítio, valproato, carbamazepina, e antipsicóticos), caso o paciente ainda não os esteja usando.

Para o tratamento da depressão, por outro lado, apenas a combinação de olanzapina e fluoxetina e a quetiapina demonstraram eficácia. A lamotrigina, por sua vez, foi aprovada para o tratamento de manutenção para a prevenção de episódios depressivos (CONNOLLY; THASE, 2011). Em síntese, pode-se dizer que existem numerosos tratamentos eficazes para a mania e poucos para a fase depressiva e de manutenção do tratamento do transtorno afetivo bipolar.

Além disso, estudos destinados a avaliar a eficácia do tratamento na prevenção de recaídas são escassos. Mesmo recebendo os tratamentos preconizados pela literatura e em uso regular da medicação, a maioria dos pacientes apresenta alterações de humor durante a maior parte de suas vidas (JUDD et al., 2002; JUDD; AKISKAL, 2003), não alcançando remissão sustentada dos sintomas.

Alguns fatores associados a esse insucesso terapêutico abrangem o diagnóstico tardio, o tempo de doença, a comorbidade com dependência e abuso de substâncias e as interações medicamentosas. Os maiores desafios no tratamento do TAB, portanto, são alcançar a remissão dos episódios de humor e recuperar a função cognitiva.

### 1.1.8 Adesão ao tratamento

Um importante problema enfrentado no manejo clínico do transtorno bipolar é a não adesão ao tratamento proposto. Segundo Lingam e Scott (2002), cerca da metade dos pacientes interrompem o tratamento pelo menos uma vez, enquanto 30% fazem-no pelo menos duas vezes ao longo do tratamento. A não adesão pode trazer repercussões, como aumento das taxas de hospitalização e do número de episódios depressivos e de suicídios (GREENHOUSE et al., 2000). Segundo Santin e colaboradores (2005), alguns fatores auxiliam na compreensão do fenômeno da não adesão, como crenças e atitudes dos pacientes em relação ao tratamento, pouco conhecimento sobre o transtorno, uso de substâncias, características sócio-demográficas e de personalidade, história familiar de doenças mentais, suporte familiar e efeitos adversos das medicações.

A não adesão ao tratamento, também, pode dever-se a fatores como negação da doença, receio dos efeitos colaterais dos medicamentos e oposição ao tratamento profilático de longo prazo (SCOTT; POPE, 2002). Segundo Sajatovic et al. (2009), esquecer de tomar as medicações é o principal fator de não aderência, seguido pelo mal-estar provocado pelos efeitos adversos dos psicofármacos. Outras razões incluem o temor de usar medicações por toda a vida e o anseio por experimentar os sintomas maníacos.

A dificuldade para a adesão, inclusive, pode ocorrer mais frequentemente naqueles que não atingem a remissão completa dos sintomas, ou seja, em pacientes com elevação do humor, que tendem a não reconhecer esta condição como mórbida, seja porque se sentem encorajados a suspender a medicação, seja por temerem perder a sensação de bem estar provocada pelos sintomas. A não adesão pode ocorrer ainda entre os pacientes com humor deprimido, que tendem a desacreditar no tratamento proposto, em decorrência dos próprios sintomas inerentes ao episódio depressivo.

Além disso, existem indícios de que diversos fatores psicológicos e ambientais podem influenciar negativamente o curso da doença, assim como podem determinar o sucesso do tratamento e da prevenção de recaídas em pacientes bipolares. São exemplos disso a concepção que o paciente tem sobre o transtorno (KLEINDIENST; GRAIL, 2004) e sobre a medicação em uso (KESSING et al., 2005). Cabe salientar, ademais, que a relação do paciente com o psiquiatra (KLEINDIENST; GRAIL, 2004) e a forma como a família lida com temas relacionados à doença constituem fatores comprometedores para o sucesso do tratamento (COVILLE et al., 2008).

Há evidências, por fim, de que o curso do TAB pode ser modificado por intervenções psicossociais, que capacitam o indivíduo a lidar com sua doença e trazem benefícios como adesão ao tratamento, redução do número e duração dos episódios de humor e melhora do prognóstico de uma forma geral (KNAPP; ISOLAN, 2005).

## **1.2 O uso da Psicoeducação no Transtorno Afetivo Bipolar**

A psicoeducação é uma modalidade de tratamento complementar promissora, voltada para o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e para a prevenção de recaídas (COLOM; VIETA, 2004). Consiste em fornecer ao paciente e/ou familiares orientações acerca de uma determinada condição com o objetivo de melhorar seu prognóstico (NEWMAN et al., 2006; CABALLO et al., 2002; COLOM; VIETA, 2004). Seu uso como profilaxia adjuvante no TAB é defendido por prestigiadas diretrizes de tratamento, cujo benefício tem sido atestado através da redução do número de hospitalizações e recorrências (COLOM; VIETA, 2004).

Assim, a psicoeducação confirma-se como uma possibilidade terapêutica para aumento da adesão ao tratamento e melhoria do prognóstico não apenas em doenças psiquiátricas, mas em outras doenças crônicas. Estudos sobre intervenções psicossociais envolvendo técnicas psicoeducativas mostram evidências de melhora na qualidade vida, prevenção de recorrências e aumento da adesão ao tratamento farmacológico em pacientes portadores de doenças cardíacas (LINDEN, 2000) e dor cardíaca crônica (MCGILLION et al., 2008), fibromialgia (DEGOTARDI et al., 2006), artrite reumatoide (NICHOL et al., 2005), asma (DURNA; OZCAN, 2003; NG et al., 2008) e em tratamento contra o câncer (JARDEN et al., 2009). A psicoeducação reduz, ainda, a ocorrência de transtornos alimentares em população diabética (OLMSTED et al., 2002), assim como promove melhor controle glicêmico em portadores de diabetes tipo II (SONG et al., 2007).

Na psicoeducação do transtorno bipolar, o terapeuta dirige sessões nas quais são discutidos tópicos gerais sobre o transtorno, abrangendo, desde a etiologia, às formas de tratamento e prevenção. Além disso, é comum o treinamento em técnicas que facilitam a identificação de sintomas desencadeadores de episódios maníacos e depressivos, técnicas de solução de problemas, adoção de rotinas saudáveis e de estratégias para a prevenção de recaídas (COLOM; VIETA, 2004; MIKLOWITZ et al., 2003).

Tendo em vista questionamentos e mitos que os pacientes apresentam sobre o tratamento farmacológico com o lítio, Peet e Harvey reportaram, em 1991, os resultados de

um estudo em que demonstraram que a informação sobre a medicação era importante na adesão do paciente a este tipo de tratamento. Mas com a disseminação das práticas psicoeducativas no tratamento do TAB, ao final da década de 90, começaram a surgir estudos mais sofisticados usando delineamentos randomizados que produziram as primeiras evidências fortes de eficácia da Psicoeducação (COLOM; VIETA, 2004).

Esses estudos passaram, inclusive, a ir além da questão da aderência ao tratamento farmacológico. Dando início aos estudos controlados randomizados, Perry et al., (1999) reportaram resultados mostrando o efeito da Psicoeducação sobre as taxas de recorrência de episódios maníacos. Nos anos seguintes, com a proliferação de publicações utilizando esses métodos randomizados, os estudos passaram a investigar temas mais específicos, como qual seria o melhor momento para iniciar a psicoeducação ou ainda sobre o efeito desse tipo de terapia complementar sobre as comorbidades.

Na atualidade, existem diversas modalidades de psicoeducação, que podem ser direcionadas a pacientes isolados ou em grupos (de pacientes, familiares, casais, pais e mistos). A quantidade de sessões e o conteúdo também variam amplamente de acordo com o tipo de participante. De acordo com Colom e Vieta (2004) os temas que são discutidos com mais frequência são: características gerais do transtorno, diferentes modalidades de tratamento, identificação de sintomas e sinais de alerta, além de questões específicas relacionadas ao transtorno, como tratamento durante a gravidez, abuso de substâncias, estigma social, dentre outros.

### **1.2.1 A eficácia da Psicoeducação**

Todos os estudos com delineamento controlado e randomizado apontam algum benefício da psicoeducação e os indicadores de eficácia mais frequentemente usados nesses estudos são: os episódios de humor (seu número, intervalo e duração), o número e duração das internações psiquiátricas, o número de tentativas de suicídio, a adesão ao tratamento farmacológico e a qualidade de vida.

Em 2003, Scott observou que a psicoeducação em grupo, que incluía identificação de sintomas prodrômicos e incentivo à adesão ao tratamento e a um estilo de vida regular, em comparação com sessões de grupo não estruturadas, reduziu a recorrência e a duração das hospitalizações e foi associada a um número significativamente menor de recorrência dos episódios de humor.

Também em 2003, em um estudo longitudinal feito em Barcelona, com acompanhamento de dois anos após a psicoeducação, Colom e colaboradores demonstraram que, do grupo de bipolares dos subtipos I e II que receberam psicoeducação associada à medicação, 67 % tiveram um novo episódio de mania ou depressão ao passo que, dos que receberam apenas medicação, 90% apresentaram novo episódio ao longo desse período. Em outro estudo, no mesmo ano, Colom et al. verificaram que o número de recorrências totais e o número de episódios depressivos foram significativamente menores nos pacientes psicoeducados durante os 2 anos de seguimento.

Em outra publicação, o mesmo grupo de autores relatou que os efeitos benéficos da psicoeducação tendem a permanecer por longos períodos (COLOM et al., 2009). Após 5 anos de acompanhamento dos pacientes que fizeram parte do estudo publicado em 2003, aqueles que foram submetidos à psicoeducação apresentaram um número menor de recorrências de episódios, passaram menos tempo sintomáticos e apresentaram menor número de hospitalizações em comparação ao grupo controle. No mesmo ano, demonstraram também que a psicoeducação mostrou-se eficaz na melhoria dos aspectos clínicos globais do TAB não apenas para bipolares tipo I, mas também do tipo II.

De forma semelhante, Sajatovic e colaboradores (2009), pesquisando em amostra também constituída por bipolares I e II, evidenciaram que, comparados a pacientes que não compareceram às sessões de psicoeducação em grupo, os que tiveram participação parcial ou total apresentaram melhora nas atitudes em relação ao uso da medicação em três e seis meses de *follow-up*, mas não houve diferença entre os grupos em 12 meses de *follow-up*.

Ainda em 2009, Bauer e colaboradores (2009) pesquisaram pacientes bipolares dos tipos I e II que passaram por pelo menos 3 hospitalizações nos 5 anos precedentes ao estudo. Observaram que os indivíduos alocados no grupo de assistência colaborativa, que incluía psicoeducação, alcançaram taxas significativamente maiores de tratamento do que os que receberam apenas cuidados habituais durante o período de *follow-up* completo. Em 2006, observaram que, nos 3 anos de acompanhamento, a intervenção reduziu significativamente as semanas de episódio afetivo, principalmente mania, demonstrando melhorias na função social, qualidade de vida e satisfação com o tratamento.

### **1.2.2 Preditores de resposta ao Tratamento Psicoeducativo**

Reinares e colaboradores (2010) avaliaram se o estágio da doença relaciona-se à resposta ao tratamento psicoeducativo aplicado aos cuidadores e observaram, em amostra

constituída por pacientes bipolares ambulatoriais medicados eutímicos que viviam com seus cuidadores, que nenhum benefício significativo da psicoeducação direcionada ao cuidador foi encontrado para pacientes em estágios avançados da doença.

Em relação às variáveis sociodemográficas e conhecimento da doença, Even et al. (2007) observaram que idade mais jovem, maior nível de escolaridade, menor duração da doença e melhor conhecimento inicial sobre o lítio foram preditores de participação em programa psicoeducativo para transtorno afetivo bipolar. Segundo os autores, pacientes mais velhos, menos escolarizados, com menor conhecimento sobre o tratamento e mais de um local de referência de tratamento foram menos propensos a participar da psicoeducação.

### **1.2.3 Psicoeducação e outras Intervenções Psicossociais**

Além da psicoeducação, psicoterapias mais intensivas, como terapia cognitivo-comportamental, terapia focada na família e terapia de ritmo social e interpessoal mostram-se eficazes para a melhora dos sintomas e do funcionamento social, devendo ser consideradas quando há viabilidade (CONNOLLY; THASE, 2011).

As intervenções psicossociais mais utilizadas para pacientes com TAB são: psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal e de ritmo social, terapia familiar e conjugal e terapia psicodinâmica, sendo a terapia cognitivo-comportamental e a psicoeducação as abordagens mais pesquisadas.

Nos dois artigos mencionados a seguir, os autores compararam a psicoeducação com outro tipo de intervenção psicológica. Madigan e colaboradores (2011) observaram, em estudo comparativo entre a terapia de solução e a psicoeducação (ambas em grupo) que os cuidadores, envolvidos em quaisquer das intervenções, demonstraram maior conhecimento sobre a doença e redução da carga. Além disso, constatou-se considerável melhora na qualidade de vida para os pacientes bipolares cujos cuidadores frequentaram alguma das intervenções referidas, em relação àqueles que acompanharam o tratamento usual sem intervenção psicossocial associada. Zaretsky et al.(2008) compararam pacientes bipolares tipos I e II que receberam 7 sessões de psicoeducação individual com bipolares que receberam, além das 7 sessões de psicoeducação, mais 13 de terapia cognitivo-comportamental (TCC). Observaram que os últimos obtiveram uma redução de 50% dos dias de humor deprimido ao longo de um ano. Em relação àqueles, houve maior prescrição de antidepressivos. Não houve, no entanto, diferenças entre os grupos nas taxas de

hospitalização, adesão à medicação, funcionamento psicossocial ou uso de serviços de saúde mental.

#### **1.2.4 Psicoeducação para Cuidadores ou familiares de pacientes com TAB**

Miklowitz et al. trazem, em seus estudos, uma série de achados interessantes sobre a eficácia da psicoeducação, na qual há inclusão da família nas sessões. Em 2003, demonstraram que a combinação de psicoeducação familiar com a farmacoterapia melhora a adesão ao tratamento farmacológico, em estudo que comparou terapia focada na família (21 sessões de psicoeducação, treinamento de habilidades, treinamento de comunicação e resolução de problemas) associada à farmacoterapia com uma intervenção menos intensiva de manejo de crise (que consistia em 2 sessões de educação familiar além de sessões de intervenção em crise, conforme necessário), também associada à farmacoterapia. Os pacientes foram avaliados a cada 3 a 5 meses durante 2 anos. Observaram não só melhora da adesão ao tratamento farmacológico como redução dos sintomas de humor no grupo de terapia focada na família.

Em 2004, os mesmos pesquisadores avaliaram terapia focada na família para adolescentes bipolares dos tipos I, II ou não especificado com algum episódio de humor nos últimos 3 meses. O grupo experimental recebeu psicoeducação e treinamento de resolução de problemas, com melhora dos sintomas de humor e problemas de comportamento que se mantiveram por mais de 1 ano. Em 2008, demonstraram, no mesmo grupo de pacientes, aleatoriamente designados para tratamento focado na família ou cuidados habituais (ambos associados a farmacoterapia), que os pacientes psicoeducados recuperaram-se de seus sintomas depressivos de base mais rapidamente e passaram menos semanas em depressão, com trajetória mais favorável de sintomas por 2 anos.

Em 2009, ainda, Miklowitz e colaboradores avaliaram os níveis de emoção expressa (hostilidade crítica ou superenvolvimento emocional) dos pais de adolescentes bipolares dos tipos I, II ou não especificado através de entrevistas estruturadas. Com a terapia focada na família, tanto os pais quanto os adolescentes bipolares foram submetidos a 21 sessões de psicoeducação em 9 meses, além de treinamento de habilidades, comunicação e solução de problemas, enquanto os adolescentes e pais em cuidados especiais passaram por apenas três sessões de psicoeducação. Pais avaliados com alta emoção expressa obtiveram menor coesão e adaptabilidade do que os pais com baixa emoção expressa.

Estudos como o de Eisner e Johnson (2008) também trazem resultados interessantes sobre a psicoeducação para família e cuidadores, como a maior compreensão sobre o transtorno, apesar de permanecerem inalteradas as sensações de raiva, as atribuições de culpa e o número de críticas, o que demonstra dificuldade de mudança da emoção expressa.

Em 1995, ainda, Honig e colaboradores avaliaram um programa de psicoeducação multifamiliar em pacientes com transtorno bipolar e observaram que pacientes cujos parentes tinham baixos níveis de emoção expressa alcançaram número significativamente menor de recaídas e internações hospitalares comparados com aqueles cujos parentes tinham altos níveis de emoção expressa.

Os artigos, enfim, que avaliaram tratamentos psicoeducativos oferecidos a familiares, parceiros ou cuidadores de pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar, observaram benefícios para tempo de recorrência (REINARES et al., 2008, 2010), redução da sensação de sobrecarga do cuidador em relação aos cuidados com o paciente (MADIGAN et al., 2011), trajetória mais favorável de sintomas depressivos (MIKLOWITZ et al., 2008), redução da recorrência de sintomas de humor e intervalos mais longos livres de recidiva (MIKLOWITZ et al., 2003), para os portadores de TAB. Além disso, observou-se maior aderência ao tratamento (BAUER et al., 2009), bem como maiores intervalos entre os episódios (D'SOUZA et al., 2010).

### **1.2.5 Psicoeducação e custos com a doença**

Dos artigos sobre psicoeducação revisados, apenas dois avaliaram a relação entre utilização dos recursos de saúde mental e os custos do tratamento em pacientes psicoeducados. Scott et al., (2009), fazendo uma análise do impacto econômico do emprego da psicoeducação adotada no estudo de Barcelona, relata que essa modalidade terapêutica apresenta uma importante redução de custos globais de tratamento, na medida em que previne recorrências, internações e medidas de emergência onerosas. A utilização de serviços médicos de urgência e custo médio estimado de utilização de consultas de emergência foi significativamente menor em pacientes psicoeducados, bem como maior número de consultas planejadas e o comparecimento regular ao serviço psiquiátrico de referência.

No estudo feito por Bauer e cols. (1997), os gastos totais com saúde mental e os dias de internação psiquiátrica reduziram significativamente após um ano no programa psicoeducativo.

Dessa forma, a psicoeducação demonstra potencial para reduzir custos com a doença, uma vez que previne os episódios de humor, levando, assim, à redução de situações emergenciais.

## 2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O TAB está entre as dez doenças que mais levam a incapacidade laborativa, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005). Além do sofrimento do paciente, a doença representa um elevado custo social e econômico por estar associada à redução da capacidade cognitiva, faltas ao trabalho e gastos gerais, tais como medicamentos e internações hospitalares.

Até o momento, poucas intervenções mostraram-se eficazes no sentido de prevenir a recorrência dos episódios. Na medida em que o TAB acarreta prejuízos, nas várias esferas da vida do indivíduo acometido, os esforços para disponibilizar novos recursos de tratamento e prevenção justificam-se e fazem-se necessários, visto que a psicoeducação mostra-se eficaz, promove a facilitação do tratamento e a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares, além de possuir baixo custo para o paciente e para os serviços que a oferecem.

Do ponto de vista institucional, o presente estudo representa um avanço nas atividades já existentes no Ambulatório de Transtorno Afetivo Bipolar do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Implantado em 2006, o Ambulatório oferece à comunidade tratamento regular para Transtornos do Humor. Os pacientes do ambulatório têm a oportunidade de receber, além de atendimento psiquiátrico, exames que avaliam o impacto do Transtorno Afetivo Bipolar sobre esferas como cognição, personalidade e qualidade de vida, como as avaliações neuropsicológicas. Esses exames servem, tanto para a orientação dos pacientes e familiares, como também para a estruturação de rotinas de tratamentos (a exemplo, a psicoeducação). Tais rotinas vão além do manejo de sintomas de humor, minimizando o impacto do transtorno sobre diferentes aspectos da vida do paciente.

A psicoeducação, enfim, é uma intervenção psicossocial que visa a informar sobre a doença e oferecer aos portadores de transtorno afetivo bipolar mais uma possibilidade terapêutica, visto que, apesar da eficácia estabelecida da psicofarmacologia no TAB, há formas de tratamento auxiliares para maximização da eficácia clínica, principalmente nas fases de manutenção do tratamento.

### **3 OBJETIVOS E HIPÓTESES**

#### **3.1 Objetivo geral**

Investigar o efeito de um programa de psicoeducação para pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar em relação a variáveis clínicas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Investigar o impacto do programa de psicoeducação em relação à adesão ao tratamento farmacológico, ao número de episódios maníacos/hipomaníacos, ao número de episódios depressivos, às hospitalizações psiquiátricas e às tentativas de suicídio.

#### **3.3 Hipóteses**

A psicoeducação propiciará melhor adesão ao tratamento, menor número de episódios de humor, menos internações psiquiátricas e menos tentativas de suicídio aos seus participantes.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Considerações éticas do Estudo**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ETIC 0386.0.203.000-10, vide anexo 6). O consentimento de participação de cada um dos pacientes dos grupos experimental e controle ocorreu, após ampla explicação do estudo, por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (anexos 1 e 2), no qual foram explicitados os objetivos, as justificativas e os riscos do estudo. Todos os participantes foram informados sobre a natureza da pesquisa e foi garantida a liberdade para interromper sua participação, sem qualquer prejuízo para o acompanhamento no serviço.

Todas as informações e os dados coletados foram mantidos em sigilo e usados apenas para fins de pesquisa. Foram seguidos os preceitos da declaração de Helsinque, documento desenvolvido originalmente pela Associação Médica Mundial, em 1964 (e revisado seis vezes, sendo a última revisão em outubro de 2008), que engloba princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos.

### **4.2 Delineamento do Estudo**

Todos os pacientes em tratamento no Ambulatório de Transtorno Afetivo Bipolar do HC-UFMG que preenchiem os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Aceitaram 48 pacientes e os mesmos foram alocados em dois grupos, experimental ou controle (27 no grupo experimental e 21 no controle).

O grupo experimental recebeu o tratamento psicoeducativo e o tratamento convencional (farmacológico). O grupo controle recebeu apenas o tratamento convencional. Os pacientes foram acompanhados mensalmente durante cinco meses a fim de se avaliar não só as variáveis clínicas de adesão ao tratamento farmacológico, como também possíveis intercorrências do tratamento, ocorrência de internações psiquiátricas, número de tentativas de suicídio e episódios de humor.

As variáveis dependentes avaliadas foram as seguintes características clínicas do TAB: sintomas depressivos, sintomas de mania, número de episódios, número de tentativas de suicídio e adesão ao tratamento farmacológico. A variável independente foi o tratamento psicoeducativo.

### **4.3 Participantes**

Foram selecionados 48 pacientes com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, independentemente do subtipo, diagnosticados segundo critérios do DSM-IV (confirmação pelo *MINI-Plus*), em acompanhamento no Ambulatório Especializado em Transtorno Afetivo Bipolar do HC-UFMG. Todos os pacientes foram submetidos a uma detalhada anamnese por meio da qual foram coletadas as seguintes informações: dados pessoais (sexo, idade, estado civil, número de filhos, situação profissional), história de hospitalizações, presença de sintomas psicóticos, uso de álcool, tabaco e outras drogas, entre dezenas de outros parâmetros.

Pacientes que foram convidados e não aceitaram participar da psicoeducação foram excluídos do estudo. Pacientes do grupo controle foram convidados a participar da pesquisa, mas informados de que não frequentariam os encontros de psicoeducação durante o período do estudo. Foi combinado também com todos os participantes, de ambos os grupos, que não seria realizado qualquer tratamento psicoterápico durante o período da psicoeducação e todo o acompanhamento.

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão foram os mesmos para os grupos experimental e controle, assim estabelecidos: 1) ter diagnóstico de transtorno afetivo bipolar dos tipos I, II ou não especificado; 2) ser maior de 18 anos; 3) possuir quociente de inteligência maior ou igual ao percentil 5; e 4) apresentar-se clinicamente eutímico no início da intervenção.

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão**

Os critérios de exclusão também foram os mesmos para o grupo de psicoeducação e o grupo controle, assim determinados: 1) ter sido submetido à psicoeducação previamente; 2) não aceitar participar do estudo; 3) estar em tratamento psicoterápico concomitantemente à psicoeducação ou durante o período de seguimento; 4) apresentar alto risco suicida ou homicida atual; e 5) apresentar deficiência auditiva.

Pacientes que apresentaram quadro de humor agudo durante as seis semanas do tratamento também foram excluídos.

#### **4.4 Avaliação Psiquiátrica**

Todos os participantes foram avaliados e acompanhados pelos psiquiatras e residentes do ambulatório de transtorno bipolar do HC-UFMG (supervisionados pelos professores Fernando Neves, Humberto Corrêa, Leandro Malloy-Diniz e Tatiana Mourão). A avaliação foi feita por meio de anamnese psiquiátrica e exames clínicos e laboratoriais necessários, como dosagem sérica dos estabilizadores de humor.

Na fase inicial, todos os participantes foram submetidos a entrevista diagnóstica estruturada (*MINI-Plus*), a fim de confirmar o diagnóstico de TAB e identificar comorbidades psiquiátricas. Os pacientes foram avaliados mensalmente pelo examinador principal do estudo, através de exame psiquiátrico, informações colhidas com os próprios pacientes e seus familiares e revisão dos prontuários. O objetivo dessa avaliação foi investigar o uso correto das medicações, o engajamento com o tratamento, o número de internações hospitalares durante o período da pesquisa, bem como o número de tentativas de suicídio. Além disso, durante as consultas mensais, foi realizada a aplicação das escalas de depressão (HAM-D) e mania (YMRS) a fim de caracterizar a ocorrência dos episódios de humor. As escalas de avaliação do humor HAM-D e YMRS encontram-se nos anexos 3 e 4, respectivamente.

##### **4.4.1 Instrumentos de Avaliação Psiquiátrica**

###### **4.4.1.1 Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI-Plus)**

O *MINI-Plus* é uma entrevista diagnóstica estruturada destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria (AMORIM, 2000). Auxilia no diagnóstico de transtornos mentais conforme os critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (Organização Mundial de Saúde, OMS, 1992) e do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - DSM-IV* (Associação Psiquiátrica Americana, 1994).

Tal entrevista possui tempo de aplicação menor (média de  $18,7 \pm 11,6$  minutos; mediana = 15 minutos), em relação a outras entrevistas diagnósticas, como a *Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders* (SCID) e o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), apesar dos estudos de confiabilidade e validade demonstrarem índices comparáveis aos desses instrumentos (AMORIM, 2000). Sua sensibilidade é  $> 0,64$  (exceto para o transtorno depressivo maior atual) e sua especificidade  $> 0,71$  (AMORIM, 2000).

A versão *plus*, utilizada no presente estudo, e validada para uso no Brasil por Amorim (2000), investiga sintomas imputáveis a causas orgânicas ou ao uso de medicamentos, drogas e álcool, oferecendo maiores detalhes do que o MINI (AMORIM, 2000).

#### **4.4.1.2 Escala de depressão de Hamilton (HAM-D)**

As escalas de avaliação de depressão, de forma geral, objetivam descrever as amostras de pacientes, indicando os sintomas do quadro clínico, e avaliar as mudanças ao longo do curso do tratamento (MORENO; MORENO, 1998). A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton é a mais amplamente usada e tornou-se o "padrão ouro" para avaliação da gravidade, de modo que as escalas desenvolvidas posteriormente são a ela comparadas quanto à confiabilidade e à validade. Dentre outras categorias de sintomatologia depressiva, a escala avalia aspectos cognitivos e sintomas somáticos (CALIL; PIRES 1998).

A escala original (HAMILTON, 1960) constituía-se por 21 itens, mas, devido à menor frequência dos itens relativos à variação diurna, sintomas de desrealização e despersonalização, sintomas paranoides e sintomas obsessivo-compulsivos, a escala foi simplificada para 17 itens em 1967.

Essa versão simplificada foi a utilizada mensalmente neste estudo, no qual adotamos como ponto de corte para eutímia valores inferiores a 7. A Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton não fornece pontos de corte para o escore total (máximo = 50 para 17 itens), mas há consenso de que escores maiores do que 25 identificam depressão grave, escores de 18 a 24, depressão moderada, de 7 a 17, depressão leve e valores menores que 7, remissão do quadro depressivo ou ausência de depressão (CALIL; PIRES, 1998).

#### **4.4.1.3 Escala de Mania de Young (*Young Mania Rating Scale* - YMRS)**

A Escala de Mania de Young, elaborada originalmente em 1978 (Young, 1978), permanece como importante instrumento de pesquisa para pacientes que apresentam mania, possuindo alta validade e confiabilidade. Foi validada em 1998 para uso na população brasileira por Vilela e Loureiro.

A referida escala é constituída por 11 questões, que avaliam sintomas característicos de episódios maníacos, segundo o DSM-IV-TR. Ela aborda sintomas de elevação de humor, aumento de energia, atividade motora, interesse sexual, diminuição do sono, irritabilidade,

velocidade, quantidade de fala, assim como, distúrbios do pensamento, de linguagem, do comportamento disruptivo agressivo, da aparência e do *insight* sobre a doença.

No presente estudo, a escala foi aplicada, antes do início da psicoeducação, e, mensalmente, durante os cinco meses de seguimento. A eutímia, por sua vez, foi definida por valores inferiores a 6.

#### **4.5 Intervenção com o Tratamento Psicoeducativo**

Foi adotada uma adaptação do programa psicoeducativo de Barcelona (COLOM; VIETA, 2006), direcionado a pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar em fase eutímica. A escolha do programa de Barcelona deu-se pela quantidade de evidências sobre sua eficácia (VIETA et al., 2005) e sobre a manutenção dos benefícios alcançados pelos pacientes mesmo anos após o término do tratamento (COLOM et al., 2009).

Como base, foi utilizado o *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder* (COLOM; VIETA, 2006), conceituado livro sobre psicoeducação para pacientes com transtorno afetivo bipolar. O livro propõe 21 sessões psicoeducativas, com encontros semanais, de duração de 90 minutos e conduzidos por um terapeuta e dois co-terapeutas.

Tendo em vista as limitações financeiras dos nossos pacientes e a adequação à realidade brasileira, o programa sistematizado, em nosso serviço, foi composto por 6 encontros (vide quadro 11), nos quais foram abordados temas e técnicas específicas. Os encontros foram semanais, em grupo de 8 a 12 sujeitos, e com duração aproximada de 90 minutos. O programa foi conduzido por mim, Sílvia Mendonça da Matta (psiquiatra) e coordenado pelos doutores Fernando Silva Neves (psiquiatra) e Leandro Fernandes Malloy-Diniz (psicólogo), professores da Universidade Federal de Minas Gerais.

O formato das sessões configurou-se, inicialmente, com cerca de 10 minutos de acolhimento (em que foram discutidos temas livres, nem sempre relacionados ao transtorno bipolar), oferecendo um ambiente agradável. Os 40 minutos seguintes destinaram-se à exposição dos temas propostos para o dia, em esquemas de aulas interativas utilizando o programa *Power Point*. Na sequência, 20 minutos foram reservados para discussão e treinamento sobre as informações oferecidas e os 20 minutos restantes, para revisão do que foi discutido e exposto, bem como para dúvidas e esclarecimentos. Abaixo, a descrição dos temas abordados em cada sessão.

Quadro 11 - Descrição dos encontros do programa de psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento Ambulatório de Transtorno Bipolar do Hospital das Clínicas da UFMG (Adaptado do programa de Barcelona)

PRIMEIRO ENCONTRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introdução: a equipe terapêutica explica aos participantes todas as normas, condições de funcionamento, estrutura do programa e suas finalidades.</li> <li>- O que é o Transtorno Bipolar? Explicação aos participantes sobre natureza, características clínicas, evolução e formas de tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar.</li> <li>- Explicação sobre fatores causais da doença bem como sobre os fatores desencadeadores dos episódios de mania (hipomania) e depressão.</li> <li>- Discussão sobre a importância de se conhecer os fatores desencadeadores de crises. Treinamento na identificação desses fatores em cada participante.</li> </ul>
SEGUNDO ENCONTRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas (I): discussão sobre os sintomas de mania e hipomania.</li> <li>- Sintomas (II): discussão sobre os sintomas de depressão e sobre episódios mistos.</li> <li>- Discussão sobre o curso da doença no ciclo vital, implicações dos episódios para a saúde biopsicossocial (ex.: cognição, relações sociais, trabalho, entre outros).</li> </ul>
TERCEIRO ENCONTRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento: discussão sobre ação, efeitos (inclusive colaterais) e indicações dos estabilizadores de humor e medicações antimaníacas e antidepressivas</li> <li>- Tratamento farmacológico x outras formas de tratamento. Discussão sobre a importância da farmacoterapia como tratamento de primeira escolha, formas coadjuvantes de tratamento e risco da adoção de tratamentos para os quais não há evidências de eficácia.</li> <li>- Discussão acerca dos riscos associados à interrupção do tratamento.</li> </ul>
QUARTO ENCONTRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre gravidez em mulheres acometidas pelo Transtorno Afetivo Bipolar, incluindo cuidados com a medicação durante o período, formas de tratamento e manejo do estresse.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhamento genético para pacientes acometidos pelo Transtorno Afetivo Bipolar que desejam constituir família.</li> <li>- O impacto deletério do uso do álcool e outras drogas sobre o curso do transtorno afetivo bipolar. Discussão sobre riscos e incidência de dependência química na população de pacientes com TAB.</li> </ul>
QUINTO ENCONTRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão e treinamento sobre detecção precoce de sintomas maníacos e hipomaníacos.</li> <li>- Discussão e treinamento sobre detecção precoce de sintomas depressivos e episódios mistos.</li> <li>- O que fazer quando um novo episódio é detectado?</li> <li>- Discussão sobre as formas de manejo após a identificação de um novo episódio.</li> </ul>
SEXTO ENCONTRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre a adoção de um estilo de vida regular (ex.: hábitos regulares de sono, alimentação, lazer).</li> <li>- Discussão e treinamento em técnicas de manejo do estresse.</li> <li>- Discussão e treinamento em técnicas de solução de problemas.</li> <li>- Encerramento do programa.</li> <li>- Avaliação e discussão geral sobre a psicoeducação.</li> </ul> <p>Estabelecimento de uma rede de contato entre a equipe e os pacientes para troca adicional de informações futuras.</p>

Conforme listado no quadro acima, o primeiro encontro foi uma introdução sobre o programa no qual a equipe terapêutica esclareceu aos participantes todas as normas, condições de funcionamento, estrutura do programa e suas finalidades. Foram explicadas, também, as características clínicas, evolução e formas de tratamento do transtorno afetivo bipolar, assim como sobre seus fatores causais e fatores desencadeadores dos episódios de mania/hipomania e depressão.

No segundo encontro, foram discutidos os sintomas de mania e hipomania, depressão e episódios mistos, além do curso da doença no ciclo vital e implicações da frequência dos episódios para a saúde biopsicossocial.

O terceiro encontro abordou o tratamento farmacológico e ação, efeitos terapêuticos e adversos e indicações dos estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos. Além disso, discutiu-se a importância da farmacoterapia como tratamento de primeira escolha,

formas coadjuvantes de tratamento e risco da adoção de tratamentos para os quais não há evidências de eficácia.

No quarto encontro, o tema foi gravidez em mulheres acometidas pelo transtorno afetivo bipolar, incluindo orientações sobre cuidados com a medicação durante o período, formas de tratamento e manejo do estresse, além de aconselhamento genético para pacientes com TAB. Foi abordado, também, sobre o impacto deletério do uso de álcool e outras drogas sobre o curso do transtorno afetivo bipolar, além dos riscos e incidência de dependência química nessa população.

No quinto encontro, promoveu-se um treinamento sobre detecção precoce de sintomas maníacos/hipomaníacos, depressivos e mistos, além de formas de manejo após a identificação de um novo episódio, ou seus pródromos.

No sexto e último encontro, por fim, discutiu-se a adoção de um estilo de vida regular e foi realizado um treinamento em técnicas de manejo de estresse e solução de problemas. No encerramento, fez-se uma avaliação breve do programa por parte dos pacientes e uma discussão geral sobre o tratamento psicoeducativo, além do estabelecimento de uma rede de contato entre a equipe e os pacientes para troca adicional de informações futuras.

#### **4.6 Seguimento**

Todos os participantes, tanto do grupo experimental quanto do grupo controle, receberam acompanhamento psiquiátrico convencional no Hospital das Clínicas da UFMG durante o período do estudo. Entenda-se por acompanhamento convencional o tratamento farmacológico e os retornos periódicos com o psiquiatra, conforme a necessidade individualizada para cada paciente. Os pacientes foram orientados a retornar ao serviço para consultas, mesmo sem agendamento prévio, caso observassem sintomas prodrômicos de qualquer episódio de humor ou necessitassem de avaliação antes da data marcada para o retorno.

Os pacientes foram avaliados mensalmente, a partir da conclusão do programa psicoeducativo, com aplicação das escalas de depressão (escala de depressão de Hamilton) e de mania (escala de mania de Young). Além disso, fizeram-se questionamentos aos próprios pacientes e a seus familiares e revisões dos prontuários, a fim de colher informações sobre adesão ao tratamento farmacológico e ocorrência de internações psiquiátricas e tentativas de suicídio ao longo do período de seguimento.

#### **4.7 Análises Estatísticas**

Realizou-se uma análise estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra em termos das variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, nível socioeconômico, escolaridade, estado civil, estado laboral), das variáveis clínicas (tipo de TAB, presença de co-morbidades, número de tentativas de suicídio, presença de sintomatologia psicótica ao longo da doença, histórico de hospitalizações) e das escalas de avaliação do humor (HAM-D e YMRS).

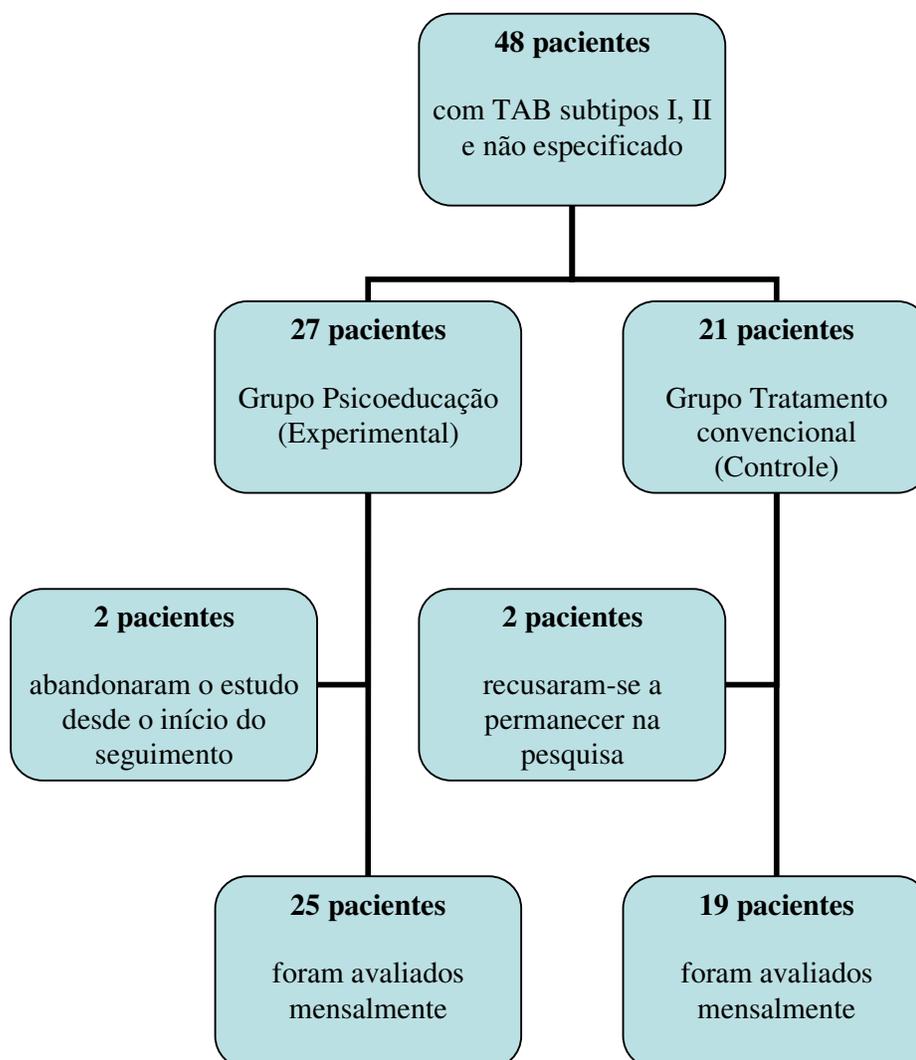
As variáveis contínuas foram apresentadas em relação a suas respectivas médias e desvios-padrão. As variáveis categoriais foram apresentadas em relação à sua frequência (contagem e porcentagem).

Realizaram-se comparações inter e intra-grupais. Para o grupo experimental, fizeram-se comparações relacionadas às medidas clínicas no pré-teste e no pós-teste. Utilizaram-se o teste do qui-quadrado nas comparações envolvendo variáveis categóricas e o teste de Mann-Whitney para a comparação entre os grupos.

## 5 RESULTADOS

Dos 48 pacientes envolvidos no estudo, 27 foram alocados no grupo experimental (psicoeducação) e 21 no grupo controle. Vale ressaltar que 2 pacientes do grupo experimental abandonaram o estudo logo após o término das sessões da psicoeducação. Portanto, 25 pacientes do grupo experimental foram acompanhados ao longo dos 5 meses de seguimento. Entre os 21 sujeitos alocados no grupo controle, 2 desistiram de se submeter às avaliações previstas para o período de acompanhamento (fluxograma 1).

Fluxograma 1 - Fluxo dos pacientes e abandono ao longo do estudo sobre psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento Ambulatório de Transtorno Bipolar do Hospital das Clínicas da UFMG.



### 5.1 Caracterização da amostra: aspectos clínicos e sócio-demográficos

A amostra total foi composta por 48 pacientes com idade média 40,33 (DP=13,65) anos. Houve predominância do sexo feminino (69,6%), do estado civil solteiro (34,8%) e 56,5% auto-denominaram-se como sendo da raça branca. Com relação à escolaridade, a média de anos de estudo no grupo experimental foi de 12 anos (DP= 4,2) e no grupo controle foi de 11 anos (DP= 3,7), observando-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p = 0,014$ ). A maior parte dos constituintes da amostra (30,4%) pertenceu ao nível sócio econômico B2, segundo o Critério Econômico Brasil (Anexo 5), seguido pelos níveis C2 (21,7%) e B1 (19,6%). A idade média dos pacientes do grupo experimental (43,65 anos, DP= 10,6) foi maior que a do grupo controle (35,8; DP=16,1), também com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p = 0,025$ ).

Tabela 1 - Caracterização da amostra do estudo sobre psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG em relação às variáveis sócio-demográficas.

Variáveis		Grupo	Grupo	Total
		Experimental	Controle	N (%)
		N (%)	N (%)	
<b>Gênero</b>	Feminino	20 (74,1)	12 (63,6)	32 (69,6)
	Masculino	7 (25,9)	7 (36,8)	14 (30,4)
<b>Idade</b>	Média	43,65	35,79	40,33
<b>Estado Civil</b>	Casado/União estável	8 (29,6)	9 (47,4)	17 (37)
	Solteiro	9 (33,3)	7 (36,8)	16 (34,8)
	Divorciado/separado	9 (33,3)	2 (10,6)	11 (23,9)
	Viúvo	1 (3,7)	1 (5,3)	2 (4,3)
<b>Raça</b>	Branco	15 (55,6)	11 (57,9)	26 (56,52)
	Pardo	8 (29,6)	4 (21,1)	12 (26,09)
	Negro	4 (14,8)	4 (21,0)	8 (17,39)

*(continua)*

Tabela 1 - Caracterização da amostra do estudo sobre psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG em relação às variáveis sócio-demográficas (*continuação*)

<b>Nível sócio econômico</b>	A2	2 (7,4)	0	2 (4,3)
	B1	7 (25,9)	2 (10,5)	9 (19,6)
	B2	9 (33,3)	5 (18,5)	14 (30,4)
	C1	4 (14,8)	2 (10,5)	6 (13,0)
	C2	3 (11,1)	7 (36,8)	10 (21,7)
	D	1 (3,7)	1 (5,2)	2 (4,3)
<b>Ocupação</b>	Trabalhando/estudando	15 (55,6)	6 (31,6)	21 (45,7)
	Desempregado	5 (18,5)	5 (26,3)	10 (21,7)
	Afastado	4 (14,8)	3 (15,8)	7 (15,2)
	Aposentado	2 (7,4)	4 (21,0)	6 (13,0)
	Do lar	1 (3,7)	1 (5,3)	2 (4,3)

Quanto ao subtipo do TAB (tabela 12), 84,78% dos pacientes preencheram critérios diagnósticos (DSM-IV) para TAB tipo I, 4,3% tipo TAB tipo II e 10,9 para TAB tipo não especificado.

Tabela 2 - Tipos de TAB entre os grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG.

	<b>Grupo</b>		<b>Total N (%)</b>
	<b>Experimental N (%)</b>	<b>Controle N (%)</b>	
<b>Tipo de TAB</b>			
I	25 (92,59)	14 (73,7)	39 (84,8)
II	1 (3,7)	1 (5,3)	2 (4,3)
Não especificado	1 (3,7)	4 (21,0)	5 (10,9)

No que se refere ao diagnóstico de comorbidades do eixo I do DSM –IV, avaliado pelo MINI-Plus, os mais frequentes foram transtorno de ansiedade generalizada, abuso e dependência de álcool, sintomas psicóticos e tentativas de suicídio ao longo da vida.

Na amostra total, 30,4% preencheram critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade generalizada, 8,7% para transtorno do pânico, 10,9% para agorafobia, 4,3% para fobia social, 8,7% para fobia específica, 10,9% para abuso de álcool, 10,9% para dependência de álcool, 2,2% para abuso de substâncias, 4,3% para dependência de substâncias, 51,6% para sintomas psicóticos, 13% para tentativas de suicídio na vida, 10,9% para transtorno de personalidade antissocial, 4,3% para transtorno de somatização, 8,7% para transtorno disfórico pré-menstrual, 2,2% para hipocondria e 2,2% também para transtorno do déficit de atenção e hiperatividade atual. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que diz respeito às comorbidades psiquiátricas entre os grupos.

Tabela 3 - Comorbidades do TAB com outros diagnósticos do Eixo I (MINI-Plus) entre os grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFG.

Comorbidades psiquiátricas	Grupo		Grupo		Total	
	Controle		Experimental			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tentativa de suicídio na vida	3	(15,8)	3	(11,1)	6	(13,0)
Transtorno de pânico	1	(5,3)	3	(11,1)	4	(8,7)
Agorafobia	1	(5,3)	4	(14,8)	5	(10,9)
Fobia social	0	(0)	2	(7,4)	2	(4,3)
Fobia específica	1	(5,3)	3	(11,1)	4	(8,7)
Transtorno de ansiedade generalizada	4	(21,5)	10	(37,0)	14	(30,4)
Transtorno obsessivo-compulsivo	0	(0)	2	(7,4)	2	(4,3)
Abuso de álcool	1	(5,3)	4	(14,8)	5	(10,9)
Dependência de álcool	0	(0)	5	(18,5)	5	(10,9)
Abuso de substâncias	0	(0)	1	(3,7)	1	(2,2)
Dependência de substâncias	0	(0)	2	(7,4)	2	(4,3)
Sintomas psicóticos	9	(33,3)	10	(37,0)	19	(51,6)

(continua)

	<i>(continuação)</i>			
Transtorno de personalidade antissocial	2 (10,5)	3 (11,1)	5 (10,9)	
Transtorno de somatização	1 (5,3)	1 (3,7)	2 (4,3)	
Hipocondria atual	0 (0)	1 (3,7)	1 (2,2)	
TDAH atual	0 (0)	1 (3,7)	1 (2,2)	
Transtorno disfórico pré-menstrual	2 (10,5)	2 (7,4)	4 (8,7)	

## 5.2 Frequência às sessões

Vinte e sete pacientes participaram de pelo menos 1 sessão de psicoeducação, constituindo o grupo experimental. Desse total, 4 pacientes (14,81%) compareceram a apenas 1 sessão de psicoeducação, de forma que 1 deles alegou desinteresse em participar do grupo, 1 informou que o transporte ao hospital para a participação no programa durante 6 semanas sequenciais ficaria oneroso e 2 referiram que não suportaram receber informações sobre a cronicidade da doença e necessidade de tratamento farmacológico de longo prazo, bem como sobre o caráter genético do transtorno.

Dois pacientes (7,4%) estiveram presentes a apenas 2 sessões, sendo que 1 deles afirmou desinteresse e o outro informou indisponibilidade de tempo.

Três pacientes (11,11%) tiveram frequência à metade do número de sessões e, desses, 1 informou indisponibilidade de tempo e 2 tiveram recaída dos sintomas de humor.

Cinco pacientes (18,53%) compareceram a 4 sessões de psicoeducação, de forma que 3 informaram outros compromissos no horário da psicoeducação e 2 referiram sintomas de humor como motivo para as duas faltas.

Sete pacientes (25,93%) frequentaram 5 sessões. Desse total, 6 informaram outro compromisso no horário da sessão e 1 alegou esquecimento do horário marcado para a sessão.

Seis pacientes (22,22%) completaram o programa, frequentando todas as seis sessões.

Em relação à assiduidade às sessões de psicoeducação, portanto, 66,7% compareceram a 4 sessões ou mais e 33,3% compareceram à metade ou menos das sessões previstas para o programa. Houve correlação estatisticamente significativa entre presença às sessões e idade ( $p=0,031$ ) e entre presença às sessões e anos de estudo ( $p = 0,008$ ).

O gráfico 1 ilustra a frequência de faltas dos pacientes às sessões de psicoeducação e os principais motivos de abandono do programa de psicoeducação por eles relatados.

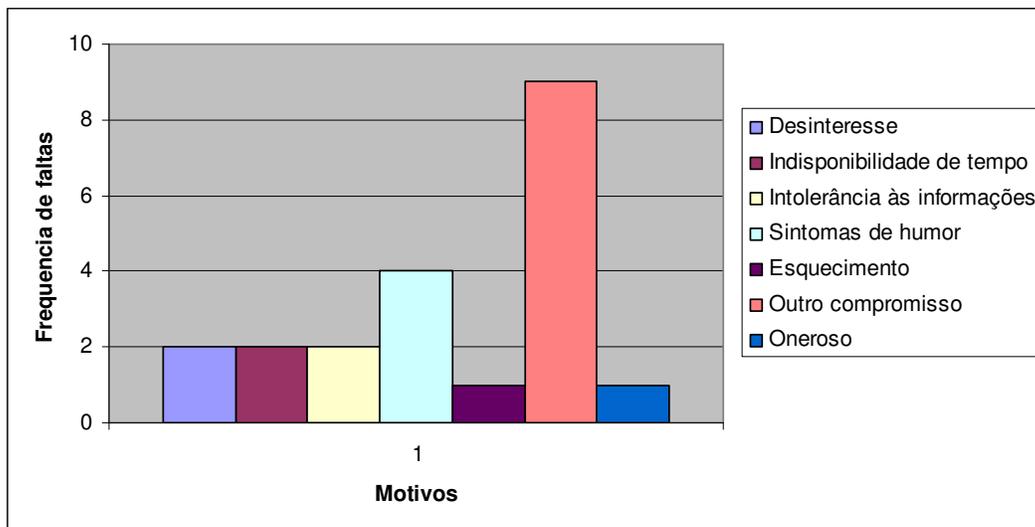


Gráfico 1 - Frequência de faltas às sessões de psicoeducação direcionada a pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG e motivos de abandono

### 5.3 Resultados das Escalas de Avaliação do Humor

Em média, a pontuação na escala de depressão de Hamilton manteve-se com valores inferiores ao longo do período de acompanhamento, entre o grupo de pacientes com frequência a 4 sessões ou mais. Os pacientes que compareceram a menos de 4 sessões, por outro lado, apresentaram escores mais altos, semelhantes aos do grupo controle, como demonstrado no gráfico 2, que ilustra os resultados da média dos sintomas depressivos avaliados por meio da escala de depressão de Hamilton. Não houve, no entanto, correlação estatisticamente significativa entre os grupos ao longo dos 5 meses de seguimento.

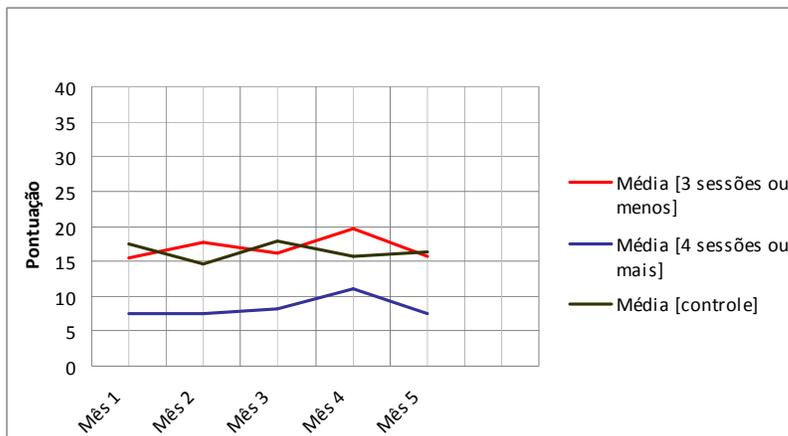


Gráfico 2 - Média mensal dos valores obtidos pela escala de depressão de Hamilton aplicada aos grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG ao longo dos 5 meses após a psicoeducação

O gráfico 3 demonstra os valores de mediana dos sintomas depressivos entre os grupos ao longo dos 5 meses de seguimento. A pontuação na escala de depressão de Hamilton permaneceu mais baixa no grupo que frequentou a maior parte ou todas as sessões do programa psicoeducativo em relação aos que compareceram a menos de quatro sessões e ao grupo controle.

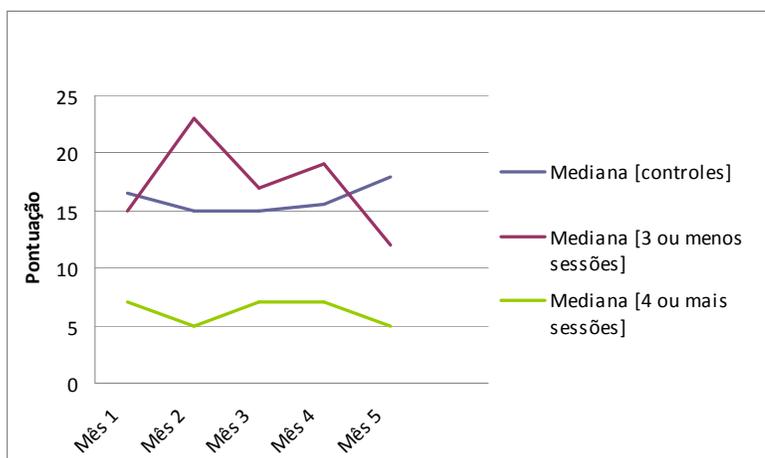


Gráfico 3 - Mediana dos valores obtidos mensalmente pela escala de depressão de Hamilton aplicada aos grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes

bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG ao longo dos 5 meses após a psicoeducação.

Quanto à avaliação dos sintomas de mania e hipomania, observa-se que os escores iniciaram-se baixos e assim permaneceram ao longo do tempo, como ilustra o gráfico 4.

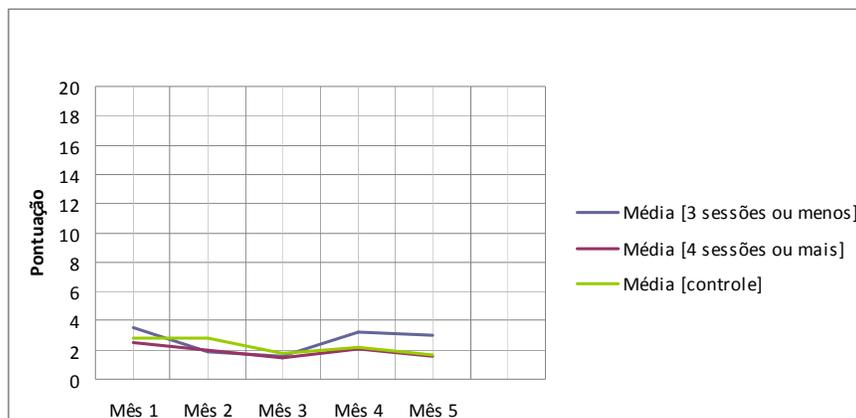


Gráfico 4 - Média mensal dos valores obtidos pela escala de avaliação de mania (YMRS) aplicada aos grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG ao longo dos 5 meses após a psicoeducação

O gráfico 5, por sua vez, demonstra oscilações não expressivas dos valores dos sintomas de elevação do humor ao longo do seguimento, visto que os escores não ultrapassaram o ponto de corte de 6 na pontuação da escala de mania (YMRS).



Gráfico 5 - Mediana mensal dos valores obtidos pela escala de avaliação de mania (YMRS) aplicada aos grupos experimental (psicoeducação associada ao tratamento farmacológico) e controle (tratamento farmacológico sem intervenção psicossocial associada) de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFMG ao longo dos 5 meses após a psicoeducação.

#### 5.4 Adesão ao Tratamento Farmacológico

Inicialmente, os índices de baixa adesão eram maiores entre os pacientes do grupo experimental (55,5%) em relação ao controle (10,5%). Após os cinco meses de acompanhamento, 3,7% dos pacientes do grupo experimental não aderiram ao tratamento farmacológico, ao passo que, no grupo controle, essa taxa permaneceu em 10,5% no quinto mês de seguimento. A adesão ao tratamento farmacológico, depois da psicoeducação, demonstrou significância estatística ( $p < 0,01$ ).

Dos 18 pacientes do grupo experimental que frequentaram quatro sessões ou mais, 9 (50%) já aderiram ao tratamento no momento da entrada na intervenção, 8 (44,4%) apresentaram adesão ao tratamento ao longo do seguimento e 1 (5,6%), que havia frequentado 5 sessões, abandonou o estudo no período de acompanhamento.

Dos 9 pacientes do grupo experimental que compareceram a 3 sessões ou menos, 1 (11,1%), que compareceu a apenas 1 sessão, permaneceu sem aderir ao tratamento farmacológico, 1 (11,1%) abandonou o estudo no período de seguimento e 6 (66,7%) aderiram ao tratamento nos cinco meses.

O gráfico 6 demonstra a adesão ao tratamento farmacológico antes e depois da psicoeducação.

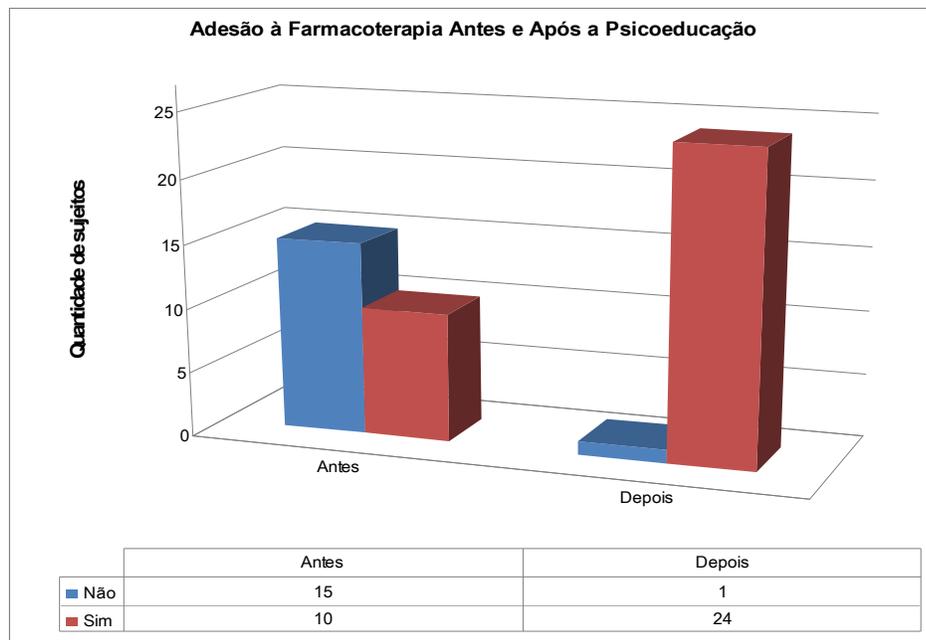


Gráfico 6 - Adesão ao tratamento farmacológico antes e após a psicoeducação de pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFGM

### 5.5 Internações Psiquiátricas

Em relação ao número de hospitalizações durante a vida, 9 indivíduos do grupo de psicoeducação (33,3%) já haviam necessitado de hospitalização ao menos 1 vez, enquanto no grupo controle foram 11 (57,9%). Nos 5 meses precedentes à intervenção, 2 pacientes do grupo experimental (7,4%) e 3 do controle (15,8%) necessitaram de internação psiquiátrica. Durante o período de seguimento, por sua vez, 3 pacientes do grupo controle (15,8%) foram hospitalizados e apenas 1 (3,7%) paciente do grupo experimental precisou de internação psiquiátrica. Houve correlação estatisticamente significativa entre internações hospitalares nos 5 meses precedentes e seguintes à psicoeducação ( $p < 0,01$ ).

### 5.6 Tentativas de Suicídio

Ao longo da vida, 11 (40,7%) pacientes do grupo experimental e 4 (21%) do grupo controle tentaram autoextermínio ao menos uma vez na vida. Nos 5 meses que antecederam à intervenção, 2 pacientes do grupo controle (10,5%) e 4 do grupo experimental (14,8%) apresentaram pelo menos um episódio de tentativa de suicídio. Um paciente de cada grupo tentou o suicídio durante o período do estudo (5,3% no controle e 3,7% no experimental),

sendo que o mesmo paciente do grupo controle o fez em 3 ocasiões diferentes ao longo dos 5 meses.

Observou-se significância estatística entre o número de tentativas de suicídio nos 5 meses precedentes e nos 5 meses seguintes à psicoeducação ( $p = 0,02$ ).

O gráfico 7 ilustra o desfecho clínico no que diz respeito ao número de internações e de tentativas de autoextermínio nos 5 meses antes e nos 5 meses após a intervenção psicoeducativa.

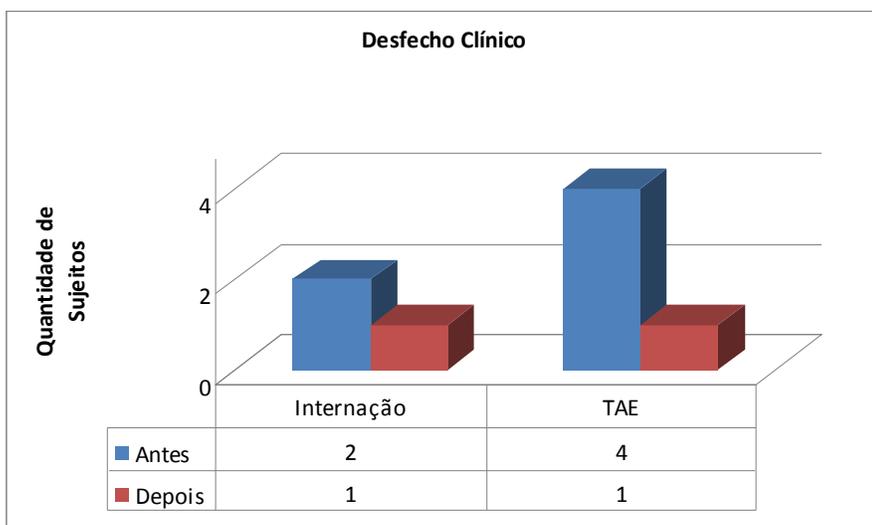


Gráfico 7 - Número de internações psiquiátricas e de tentativas de auto extermínio (TAE) nos 5 meses antes e nos 5 meses após o programa de psicoeducação para pacientes bipolares em tratamento no ambulatório de TAB do HC-UFGM

### 5.7 Efeitos adversos da Psicoeducação

Vale constar que dois pacientes (7,4%) referiram que as informações oferecidas no programa psicoeducativo eram desconfortáveis o suficiente para causar mal-estar, piora da ansiedade e desencadear sintomas depressivos.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização da amostra: aspectos clínicos e sócio-demográficos

Calculou-se o tamanho do efeito, a fim de estimar a magnitude da diferença entre os grupos, obtendo-se o valor de 0,35, o que caracteriza um tamanho de efeito pequeno a moderado. O tamanho da amostra do presente estudo (48 indivíduos), por sua vez, apresentou poder amostral de 0,95.

Assim como em outros estudos (SAJATOVIC et al., 2009; AUBRY et al., 2011), a amostra foi composta predominantemente por mulheres, apesar de não haver diferença na prevalência do TAB tipo I entre os sexos. Como foram convidados para a participação na pesquisa todos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão, o maior número de sujeitos do sexo feminino na amostra sugere a possibilidade de as mulheres procurarem mais recursos para tratamento do que os homens.

A idade média de nossa amostra, de 40,33 anos (DP=13,65), também foi semelhante à encontrada em outros estudos (COLOM et al., 2009; ZARETSKY et al., 2008). No presente estudo, observou-se diferença significativa entre os grupos ( $p = 0,025$ ). A constituição do grupo experimental por indivíduos mais velhos, portanto, pode ser devida ao maior interesse dos mesmos pela intervenção, já que se excluíram da pesquisa aqueles que foram convidados mas não se interessaram pela psicoeducação.

Na amostra total, 21,7% sujeitos estavam desempregados, assim como em outros estudos (ZARETSKY et al., 2008). Houve mais indivíduos desempregados no grupo controle (26,3%, enquanto, no grupo experimental, foram 18,5%), sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Além disso, apesar da média de idade não ter sido maior no grupo controle, a prevalência de sujeitos aposentados foi mais alta que no grupo experimental. Isso pode ser reflexo de aposentadorias precoces por invalidez em decorrência da doença, em consonância com os estudos de Judd e Akiskal (2003), que defendem que portadores de TAB apresentam não só maior utilização dos serviços de saúde ao longo da vida, como maior necessidade de benefícios por invalidez.

Com relação à escolaridade, houve diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,014$ ) entre os grupos experimental e controle, 12 (DP= 4,2) e de 11 anos (DP= 3,7), respectivamente. As outras variáveis clínicas e sócio- demográficas não demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Observa-se que o grupo experimental apresentou nível sócio-econômico mais alto. Possivelmente os pacientes que aceitaram participar da psicoeducação foram aqueles com condições financeiras para custear o transporte até o ambulatório.

A alta frequência em nossa amostra de comorbidade com abuso ou dependência de substâncias e de transtornos de ansiedade é compatível com dados da literatura (CONNOLLY; THASE, 2011; ZARETSKY et al., 2008).

## **6.2 Frequência às sessões**

Nos programas de psicoeducação para pacientes com TAB, independente do número de sessões proposto, os temas enfatizados são a conscientização sobre o transtorno, a detecção precoce dos sintomas prodrômicos e das recorrências, a melhora da adesão ao tratamento farmacológico e a importância da regularidade do estilo de vida.

O critério utilizado para a avaliação da aderência ao tratamento psicoeducativo foi a presença a quatro ou mais sessões, assim como utilizado em outro estudo que realizou a psicoeducação em seis semanas e expôs tal critério (SAJATOVIC et al., 2009). Se, por um lado, os programas de psicoeducação com maior número de sessões possibilitam uma abordagem mais aprofundada dos temas, por outro lado eles têm o inconveniente de ter maiores taxas de não comparecimento ou abandono. O programa mais curto, também, interfere de uma forma menos duradoura nas rotinas do paciente, permitindo, dessa maneira, que o mesmo retome suas atividades habituais o quanto antes. Assim, optamos por condensar o programa em número menor de sessões, priorizando os temas mais relevantes, a fim de não haver risco de abordar os temas de forma superficial. No entanto, no presente estudo, tal estratégia não foi eficaz para a melhora dos sintomas de humor, ao longo do tempo abrangido.

No estudo feito por Sajatovic et al. (2009), de forma semelhante ao presente estudo, avaliou-se um programa psicoeducativo para bipolares com 6 encontros. No referido ensaio terapêutico, evidenciou-se que pacientes com participação parcial ou total no programa demonstraram melhor adesão ao tratamento farmacológico em três e seis meses de seguimento. No entanto, menos da metade (49%) do grupo de psicoeducação participou da maioria ou de todas as sessões, 14% participaram de uma a três sessões e 37% não participaram de qualquer sessão.

Em nosso estudo, 66,7% dos pacientes do grupo de psicoeducação frequentaram a maior parte ou todas as sessões, com frequência semelhante às alcançadas nos estudos de Colom et al. (2003, 2009). Dos 9 indivíduos que participaram de 1 a 3 sessões, 44,4% referiram eclosão de novo episódio de humor como limitação ao comparecimento. Dos pacientes que informaram outro compromisso no horário da sessão, dois referiam-se ao início de um novo emprego, o que pode indicar, inclusive, um sinal de estabilidade da doença.

Visto que houve correlação estatisticamente significativa entre comparecimento às sessões e idade ( $p = 0,031$ ) e anos de estudo ( $p = 0,008$ ), torna-se possível afirmar que pacientes de maior idade e mais anos de estudo compareceram com maior frequência às sessões, em consonância com outros estudos, como o de Sajatovic et al. (2009), no qual os pacientes que não se interessaram pela psicoeducação eram mais jovens e menos escolarizados.

Verificam-se, portanto, ao longo do presente estudo, as dificuldades para a realização de ensaios clínicos terapêuticos, não só pela resistência dos pacientes de frequentar os encontros semanais necessários ao cumprimento do programa, como as limitações para os comparecimentos mensais para a realização das avaliações de seguimento.

Citam-se como outros desafios para a participação em nosso estudo a dificuldade dos pacientes para o custeio do transporte e a concorrência com as exigências do cotidiano do paciente, como o trabalho ou o cuidado do lar. No estudo de Colom et al. (2003), as principais razões para o abandono do estudo foram recorrência de episódio maníaco ou depressivo, dificuldade de adequação da rotina de vida ao programa psicoeducativo, discordância das normas do grupo e problemas interpessoais com outros membros do grupo.

### **6.3 Avaliação da Eficácia do Tratamento Psicoeducativo**

#### **6.3.1 Avaliação do Humor**

A escolha das escalas de avaliação do humor deu-se pela frequência de seu uso em pesquisa e pelos satisfatórios índices de validade e confiabilidade. Ambas são preenchidas pelo examinador. A escala de avaliação de depressão de Hamilton é a mais utilizada para a avaliação de sintomas depressivos e tornou-se o "padrão ouro" para avaliação da gravidade, enquanto a escala de mania de Young é a mais amplamente usada em estudos clínicos para a avaliação de mania.

Os pacientes que compareceram à maior parte ou a todas as sessões de psicoeducação obtiveram pontuações mais baixas na escala de depressão de Hamilton durante todo o tempo do estudo, em relação ao grupo que compareceu a número insatisfatório de sessões, apesar de ausência de significância estatística. Os escores também foram mais baixos em relação àqueles pacientes que não foram convidados para o programa (controles). Por outro lado, o ligeiro aumento da pontuação (também não significativo) dos sintomas depressivos ocorrido no seguimento do presente estudo, não corrobora os achados da literatura, que apontam

impacto positivo da psicoeducação, no que diz respeito aos sintomas de humor (COLOM et al., 2003, 2009; MIKLOWITZ et al., 2003). A psicoeducação, portanto, não demonstrou eficácia para a melhora dos sintomas de humor, ao longo do período de duração do presente estudo. Logo, a intervenção não apresentou, por si só, eficácia terapêutica para sintomas de humor. Saliente-se, no entanto, que poucos estudos expõem os efeitos adversos da psicoeducação e uma parcela dessas pesquisas, ainda, sofre “bias de engavetamento”, visto que estudos com resultados negativos, provavelmente, são menos publicados.

Sabe-se que a avaliação clínica, muitas vezes, não é sensível para a detecção de sintomas subsindrômicos. Logo, foram incluídos em nosso estudo pacientes com sintomas depressivos leves, apesar de clinicamente eutímicos. Isso pode ter ocasionado pior aproveitamento das informações prestadas durante as sessões de psicoeducação. Em dois estudos sobre psicoeducação, incluíram-se pacientes com sintomas depressivos. No estudo de Sajatovic et al.(2009), a maior gravidade dos sintomas depressivos no início da psicoeducação associou-se a menor adesão ao tratamento ao longo do tempo, apesar de esse resultado não ter sido estatisticamente significativo. Zaretsky et al. (2008), por sua vez, compararam um programa de psicoeducação mais breve (7 sessões), com terapia cognitivo-comportamental (13 sessões) após a psicoeducação, de curso mais prolongado. No estudo, foram incluídos pacientes em remissão parcial de episódio de humor, sugerindo, inclusive, que a terapia cognitivo-comportamental pode trazer benefício adicional à psicoeducação para o tratamento de sintomas depressivos residuais.

Evidências provenientes do grupo de Barcelona apontam que o momento ideal para a psicoeducação é a eutímia, tendo em vista a ocorrência de dificuldades cognitivas e comportamentais mais proeminentes nos pacientes durante as fases agudas do transtorno de humor (COLOM; VIETA, 2005).

Os pacientes deprimidos podem assimilar, preferencialmente, informações relacionadas aos aspectos negativos da doença apresentados durante as sessões de psicoeducação. Além disso, deprimidos, de forma geral, apresentam importantes dificuldades cognitivas, o que pode prejudicar os processos de compreensão necessários ao tratamento psicoeducativo. Os pacientes em mania, por outro lado, estão suscetíveis à menor retenção das informações, em decorrência da maior distratibilidade, além de outros prejuízos cognitivos (COLOM; VIETA, 2004). Quanto aos sintomas de mania e hipomania, observam-se oscilações ao longo dos meses de seguimento, mas os escores apresentaram-se baixos durante todo o período do estudo.

Vale salientar que as entrevistas, assim como os testes neuropsicológicos e a própria intervenção psicoeducativa, podem ter desencadeado episódios depressivos, já que o esclarecimento da doença em si e do seu tratamento pode ter fornecido informações novas e muitas vezes preocupantes aos pacientes.

### **6.3.2 Adesão ao Tratamento Farmacológico**

A adesão ao tratamento farmacológico foi outro indicador escolhido para avaliar a eficácia da psicoeducação. Ressalte-se que os pacientes foram convidados a participar da intervenção. Dessa forma, apenas aqueles que se interessaram compareceram a pelo menos uma sessão. Há possibilidade, então, de que os pacientes que mais se interessaram pelo programa foram aqueles mais carentes de informação e, em decorrência, menos aderentes ao tratamento.

Após os cinco meses de acompanhamento, 3,7 % dos pacientes do grupo experimental não aderiram ao tratamento farmacológico, ao passo que, no grupo controle, essa taxa permaneceu em 10,5% no quinto mês de seguimento, de forma que a adesão ao tratamento farmacológico nos 5 meses do seguimento demonstrou significância estatística ( $p < 0,01$ ). Como a investigação da adesão ao tratamento deu-se por meio de consulta aos próprios pacientes e familiares e levantamento de prontuários, é possível que os participantes dos grupos de psicoeducação, na qual é enfatizado o uso regular das medicações, tenham informado aos examinadores e aos médicos assistentes o uso correto e regular das medicações.

É relevante salientar, ainda, que 66,7% dos pacientes que foram a 3 encontros ou menos de psicoeducação também aderiram ao tratamento nos cinco meses. Talvez apenas o contato mensal com o examinador, com questionamentos específicos mais frequentes e sistematizados, tenha favorecido esse comportamento.

Ressalte-se que o período de seguimento da maior parte dos estudos em psicoeducação é de, no mínimo, 12 meses. No estudo de Sjatovic et al. (2009), os indivíduos que frequentaram a maior parte ou todas as sessões demonstraram maior adesão ao tratamento farmacológico nas avaliações no terceiro e no sexto mês após a psicoeducação. No entanto, na avaliação de 12 meses após a intervenção, não se observaram diferenças entre o grupo psicoeducado e o que não recebeu o tratamento psicoeducativo em complementação ao tratamento farmacológico. Os efeitos benéficos da psicoeducação, portanto, podem não persistir ao longo dos meses. Há também a possibilidade, no entanto, de que esses efeitos se

mantenham por longos períodos, como observado em outros estudos (COLOM et al, 2003, 2009; BAUER et al., 2006, 2009), apresentando impacto positivo ao longo de um tempo mais extenso, não contemplado no presente estudo.

### **6.3.3 Internações Psiquiátricas**

O número de internações pode ser um indicador de ocorrência de episódios graves. No entanto, a hospitalização pode não ser um parâmetro confiável, já que nem sempre sua ocorrência decorre de fato de uma piora do quadro de humor. Ressalte-se que a indicação de internação é subjetiva, variando amplamente com o critério médico, com a cultura de cada sociedade e até com o desejo do próprio paciente. É possível que pacientes com mais consciência de seus sintomas sejam mais propensos a aceitar uma internação. Logo, o número de internações pode variar conforme o nível de informação do paciente, assim como com o suporte familiar recebido.

Em relação ao grupo de psicoeducação, o grupo controle apresentou mais hospitalizações psiquiátricas durante o período de acompanhamento. No presente estudo, o número de hospitalizações antes e depois da psicoeducação demonstrou diferenças significativas ao longo do tempo ( $p < 0,01$ ). Não houve hospitalizações em qualquer dos grupos durante as seis semanas de intervenção, mas 1 paciente do grupo experimental foi hospitalizado durante o seguimento, enquanto, no grupo controle, foram 3 internações no mesmo período.

No estudo feito por Colom et al.(2009), por sua vez, não houve diferenças significativas entre os grupos de tratamento como usual e de psicoeducação no que se refere ao número de hospitalizações, durante as 21 semanas da intervenção, mas o grupo de psicoeducação apresentou menor número de hospitalizações e permaneceu menos dias internado no seguimento de 5 anos.

### **6.3.4 Tentativas de Suicídio**

Observa-se que os índices de tentativas de suicídio, ao longo da vida, eram maiores no grupo de psicoeducação (40,7%) que no grupo controle (21%), no início do estudo, apesar da ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Nos 5 meses que antecederam à intervenção, 2 pacientes do grupo controle (10,5%) e 4 do grupo experimental (14,8%) apresentaram pelo menos um episódio de tentativa de suicídio. Ao longo dos 5

meses, no entanto, apenas 1 paciente de cada grupo (3,7% no grupo experimental e 5,3% no controle) tentou autoextermínio. Como houve significância estatística entre o número de tentativas de suicídio nos 5 meses precedentes e nos 5 meses seguintes à psicoeducação ( $p = 0,02$ ), verificou-se que a psicoeducação pode ter sido eficaz nos 5 meses de seguimento, no que diz respeito à prevenção de tentativas de suicídio.

#### **6.4 Efeitos Adversos da Psicoeducação**

Assim como outras formas de tratamento, a psicoeducação pode desencadear efeitos adversos. Em estudo feito por Colom et al. (2009), os autores reportaram que alguns participantes queixaram-se de reações indesejáveis decorrentes da psicoeducação. Relataram aumento da ansiedade, medo, rumações e houve um caso em que 1 paciente passou a checar obsessivamente seu humor após 3 semanas da sessão dedicada à verificação do humor. Segundo os autores, a maioria dos sintomas foi transitória. Alertam, ainda, que muitas vezes as psicoterapias são vistas como tratamentos isentos de eventos adversos, o que não é verdade.

No presente estudo, 7,4% dos pacientes do grupo de psicoeducação referiram desconforto em decorrência das informações disponibilizadas durante as sessões, ocasionando ansiedade e sintomas depressivos. O relato dos efeitos adversos da psicoeducação, no entanto, não foi frequente entre os estudos publicados que investigam a eficácia da intervenção.

#### **6.5 Limitações e contribuições do Estudo**

Os resultados do presente estudo devem ser avaliados à luz de várias limitações. Os critérios de inclusão utilizados foram amplos, a fim de reproduzir um contexto mais similar ao encontrado, rotineiramente, na prática clínica. Logo, os participantes da amostra possuem muitas comorbidades, o que não é comum em grande parte das pesquisas em psicoeducação, nas quais se excluem pacientes com comorbidades psiquiátricas, apesar de sua alta prevalência em portadores do transtorno afetivo bipolar.

Todos os pacientes em acompanhamento em nosso ambulatório, que preenchiam os critérios de inclusão, foram convidados para o estudo. Os que se recusaram a participar foram excluídos, justificando o pequeno tamanho da amostra, o que também configura uma limitação. Além disso, devido às próprias características inerentes à doença, não foi fácil a seleção de pacientes eutímicos para iniciar a psicoeducação. Dessa forma, não foi possível a randomização entre os grupos experimental e controle, apesar da aleatorização.

Muitos estudos disponíveis exigiam tempo de eutimia de 3 a 6 meses para iniciar a psicoeducação, o que não foi feito em nosso estudo, que incluiu pacientes com sintomas depressivos de intensidade leve a moderada. Logo, apesar da possibilidade de indivíduos deprimidos responderem de forma menos satisfatória à intervenção, reproduziu-se a realidade do cotidiano do transtorno bipolar, na qual os pacientes apresentam com frequência humor predominantemente deprimido.

O examinador principal do estudo conhecia a condição de alocação dos sujeitos entre os grupos, visto que foi o mesmo pesquisador que conduziu as sessões de psicoeducação e fez as consultas mensais com os pacientes a fim de coletar os dados clínicos. Essa coleta dos dados foi feita de forma criteriosa, através de escalas de avaliação, o que poderia ter reduzido o viés por parte do entrevistador. O mesmo examinador, também, aplicou o MINI- *Plus* na maior parte dos pacientes. Outra limitação foi ausência de acompanhamento das modificações das prescrições farmacológicas.

A presente pesquisa trouxe, por outro lado, contribuições. A amostra estudada, por exemplo, foi compatível com a população bipolar, inclusive com alto índice de comorbidades psiquiátricas. Durante a condução do estudo, houve preocupação com a detecção de efeitos adversos da intervenção, prática incomum nas pesquisas feitas nessa área. A avaliação e o seguimento contaram com o uso de escalas de avaliação, proporcionando maior confiabilidade aos resultados obtidos. Além disso, outro ponto interessante do estudo foi a adoção de pontos de corte mais baixos para as escalas de avaliação do humor, diferente de grande parte das pesquisas encontradas na literatura, que adotam pontos de corte mais altos, detectando a eclosão de episódios agudos de mania e depressão. Em nosso estudo, os pontos de corte adotados foram os mesmos para eutimia, sendo possível, portanto, detectar apresentações mais brandas dos episódios de humor, favorecendo a intervenção precoce.

## **6.6 Perspectivas**

Muitas questões sobre o uso da psicoeducação direcionada a pacientes com TAB necessitam de maior investigação. Ainda não há evidências, por exemplo, do número ideal de sessões, bem como da necessidade de repetição do programa psicoeducativo em intervalos regulares. Da mesma forma, não se pesquisaram ainda estratégias de motivação do paciente a concluir a intervenção, nem os possíveis benefícios de sessões individuais de psicoeducação em relação às em grupo. Não foram estabelecidos, também, os melhores indicadores e preditores de resposta à abordagem psicoeducativa.

Observa-se, no entanto, um crescente interesse em pesquisas sobre estratégias não farmacológicas para o tratamento complementar do transtorno afetivo bipolar, principalmente nas duas últimas décadas. São necessários, contudo, mais estudos randomizados controlados, envolvendo abordagens psicossociais. Essas abordagens devem ser vistas não só como forma de tratamento confiável por meio da prática clínica, mas também baseada em evidências científicas, o que só é possível por meio de estudos que imprimam à sua metodologia o mesmo rigor científico adotado em outros tipos de pesquisas, como as realizadas na investigação de tratamentos farmacológicos.

Ademais, o mecanismo de ação da psicoeducação ainda não está completamente elucidado. Há especulações de que a melhora se dê em decorrência do melhor conhecimento sobre o transtorno, da capacitação do indivíduo para a detecção precoce dos sintomas de mania ou depressão, da adoção de hábitos e rotinas de vida saudáveis, da conscientização quanto aos riscos do uso de substâncias, do controle do estresse e da melhora do funcionamento social e interpessoal no período interepisódico. O benefício da intervenção pode decorrer, também, da prevenção do comportamento suicida, bem como da eutimia alcançada por meio da adesão ao tratamento farmacológico. São necessários, assim, mais estudos que investiguem os mecanismos envolvidos com a eficácia desse tipo de tratamento.

## 7 CONCLUSÃO

A iniciativa do grupo de psicoeducação partiu da observação da equipe do ambulatório de transtorno afetivo bipolar do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte sobre o escasso conhecimento dos pacientes sobre sua própria doença e as sérias repercussões para a qualidade de vida do sujeito.

No presente estudo, dos 48 indivíduos que consentiram inicialmente com a participação na pesquisa, 44 (91,6% da amostra inicial) foram seguidos mensalmente, entre os quais 25 pertenciam ao grupo experimental e 19, ao controle, já que 2 pacientes de cada grupo abandonaram o estudo em algum momento do seguimento. Dos pacientes que constituíram o grupo experimental, a maioria (66,7%) frequentou a maior parte ou todas as sessões de psicoeducação.

O programa psicoeducativo empregado não demonstrou eficácia para a melhora dos sintomas de humor durante o seguimento de 5 meses após o programa, apesar da manutenção de escores mais baixos de sintomas depressivos no grupo psicoeducado (que compareceu a 4 ou mais sessões) em relação ao grupo controle e ao grupo com comparecimento inferior a 4 sessões. Os sintomas maníacos e hipomaníacos, também, não sofreram alterações significativas ao longo do período contemplado pelo estudo, visto que as pontuações na escala de avaliação de mania permaneceram baixas durante o estudo em todos os grupos.

A intervenção demonstrou, no entanto, benefícios para melhora da adesão ao tratamento farmacológico e para redução do número de internações psiquiátricas e de tentativas de suicídio ao longo do período de acompanhamento, mostrando-se promissora como tratamento complementar para grupos específicos de pacientes. Assim, a psicoeducação deve ser integrada como rotina na prática clínica, devendo ir além da informação sobre o transtorno e das técnicas de manejo. Além disso, o paciente bipolar deve estar apto a utilizá-la como ferramenta para o gerenciamento da própria doença, possibilitando melhor convívio com essa condição crônica.

Enfim, visto que a psicoeducação constitui-se de uma abordagem psicossocial com boa relação custo-benefício e relativamente poucos efeitos adversos, é de grande importância o investimento na implantação de programas psicoeducativos na rede pública, oferecendo um espaço não apenas para a comunidade, mas também para a formação de profissionais capazes de conduzir esta modalidade de tratamento em outros serviços públicos na área de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ACKENHEIL M. Neurotransmitters and signal transduction processes in bipolar affective disorders: a synopsis. **J Affect Disord**; 62(1-2):101-11, 2001.

AKISKAL, H.S. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, 16:4S-14S, 1996.

AKISKAL, H.S. The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. **Psychopharmacol Bull**, 40(4):99-115, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4.ed. (DSM-IV), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4.ed. (DSM-IV), Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.

ANGST, J. The Emerging Epidemiology of Hypomania and Bipolar II Disorder. **J Affect Disord**, v.50, n.2-3, p.143-51, 1998.

AUBRY, J.M., CHARMILLOT, A., AILLON, N., BOURGEOIS, P., MERTEL. S., NERFIN. F., ROMAILLER, G., STAUFFER, M.J., GEX-FABRY, M., de ANDRÉS, R.D. Long-term impact of the life goals group therapy program for bipolar patients. **J Affect Disord**, 2011.

BAUER MS, MCBRIDE L, SHEA N, GAVIN C, HOLDEN F, KENDALL S. Impact of an easy-access VA clinic-based program for patients with bipolar disorder. **Psychiatr Serv**.;48(4):491-6, 1997.

BAUER MS, MCBRIDE L, WILLIFORD WO, et al. Collaborative care for bipolar disorder: part I. intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. **Psychiatric Services**; 57:927–936, 2006.

BAUER MS, MCBRIDE L, WILLIFORD WO, et al. Collaborative care for bipolar disorder: part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. **Psychiatric Services**; 57:937-945, 2006.

BAUER MS, BISWAS K, KILBOURNE AM. Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care. **Am J Psychiatry**;166(11):1244-50, 2009.

BLEULER E. **Handbook of psychiatry**. New York: The MacMillan; 1924.

CABALLO, V.E. **Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos**. Santos: Editora Santos, 2002.

CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N. Aspectos gerais das escalas de avaliação da depressão. **Rev Psiq Clín** v.25, n.5, 240-244, 1998.

COLOM, F., VIETA, E., MARTINEZ-ARAN, A., REINARES, M., GOIKOLEA, J. M., BENABARRE, A. A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients whose Disease is in Remission. **Archives of General Psychiatry**, v.60, p.402-408, 2003.

COLOM, F, VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Rev Bras Psiquiatr**, v.26, p. 47-50, 2004.

COLOM, F., VIETA, E., TACCHI, M., SANCHEZ-MORENO, J., SCOTT, J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. **Bipolar Disorders**. v.7, p.24-31, 2005.

COLOM, F., VIETA, E. **Psychoeducation manual for bipolar disorder**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2006.

COLOM, F., VIETA, E J. SANCHEZ-MORENO, R. PALOMINO-OTINIANO, M. REINARES, J.M. GOIKOLEA, A. BENABARRE, A. MARTINEZ-ARAN. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial". **The British Journal of Psychiatr**, v.194,n.3,p.260-265, 2009.

CONNOLLY KR, THASE ME. The clinical management of bipolar disorder: a review of evidence-based guidelines. **Prim Care Companion CNS Disord.**; 2011.

COSTA, A.M.N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 3, 2008.

COVILLE, A. L., MIKLOWITZ, D. J., TAYLOR, D. O., & LOW, K. G. Correlates of high expressed emotion attitudes among parents of bipolar adolescents. **Journal of Clinical Psychology**, v.64, n.4, p.438-449, 2008.

DAVIDSON RJ, LEWIS DA, ALLOY LB, AMARAL DG, BUSH G, COHEN JD, et al. Neural and behavioral substrates of mood and mood regulation. **Biol Psychiatry**;52(6):478-502, 2002.

DEGOTARDI, P.J., KLASS, E.S., Rosenberg, B.S., FOX, D.G., GALLELLI, K.A., GOTTLIEB, B.S. Development and evaluation of a cognitive-behavioral intervention for juvenile fibromyalgia. **J Pediatr Psychol.**, v.31, p.714–723, 2006.

DEL PORTO, J A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr**, vol.21, suppl.1], pp. 06-11, 1999.

DIAS, R.S., KERR-CORRÊA, F., TORRESAN, R.C., SANTOS, C.H.R. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.**, v.32, supl 1, p.15-20, 2005.

DIAS, V.V., BRISSOS, S., MARTÍNEZ-ARÁN, A., KAPCZINSKI, F. Neurocognitive functioning in euthymic patients with bipolar type I disorder. **Acta Med Port.**, v.21, n.6, p.527-38, 2008.

D'SOUZA R, PISKULIC D, SUNDRAM S: A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomised controlled trial. **J Affect Disord**, 1-3:272-6, 2010.

DURNA, Z, OZCAN, S. Evaluation of self-management education for asthmatic patients. **J Asthma**, v.40,n. 6, p.631-43, 2003.

EISNER LR, JOHNSON SL. An acceptance-based psychoeducation intervention to reduce expressed emotion in relatives of bipolar patients. **Behav Ther.** Dec;39(4):375-85, 2008.

EVEN C, RICHARD H, THUILE J, FRIEDMAN S, ROUILLON F. Characteristics of voluntary participants versus nonparticipants in a psychoeducation program for euthymic patients with bipolar disorder. **J Nerv Ment Dis**;195(3):262-5, 2007.

GOODWIN FK, JAMISON KR. **Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression.** 2nd ed. New York: Oxford University; 2007.

GREENHOUSE, W.J., MEYER, B., JOHNSON, S.L. Coping and Medication Adherence in Bipolar Disorder. *J Affect Disord*, v.59, n.3, p.237-241, 2000.

HAINS, A.B., ARNSTEN, A.F. Molecular mechanisms of stress-induced prefrontal cortical impairment: implications for mental illness. **Learn Mem.**, v.15, n.8, p. 551-64, 2008.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. *J Neurol. Neurosurg Psychiatry*, v.23, p. 56-62, 1960.

HONIG A, HOFMAN A, HILWIG M, NOORTHOORN E, PONDS R. Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder: preliminary findings. **Psychiatry Res.** 1995 Apr 28;56(3):299-301.

JARDEN, M, NELAUSEN, K, HOVGAARD, D, BOESEN, E, ADAMSEN, L. The effect of a multimodal intervention on treatment-related symptoms in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a randomized controlled trial. **J Pain Symptom Manage**, v.38, n. 2, p.174-90, 2009.

JUDD, L.L., AKISKAL, H.S., SCHETTLER, P.J., ENDICOTT, J., MASER, J., SOLOMON, D.A., LEON, A.C., RICE. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. **Arch Gen Psychiatry**, v. 59, n.6, p.530-7, 2002.

JUDD, L.L., AKISKAL, H.S. The Prevalence and Disability of Bipolar Spectrum Disorders in the Usa Population: Re-Analysis of the Eca Database Taking into Account Subthreshold Cases. **Journal of Affective Disorders**, 73, 123-31, 2003.

KAPCZINSKI, F., FREY, BN, ZANNATTO,V. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos?. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.26, suppl.3, pp. 17-21, 2004.

KESSING, L.V., HANSEN, H. V., DEMYTTENAERE, K., & BECH, P. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. **Psychological Medicine**. London, v. 35, n.8, 1205-1214, 2005.

KESSLER, R.C., MCGONIGLE, K.A., ZHAO, S. ET AL. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US: results from the national comorbidity study. **Arch Gen Psychiatry**, 51:8-19, 1994.

KIM, S., WEBSTER, M.J. The stanley neuropathology consortium integrative database: a novel, web-based tool for exploring neuropathological markers in psychiatric disorders and the biological processes associated with abnormalities of those markers. **Neuropsychopharmacology**, v.35, n.2, p.473-82, 2010.

KLEINDIENST, N, GREIL, W. Are illness concepts a powerful predictor of adherence to prophylactic treatment in bipolar disorder? **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, n.7, p.966-74, 2004.

KNAPP, P., ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Rev Psiq Clín**, v.32, (supl.1), p.98-104, 2005.

KRAEPELIN E. Dementia praecox and manic-depressive insanity. reed 1989, New York, NY: **The classics of psychiatry and behavioural sciences library**; 1919.

LANGAN, C., MC DONALD, C. Neurobiological trait abnormalities in bipolar. **Molecular Psychiatry**, v.14, p.833-846, 2009.

LEIBENLUFT E. Gender differences in major depressive disorder and bipolar disorder. **CNS Spectr.**, v.4, n.10, p.25-33, 1999.

LINDEN, W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes. **J Psychosom Res.**, v.48, n.4-5, p. 443-54, 2000.

LINGAM, R., SCOTT, J. Treatment Non-adherence in Affective Disorders. **Acta Psychiatr Scand**, v.105, p. 164-172, 2002.

MACHADO-VIEIRA, R., BRESSAN, R.A., FREY, B., SOARES, J.C. As bases neurobiológicas do transtorno bipolar. **Rev Psiq Clín.**, v.32, suppl.1, p.28-33, 2005.

MADIGAN, K., EGAN, P., BRENNAN, D., HILL, S., MAGUIRE, B., HORGAN, F., FLOOD, C, KINSELLA, A., O'CALLAGAN, E. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. **Eur Psychiatry**, 2011.

MALLOY-DINIZ LF, NEVES FS, ABRANTES SS, FUENTES D, CORRÊA H. Suicide behaviour and neuropsychological assessment of type I by bipolar patients. **J Affect Disord.**, v. 112, n. 1-3, p.231-6, 2009.

MALLOY-DINIZ, L F., NEVES, F., CORREA, H. Aspectos neuropsicológicos do transtorno afetivo bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 2, 2009.

MALLOY-DINIZ, L.F., NEVES, F.S., MORAES, P.H., DE MARCO, L.A., ROMANO-SILVA, M.A., KREBS, M.O., CORRÊA, H. The 5-HTTLPR polymorphism, impulsivity and suicide behavior in euthymic bipolar patients. **J Affect Disord.**, v.133, n.1-2, p.221-6, 2011.

MARTÍNEZ-ARÁN A, TORRENT C, SOLÉ B, BONNÍN CM, ROSA AR, SÁNCHEZ-MORENO J, VIETA E. Functional Remediation for Bipolar Disorder. **Clin Pract Epidemiol Ment Health**, v. 7, p.112–116, 2011.

MCGILLION, M.H., WATT-WATSON, J., STEVENS, B., LEFORT, S., COYTE, GRAHAM, A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. **J Pain Symptom Manage**, v.36, p.126–140, 2008.

MERIKANGAS KR, LAMERS F. The 'true' prevalence of bipolar II disorder. **Curr Opin Psychiatry**, v.25, n.1, p.19-23, 2012.

MICHAEL N, ERFURTH A, OHRMANN P, GOSSLING M, AROLT V, HEINDEL W, PFLEIDERER B. Acute mania is accompanied by elevated glutamate/glutamine levels within the left dorsolateral prefrontal cortex. **Psychopharmacology**;168(3):344-6, 2003.

MICHELON, L., VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.**, n.32, sup. 1, p.21-27, 2008.

MIKLOWITZ DJ, GEORGE EL, RICHARDS JA, SIMONEAU TL, SUDDATH RL.A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. **Arch Gen Psychiatry**. Sep;60(9):904-12, 2003.

MIKLOWITZ DJ, AXELSON DA, BIRMAHER B, GEORGE EL, TAYLOR DO, SCHNECK CD, BERESFORD CA, DICKINSON LM, CRAIGHEAD WE, BRENT DA. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. **Arch Gen Psychiatry**. Sep;65(9):1053-61, 2008.

MIKLOWITZ DJ, AXELSON DA, GEORGE EL, TAYLOR DO, SCHNECK CD, SULLIVAN AE, DICKINSON LM, BIRMAHER. Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**;48(6):643-51, 2009.

MORENO, R.A., MORENO, D.H. Escalas de depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.25, n.5, p.262-72, 1998.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M.B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, Junho, 2003.

MORENO, Doris Hupfeld and MORENO, Ricardo Alberto. Estados mistos e quadros de ciclagem rápida no transtorno bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, vol.32, suppl.1, pp. 56-62, 2005.

NANAVATI, D., AUSTIN, D.R., CATAPANO, L.A., LUCKENBAUGH, D.A., DOSEMECI, A., MANJI, H.K., CHEN, G., MARKEY, S.P. The effects of chronic treatment with mood stabilizers on the rat hippocampal post-synaptic density proteome. **J Neurochem.**, v. 119, n. 3, p. 617-29, 2011.

NEVES, F.S, MALLOY-DINIZ, L.F., BARBOSA, I.G., BRASIL, P. M., CORRÊA, H. Bipolar Disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.31, n.2, p.114-118, 2009.

NEVES, F.S, MALLOY-DINIZ, L.F., ROMANO-SILVA, M.A., AGUIAR, G.C., DE MATOS, L.O., CORREA, H. Is the serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) a potential marker for suicidal behavior in bipolar disorder patients? **J Affect Disord**, v.125, n.1-3, p.98-102, 2010.

NEWMAN, C., LEAHY, R. BECK, A. **Transtorno Bipolar: Tratamento pela terapia Cognitiva**. São Paulo: Rocca, 2006.

NG, S.M., LI, A.M., LOU, V.W., TSO, I.F., WAN, P.Y., CHAN, D.F., Incorporating family therapy into asthma group intervention: a randomized waitlist-controlled trial. **Fam Process**, v. 47, n.1, p. 115-30, 2008.

NICHOL, M.B., ZHANG, L., Depression and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. **Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.**, v.5, n.5, p.645-53, 2005.

OLMSTED, M.P., DANEMAN, D., RYDALL, A.C., LAWSON, M.L., RODIN, G. The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. **Int J Eat Disord**, v.32, p.230-9, 2002.

PEET M, HARVEY, N.S. Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. **The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science**, v.158, p.197-200, 1991.

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

PERRY, A., TARRIER, N. MORRIS, R., MCCARTHY, E., LIMB, K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. **BMJ**, v.318, n.7177, p.149-53, 1999.

PETTY F. GABA and mood disorders: a brief review and hypothesis. **J Affect Disord.**;34(4):275-81, 1995.

PIDSLEY, R. MIL, J.I. Research Highlights: Epigenetic changes to serotonin receptor gene expression in schizophrenia and bipolar disorder. *Epigenomics*, v.3, n. 5, p. 537-538, 2011.

RAJKOWSKA G. Cell pathology in bipolar disorder. **Bipolar Disord**;4(2):105-16, 2002.

REINARES M, COLOM F, SANCHEZ-MORENO J, TORRENT C, MARTINEZ-ARAN A, COMES M, GOIKOLEA JM, BENABARRE A, SALAMERO M, VIETA E. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. **Bipolar Disord**;10(4):511-9, 2008. Erratum in: *Bipolar Disord*;10(5):657, 2008.

REINARES M, COLOM F, ROSA AR, BONNIN CM, FRANCO C, SOLÉ B, KAPCZINSKI F, VIETA E. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. **J Affect Disord**;123(1-3):81-6, 2010.

RIBEIRO, M., LARANJEIRA, R. CIVIDANES, G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.32, suppl.1, 2005.

SAJATOVIC M, DAVIES MA, GANOCY SJ, BAUER MS, CASSIDY KA, HAYS RW, SAFAVI R, BLOW FC, CALABRESE JR. A comparison of the life goals program and treatment as usual for individuals with bipolar disorder. **Psychiatr Serv.**;60(9):1182-9, 2009.

SANTIN, A.; CERESER, K, ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Rev. Psiquiatr. Clín.** , vol.32, suppl.1, 2005.

SCHNEIDER, J.J., CANDIAGO, R.H., ROSA, A.R., CERESÉR, K.M., KAPCZINSKI, F. Cognitive impairment in a Brazilian sample of patients with bipolar disorder. **Rev Bras Psiquiatr**, v.30, n.3, p.209-14, 2008.

SCOTT J. Group psychoeducation reduces recurrence and hospital admission in people with bipolar disorder. **Evid Based Ment Health** ;6(4):115, 2003.

SCOTT, J., COLOM, F., POPOVA, E., BENABARRE, A., CRUZ, N., VALENTI, M., ET AL. Long-Term Mental Health Resource Utilization and Cost of Care Following Group Psychoeducation or Unstructured Group Support for Bipolar Disorders: A Cost-Benefit Analysis. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v.70, n.3, p.378, 2009.

SCOTT, J., POPE, M. - Self-Reported Adherence to Treatment with Mood Stabilizers, Plasma Levels, and Psychiatric Hospitalization. **Am J Psychiatry**, v.159, n.11, p. 1927-1929, 2002.

SEDLER M. Falret's discovery: the origin of the concept of bipolar affective illness. Translated by M. J. Sedler and Eric C Dessain. **Am J Psychiatry**;140(9):1127-33, 1983.

SHIPPEE, N.D., SHAH, N.D., WILLIAMS, M.D., MORIATY, J.P., FRYE, M.A., ZIEGENFUSS, J.Y. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. **Health Qual Life Outcomes**, v.13, n.90, p.1-9, 2011.

SONG MS, KIM HS. Effect of the diabetes outpatient intensive management programme on glycaemic control for type 2 diabetic patients. **J Clin Nurs**, v.16, p. 1367-73, 2007.

SOUZA, FGM. Tratamento do Transtorno Bipolar- eutimia. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 32, n.1, p.63-70, 2005.

TUCCI, A.M, KERR-CORREA, F., DALBEN, I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distimia e depressão dupla. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2001.

VAN DER VOORT T.Y., VAN MEIJEL, B., GOOSSENS, P.J., RENES, J., BEEKMAN, A.T., KUPKA, R.W. Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomised controlled trial. **BMC Psychiatry**, v.17, p.11:133, 2011.

VIETA, E., BLASCO-COLMENARES, E., FIGUEIRA, M.L., LANGOSCH, J.M., MORENO-MANZANARO, M., MEDINA, E. Clinical management and burden of bipolar disorder: a multinational longitudinal study (WAVE-bd study). **BMC Psychiatry**, v.11, n.58, p.1-8, 2011.

VIETA, E., PACCHIAROTTI, I., SCOTT, J., SÁNCHEZ-MORENO, J., DI MARZO, S., COLOM, F. Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review. **Current Psychiatry Reports**, v.7, n.6, p.449-55, 2005.

VILELA J, LOUREIRO S. Escala de Avaliação de Mania de Young – Estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. In: Gorentsein C, Andrade L, Zuardi A., editores. **Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 113-23.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health and behavioral disorders (including disorders of psychological development). In: World Health Organization. **International Classification of Diseases: ICD-10**. Geneva: World Health Organization; 1992.

YATHAM, L.N., LIDDLE, P.F., EREZ, J., KAUER-SANT'ANNA, M., LAM, R.W., IMPERIAL, M., SOSSI, V., RUTH, T.J. Brain serotonin-2 receptors in acute mania. **Br J Psychiatry** v.196, n.1, p.47-51, 2010.

YOUNG RC, BIGGS JT, ZIEGLER VE, MEYER DA: A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. **Br J Psychiatry**; 133:429–435, 1978.

ZARETSKY A, LANCEE W, MILLER C, HARRIS A, PARIKH SV. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? **Can J Psychiatry** .;53(7):441-8, 2008.

## **ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Experimental)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (grupo experimental)

### **Estudo: Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com transtorno afetivo bipolar**

Prezado sr(a)\_\_\_\_\_

Venho, por meio desta, convidar o Sr.(a) para participar de uma pesquisa para avaliar o efeito de um programa de psicoeducação na qualidade de vida de pacientes com transtorno afetivo bipolar. As informações abaixo servirão para lhe informar sobre o estudo e esclarecer suas dúvidas. Você poderá participar ou não desta pesquisa, como voluntário (a), sem remuneração para os participantes, caso compreenda os seus objetivos e seja do seu interesse.

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença crônica e grave, acarretando importantes prejuízos econômicos e sociais para o portador. Embora tenha como seu tratamento de primeira escolha a farmacoterapia, tratamentos não farmacológicos são úteis na maximização da eficácia clínica, facilitando a adesão do paciente ao tratamento. A Psicoeducação, um tipo de tratamento cujo objetivo é fornecer ao paciente e seus familiares orientações gerais sobre o transtorno bem como formas de identificar sintomas indicativos de crises, recaídas e agravamento, é um tratamento que tem se mostrado eficiente na melhoria dos aspectos clínicos globais do transtorno bipolar.

Se o Sr. (a). optar, voluntariamente, por participar desta pesquisa, deverá, inicialmente, participar de uma entrevista que terá a finalidade de coletar informações sobre o seu histórico médico e psicológico. Estas informações serão sigilosas e jamais serão divulgadas. Portanto, os pesquisadores responsáveis (Dr. Fernando, Dra. Sílvia, Dr. Leandro) assumem o compromisso de manter sigilo sobre as suas informações e de garantir-lhe a sua não identificação.

Serão 6 encontros nos quais serão abordados temas sobre o transtorno bipolar e técnicas específicas para lidar com a doença. Os encontros são semanais e em grupo de 8 a 12 pacientes, com duração de 6 semanas. Além da entrevista, cada paciente passará por avaliação neuropsicológica antes e depois da abordagem psicoeducativa.

Esse tipo de tratamento tem baixo custo e apresenta evidências inequívocas de eficácia. Espera-se que, por meio das orientações oferecidas durante o programa, a psicoeducação traga benefícios como melhor adesão ao tratamento farmacológico, diminuição do número de internações hospitalares, menor recorrência dos episódios de mania e depressão, menor duração dos episódios, maior intervalo entre eles, menores taxas de

tentativas de suicídio, adoção de hábitos de vida mais saudáveis e, em decorrência, melhora na qualidade de vida dos participantes.

É importante lembrar, no entanto, que as entrevistas, assim como os testes neuropsicológicos e a própria intervenção psicoeducativa podem desencadear episódios depressivos, já que o esclarecimento da doença em si e do seu tratamento pode fornecer informações novas e muitas vezes preocupantes aos pacientes, como a realidade do TAB ser uma doença crônica e requerer tratamento contínuo. Caso ocorra algum efeito adverso decorrente da Psicoeducação, a equipe coloca-se à disposição para esclarecimentos e atendimento médico e psicológico para avaliação de melhor conduta a ser tomada.

Esta pesquisa será muito importante para contribuir para o maior conhecimento sobre o impacto da Psicoeducação no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes estudados. O Sr. (a) não estará abrindo mão de seus direitos legais ao assinar esse termo. A recusa em participar desse estudo não implicará em prejuízo de relacionamento profissional ou pessoal.

Em qualquer etapa do tratamento o Sr. (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pelo mesmo para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os profissionais responsáveis podem ser contactados por telefone a qualquer momento: Dr. Fernando Silva Neves (31 3409 9785), Dra Silvia Mendonça da Matta (31 3409 9458). A Comissão de Ética em pesquisa da UFMG, que tem a finalidade de preservar os indivíduos que participam de pesquisas clínicas na UFMG, também poderá ser contatada no seguinte endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade administrativa II – 2º andar – sala 2005. CEP: 31270-901 – BH-MG telefax (031) 3409-4592 - email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

O nome do Sr.(a) e quaisquer outras informações que possam lhe identificar não aparecerão em nenhuma apresentação ou publicação resultantes desse estudo. O participante deve ter ciência que a qualquer momento ele pode retirar o seu consentimento de participação, sem que isso implique em perda de direitos pré-existentes ou prejuízo no relacionamento profissional, pessoal e no tratamento de sua patologia.

Confirmando que fui devidamente esclarecido sobre os propósitos e os procedimentos desse estudo e livremente aceito participar desta pesquisa.

Nome por extenso:

Assinatura:

Local e data:

Declaro que pessoalmente expliquei ao participante os propósitos e procedimentos do estudo.

-----  
Fernando Silva Neves

-----  
Leandro Malloy-Diniz

-----  
Sílvia Mendonça da Matta

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Controle)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (grupo controle)

**Estudo: Avaliação de programa de psicoeducação em pacientes com transtorno afetivo bipolar**

Prezado sr(a)\_\_\_\_\_

Venho, por meio desta, convidar o Sr.(a) para participar de uma pesquisa para avaliar o efeito de um programa de psicoeducação na qualidade de vida de pacientes com transtorno afetivo bipolar. As informações abaixo servirão para lhe informar sobre o estudo e esclarecer suas dúvidas. Você poderá participar ou não desta pesquisa, como voluntário (a), sem remuneração para os participantes, caso compreenda os seus objetivos e seja do seu interesse.

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença crônica e grave, acarretando importantes prejuízos econômicos e sociais para o portador. Embora tenha como seu tratamento de primeira escolha a farmacoterapia, tratamentos não farmacológicos são úteis na maximização da eficácia clínica, facilitando a adesão do paciente ao tratamento.

A Psicoeducação, um tipo de tratamento cujo objetivo é fornecer ao paciente e seus familiares orientações gerais sobre o transtorno bem como formas de identificar sintomas indicativos de crises, recaídas e agravamento, é um tratamento que tem se mostrado eficiente na melhoria dos aspectos clínicos globais do transtorno bipolar.

Nosso programa compreende 6 encontros nos quais são abordados temas sobre o transtorno bipolar e técnicas específicas para lidar com a doença. Os encontros são semanais e em grupo de 10 a 20 pacientes, com duração de 6 semanas, com entrevista e exame neuropsicológico antes e depois do programa. Esse tipo de tratamento tem baixo custo e apresenta evidências inequívocas de eficácia.

Se o Sr. (a) optar, voluntariamente, por participar desta pesquisa, deverá, inicialmente, participar de uma entrevista que terá a finalidade de coletar informações sobre o seu histórico médico e psicológico. Passará também por exames neuropsicológicos, gratuitamente, feitos por profissionais treinados. Estas informações serão sigilosas e jamais serão divulgadas.

Portanto, os pesquisadores responsáveis (Dr. Fernando, Dra. Sílvia, Dr. Leandro) assumem o compromisso de manter sigilo sobre as suas informações e de lhe garantir a sua não identificação.

Sua alocação será no grupo controle, o que significa não receber o tratamento psicoeducativo até a conclusão do estudo, mas receber o tratamento farmacológico e passar

pelos testes neuropsicológicos da mesma forma que os pacientes alocados no grupo experimental.

Após a conclusão do estudo, o mesmo programa psicoeducativo será oferecido no ano seguinte para os pacientes que pertenceram ao grupo controle durante este estudo, caso tenham interesse.

Esta pesquisa será muito importante para contribuir para o maior conhecimento sobre o impacto da Psicoeducação no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes estudados. O Sr (a) não estará abrindo mão de seus direitos legais ao assinar esse termo. A recusa em participar desse estudo não implicará em prejuízo de relacionamento profissional ou pessoal. Em qualquer etapa do tratamento, o Sr. (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pelo mesmo para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os profissionais responsáveis podem ser contatados por telefone a qualquer momento: Dr. Fernando Silva Neves (31 3409 9785), Dra Silvia Mendonça da Matta (31 3409 9458). A Comissão de Ética em pesquisa da UFMG, que tem a finalidade de preservar os indivíduos que participam de pesquisas clínicas na UFMG, também poderá ser contatada no seguinte endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade administrativa II – 2º andar – sala 2005. CEP: 31270-901 – BH-MG telefax (031) 3409-4592 - email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

O nome do Sr.(a) e quaisquer outras informações que possam lhe identificar não aparecerão em nenhuma apresentação ou publicação resultantes desse estudo. O participante deve ter ciência de que a qualquer momento pode retirar o seu consentimento de participação, sem que isso implique em perda de direitos pré-existentes ou prejuízo no relacionamento profissional, pessoal e no tratamento de sua patologia.

Confirmo que fui devidamente esclarecido sobre os propósitos e os procedimentos desse estudo e livremente aceito participar desta pesquisa.

Nome por extenso:

Assinatura:

Local e data:

Declaro que pessoalmente expliquei ao participante os propósitos e procedimentos do estudo.

-----  
Fernando Silva Neves

-----  
Leandro Malloy-Diniz

-----  
Sílvia Mendonça da Matta

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **ANEXO 3 – Escala para Avaliação de Depressão de Hamilton**

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número que melhor caracteriza o paciente na última semana.

#### **1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)**

0 ( ) Ausente

1 ( ) Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido

2 ( ) Sentimentos relatados espontaneamente com palavras

3 ( ) Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro

4 ( ) Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente

#### **2. SENTIMENTOS DE CULPA**

0 ( ) Ausente

1 ( ) Autorrecriinação; sente que decepcionou os outros

2 ( ) Ideias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações

3 ( ) A doença atual é um castigo

4 ( ) Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

#### **3. SUICÍDIO**

0 ( ) Ausente

1 ( ) Sente que a vida não vale a pena

2 ( ) Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte

3 ( ) Ideias ou gestos suicidas

4 ( ) Tentativa de suicídio ( qualquer tentativa séria, marcar 4)

#### **4. INSÔNIA INICIAL**

0 ( ) Sem dificuldades para conciliar o sono

1 ( ) Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora

2 ( ) Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

#### **5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA**

0 ( ) Sem dificuldades

1 ( ) O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite

2 ( ) Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar)

#### 6. INSÔNIA TARDIA

0 ( ) Sem dificuldades

1 ( ) Acorda de madrugada, mas volta a dormir

2 ( ) Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

#### 7. TRABALHO E ATIVIDADES

0 ( ) Sem dificuldades

1 ( ) Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos

2 ( ) Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade)

3 ( ) Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo)

4 ( ) Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda

#### 8. RETARDO (lentidão de ideias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0 ( ) Pensamento e fala normais

1 ( ) Leve retardo à entrevista

2 ( ) Retardo óbvio à entrevista

3 ( ) Entrevista difícil

4 ( ) Estupor completo

#### 9. AGITAÇÃO

0 ( ) Nenhuma

1 ( ) Inquietude

- 2 ( ) Brinca com as mãos, com os cabelos, etc
- 3 ( ) Mexe-se, não consegue sentar quieto
- 4 ( ) Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

#### 10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- 0 ( ) Sem dificuldade
- 1 ( ) Tensão e irritabilidade subjetivas
- 2 ( ) Preocupação com trivialidades
- 3 ( ) Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
- 4 ( ) Medos expressos sem serem inquiridos

11. ANSIEDADE SOMÁTICA (Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como: Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; Cardiovasculares: palpitações, cefaleia; Respiratórios: hiperventilação, suspiros; sudorese; ter que urinar frequentemente)

- 0 ( ) Ausente
- 1 ( ) Leve
- 2 ( ) Moderada
- 3 ( ) Grave
- 4 ( ) Incapacitante

#### 12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

- 0 ( ) Nenhum
- 1 ( ) Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen
- 2 ( ) Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

#### 13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

- 0 ( ) Nenhum
- 1 ( ) Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias. Perda de energia e cansaço
- 2 ( ) Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2

#### 14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0 ( ) Ausentes

1 ( ) Leves

2 ( ) Intensos

#### 15. HIPOCONDRIA

0 ( ) Ausente

1 ( ) Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2 ( ) Preocupação com a saúde

3 ( ) Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc

4 ( ) Ideias delirantes hipocondríacas

#### 16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0 ( ) Sem perda de peso

1 ( ) Provável perda de peso associada à moléstia atual

2 ( ) Perda de peso definida ( de acordo com o paciente)

3 ( ) Não avaliada

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0 ( ) Menos de 0,5 Kg de perda por semana

1 ( ) Mais de 0,5 Kg de perda por semana

2 ( ) Mais de 1 Kg de perda por semana

3 ( ) Não avaliada

#### 17. CRÍTICA

0 ( ) Reconhece que está deprimido e doente

1 ( ) Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc

2 ( ) Nega estar doente

ESCORE TOTAL DA HAM-D DE 17 ITENS: \_\_\_\_\_(Faixa de variação: 0-50)

**ANEXO 4 – Escala de Mania de Young - Young Mania Rating Scale (YMRS)**

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número que melhor caracteriza o paciente na última semana.

**1. HUMOR E AFETO ELEVADOS**

0 ( ) Ausente

1 ( ) Humor e afeto discreta ou possivelmente aumentados quando questionado

2 ( ) Relato subjetivo de elevação clara do humor

3 ( ) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso

4 ( ) Eufórico; risos inadequados, cantando

**2. ATIVIDADE MOTORA - ENERGIA AUMENTADA**

0 ( ) Ausente

1 ( ) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motoras

2 ( ) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados

3 ( ) Energia excessiva; às vezes, hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)

4 ( ) Excitação psicomotora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

**3. INTERESSE SEXUAL**

0 ( ) Normal; sem aumento

1 ( ) Discreta ou possivelmente aumentado

2 ( ) Descreve aumento subjetivo; quando questionado

3 ( ) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; autorrelato de hipersexualidade

4 ( ) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou por outras pessoas

**4. SONO**

0 ( ) Não relata diminuição do sono

1 ( ) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos que o habitual

2 ( ) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos que o habitual

3 ( ) Relata diminuição da necessidade de sono

4 ( ) Nega necessidade de sono

#### 5. IRRITABILIDADE

0 ( ) Ausente

2 ( ) Subjetivamente aumentada

4 ( ) Irritável em alguns momentos da entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria

6 ( ) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo

8 ( ) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível

#### 6. FALA (Velocidade e quantidade)

0 ( ) Sem aumento

2 ( ) Percebe-se mais falante que o seu habitual

4 ( ) Aumento da velocidade ou da quantidade da fala em alguns momentos; verborreico, às vezes com solicitação, consegue-se interromper a fala

6 ( ) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende as solicitações, fala junto com o entrevistador)

8 ( ) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)

#### 7. LINGUAGEM – DISTÚRBIO DO PENSAMENTO

0 ( ) Sem alterações

1 ( ) Circunstancial, pensamentos rápidos

2 ( ) Perde objetivos do pensamento; muda de assunto frequentemente; pensamentos muito acelerados

3 ( ) Fuga de ideias; tangencialidade; dificuldades para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante

4 ( ) Incoerência; comunicação impossível

#### 8. CONTEÚDO

0 ( ) Normal

2 ( ) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sócio-cultural do paciente, mas questionáveis

4 ( ) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição socioeconômica do

paciente; hiper-religioso

6 ( ) Ideias supervalorizadas

8 ( ) Delírios

#### 9. COMPORTAMENTO DISRUPTIVO AGRESSIVO

0 ( ) Ausente

2 ( ) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado

4 ( ) Ameaça o entrevistador, gritando; entrevista dificultada

6 ( ) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

#### 10. APARÊNCIA

0 ( ) Arrumado e vestido apropriadamente

1 ( ) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados

2 ( ) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero

3 ( ) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante

4 ( ) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras

#### 11. INSIGHT (Discernimento)

0 ( ) Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento

1 ( ) Insight duvidoso: com argumento admite possível doença e necessidade de tratamento

2 ( ) Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não relaciona com a doença ou discorda da necessidade de tratamento

3 ( ) Insight ausente: com argumento admite de forma vaga alteração comportamental, mas não relaciona com a doença ou discorda da necessidade de tratamento

4 ( ) Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento



## ANEXO 5 – Critério de Classificação Econômica Brasil



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

### SISTEMA DE PONTOS

#### Posse de itens

	0	Quantidade de Itens			
		1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

#### Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

### CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

**ANEXO 6 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

**Parecer nº. ETIC 0386.0.203.000-10**

**Interessado(a): Prof. Fernando Silva Neves  
Departamento de Saúde Mental  
Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 29 de setembro de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação de programa de psicoeducação direcionado a pacientes com transtorno afetivo bipolar**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is written over a faint circular stamp.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**