



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

SAMIR VIDAL MUSSI

**TRANSTORNO BIPOLAR:  
ADESÃO AO TRATAMENTO E PSICOEDUCAÇÃO**

---

Londrina  
2012

SAMIR VIDAL MUSSI

**TRANSTORNO BIPOLAR:  
ADESÃO AO TRATAMENTO E PSICOEDUCAÇÃO**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Análise do Comportamento, ao programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Dra. Maria Rita Zoéga Soares.  
Co-orientadora: Dra. Renata Grossi.

Londrina  
2012

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da  
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

### **Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

M989t	<p>Mussi , Samir Vidal. Transtorno bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação / Samir Vidal Mussi. – Londrina, 2012. 60 f.: Il.</p> <p>Orientador: Maria Rita Zoéga Soares. Coorientador: Renata Grossi. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2012. Inclui bibliografia.</p> <p>1. Transtorno bipolar – Tratamento – Teses. 2. Análise do comportamento – Teses. 3. WHOQOL – Teses. 4. Qualidade de vida – Teses. 5. Psicologia geral – Teses. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Grossi, Renata. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 616.895.3</p>
-------	---

SAMIR VIDAL MUSSI

**TRANSTORNO BIPOLAR:  
ADESÃO AO TRATAMENTO E PSICOEDUCAÇÃO**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares  
UEL – Londrina - PR

---

Profa. Dra. Maura Alves Nunes Gongora  
UEL – Londrina - PR

---

Prof. Dr. Felipe D'Alessandro F. Corchs  
Ipq – HCFMUSP – São Paulo

Londrina, 02 de julho de 2012.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador pelas coisas maravilhosas e imprevisíveis que aconteceram na minha vida.

Aos meus pais por me amarem incondicionalmente. À minha mãe por nunca ter desistido de me fazer estudar e ao meu pai pelos momentos leves de descontração ao telefone.

Aos meus irmãos Samuel e Simone por serem companheiros de vida. E ao Hugo pelo carinho e apoio emocional.

Ao Arthur e à Alice pelos momentos divertidos e descontraídos.

Às minhas tias Irene e Maria por me oferecer segurança na vinda para Londrina.

À minha orientadora Maria Rita Zoéga Soares por ter confiado em mim e pela coragem em, juntamente comigo, desbravar este tema desafiador. E também à minha co-orientadora, Renata Grossi, por valorizar tanto o meu trabalho.

Às psiquiatras Juliana Brum e Viviam Uemura por dividir comigo esta experiência do grupo. Mais que o conhecimento produzido com este trabalho, tenho comigo a amizade de vocês.

Aos estagiários Fernanda, Rebeca, Eduardo e Giovana pela dedicação nas avaliações e compromisso com o trabalho.

À minha terapeuta Fátima Conte por me ensinar a surfar nos respondentes aversivos e a desfrutar as coisas boas da vida.

Aos amigos da graduação Joelma, Carol, Renata e Bianca pelo apoio, mesmo que de longe.

Aos amigos que fiz em Londrina, Adriana, Carlos Henrique, Renatha, Natália e Rafa pelos cafés, conversas e carinho.

Aos colegas do mestrado pelos compartilhamentos de conhecimentos e angustias com o trabalho. Sobretudo à Monalisa, Cristina e Hellen.

À todos os pacientes deste estudo por revelarem suas histórias no grupo. Elas enriqueceram este trabalho e servirão para o tratamento de muitos outros.

MUSSI, Samir Vidal. **Transtorno bipolar:** avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento. 2012. 60 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

## RESUMO

A psicoeducação é uma das estratégias que deve ser inserida no tratamento de pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar e tem demonstrado eficácia para fomentar respostas relacionadas à adesão à medicação. O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de um programa de psicoeducação aplicado a 9 pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar, em tratamento em um hospital público. Para avaliação foram aplicadas as escalas de depressão (Hamilton), de mania (Young) e de Qualidade de Vida (WHOQOL). Foram realizadas 16 sessões de atendimento em grupo e os resultados mostraram que houve redução significativa na mania do pré para o pós-teste e melhora no domínio “Físico” da escala de Qualidade de Vida. Além disso, a alta frequência de pacientes com depressão leve e os relatos de conflitos familiares apontam a necessidade de intervenção com a família e focadas no treino de habilidades sociais.

**Palavras-chave:** Psicoeducação. Grupo. Transtorno afetivo bipolar. Análise do comportamento.

MUSSI, Samir Vidal. **Bipolar disorder:** evaluation of a psychoeducation program with a focus on behavior analysis. 2012. 60 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

### **ABSTRACT**

Psychoeducation is one of the strategies that must be entered in the treatment of patients with bipolar disorder and has demonstrated effectiveness in promoting answers related to medication adherence. The aim of this study was evaluating the effectiveness of a psychoeducation program applied to nine patients diagnosed with bipolar disorder receiving treatment in a public hospital. For evaluation, were applied scales of depression (Hamilton), mania (Young) and Quality of Life (WHOQOL). Sixteen sessions of group care were performed and the results showed significant reduction in mania evaluation after the intervention for six months and an improvement in the field "Physical" of the Quality of Life scale, evaluated before and after the intervention. Moreover, the high frequency of patients with mild depression and reports of family conflicts as antecedents of this episode showed the necessity of intervention with the family and focused on social skills training.

**Keywords:** Psychoeducation. Group. Bipolar affective disorder. Behavior analysis.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	7
<b>CAPÍTULO 1 – Intervenção Psicológica para Tratamento do Transtorno Bipolar</b> .....	8
<b>ARTIGO 1 – Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento</b> .....	22
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	39
<b>APÊNDICES</b> .....	42
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	43
Apêndice B – Gráficos do Humor Construído pelo Paciente.....	44
<b>ANEXOS</b> .....	47
Anexo A – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico .....	48
Anexo B – Guia de Entrevista Estruturada para a Escala de Avaliação de Depressão HAMILTON.....	49
Anexo C – Young Mania Rating Scale (YMRS)/Entrevista .....	55
Anexo D – Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL – Brev.).....	59

## APRESENTAÇÃO

O número de recaídas e internações em pacientes com transtorno bipolar é frequente e tal condição pode ser melhor compreendida pela dificuldade de adesão ao tratamento, incluindo o uso da medicação. A intervenção comportamental, principalmente com enfoque na psicoeducação, tem demonstrado efetividade quando aliada ao tratamento psiquiátrico. No entanto, poucos estudos têm avaliado de forma fidedigna os resultados desse tipo de intervenção para o tratamento do transtorno bipolar.

A presente dissertação apresenta resultados obtidos por meio de pesquisa que investigou a psicoeducação como intervenção comportamental para pacientes com transtorno bipolar. Optou-se por apresentá-la por meio de um capítulo de livro e um artigo científico. O primeiro trabalho compreende uma revisão teórica sobre as alternativas de intervenção psicológica para pacientes com transtorno bipolar, que será submetido à publicação no livro *Transtorno Bipolar, Série Práticas Clínicas* da editora Zagodoni. O segundo trabalho trata-se da avaliação de um programa de psicoeducação sob enfoque da *Análise do Comportamento*. Buscou-se incluir a descrição de estratégias de intervenção, bem como os dados individuais dos participantes do grupo. O referido artigo será submetido à *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Espera-se que os resultados demonstrados na dissertação contribuam para maior compreensão do transtorno bipolar e seu tratamento, incentivando futuros estudos na área.

## CAPÍTULO 1

### **Intervenção Psicológica para o Tratamento do Transtorno Bipolar**

Samir Vidal Mussi; Maria Rita Zoéga Soares; Renata Grossi

Devido à elevada taxa de não adesão ao tratamento e às constantes recaídas pelo não uso ou uso incorreto da medicação, tem-se procurado avaliar a eficácia de intervenções psicológicas que auxiliem pacientes com transtorno bipolar (TAB) a aderir ao tratamento (Santin, Ceresér & Rosa, 2005). O objetivo do presente capítulo é apresentar algumas estratégias de intervenção com ênfase na psicoeducação, tendo como um dos objetivos melhorar a adesão ao tratamento, definida como a observância às regras estabelecidas pelo médico para o tratamento do transtorno<sup>2</sup> (Santin, Ceresér & Rosa, 2005). A alta taxa de não adesão (47% dos pacientes em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos) aumenta a probabilidade de recorrência de episódios de mania e depressão, além de contribuir para internações e suicídios (Greenhouse et al., 2000).

Há maneiras de se mensurar se o paciente está seguindo as recomendações médicas, tais como a análise de seus relatos, a realização de exames de sangue para verificar a dosagem de substâncias, a contagem do número de comprimidos que o paciente tomou, as escalas de adesão e as perguntas aos familiares. No caso do TAB, um método muito utilizado costuma ser o exame de sangue para verificar se o paciente está fazendo uso correto do estabilizador de humor.

As motivações para a não adesão dos pacientes às recomendações médicas podem estar relacionadas às variáveis do próprio paciente (atitude e crenças em relação ao tratamento), ao uso de álcool e drogas, à falta de conhecimento sobre o transtorno, a características demográficas (sexo e idade), à história familiar de transtornos psiquiátricos, à estrutura familiar e à gravidade do transtorno. Além disso, há interferência de fatores relacionados ao medicamento, como regimes posológicos complexos, efeitos adversos e interações medicamentosas; e fatores relacionados ao profissional responsável, como atitude em relação ao transtorno e interação com o paciente (Santin, Ceresér & Rosa, 2005).

Em relação à não adesão do paciente aos estabilizadores de humor, algumas condições têm revelado influência sobre tal comportamento. Entre elas, pode-se indicar a não

---

<sup>2</sup> Embora na psiquiatria usem com mais frequência o termo doença, optou-se pelo termo transtorno por se considerar mais compatível com os princípios da Análise do Comportamento.

aceitação do controle do próprio humor por meio de medicamentos; o acometimento por um transtorno crônico que exige tratamento por toda a vida; a sensação de bem-estar sem necessidade da medicação; a percepção de ter se tornado menos atrativo para o parceiro e os amigos (aumento de peso); a experiência da falta dos “altos”; o estado de depressão e a perda da criatividade e produtividade, são exemplos da dificuldade para adesão ao tratamento medicamentoso (Greenhouse et al., 2000; Lingam & Scott, 2002).

O primeiro procedimento para se intervir no aumento da adesão de pacientes com TAB é identificar as variáveis que colaboram para a interrupção do tratamento. Para tanto, são significativas a adoção de medidas tomadas pelo profissional relacionadas ao fornecimento de informação sobre o transtorno e o tratamento, além do encorajamento para a continuidade do mesmo. Nesse sentido, intervenções como a psicoeducação, as terapias comportamentais, cognitivo-comportamentais e a terapia focada na família são estratégias propostas para o aumento da adesão.

Estudos demonstram que apenas 40% de todos os pacientes que aderem à medicação permanecem sem os sintomas. O baixo índice de pacientes que permanecem assintomáticos tem levado pesquisadores a investigarem tratamentos não farmacológicos como complemento para o TAB (Knapp & Isolan, 2005). Dentre as possibilidades de intervenção psicoterápica encontramos abordagens que consideram os processos grupais, familiares e individuais; e psicoeducativos, psicoterápicos ou combinados (Scott, 1995; Bauer et al., 1998; Colom et al., 1998; Rotbaum & Astin, 2000; Huxley et al., 2000). Estudos recentes têm sido melhor delineados e apontam as modalidades psicoeducacionais como intervenções eficazes (Colom et al., 2003). A introdução do lítio no tratamento, com a possibilidade de maior estabilidade dos sintomas, tornou viável a participação dos pacientes nessas modalidades de atendimento psicoterápico, inclusive em intervenções em grupo e psicoeducacionais. Atualmente, além do lítio, outros estabilizadores do humor tornaram possível tal tratamento.

Entre as propostas de intervenção, a psicoeducação, quando associada ao uso da medicação, tem se mostrado um tratamento eficaz para pacientes com TAB. Esta é uma estratégia limitada no tempo, estruturada, diretiva e focada na busca de resolução de problemas. De um modo geral, trata-se de um complemento do tratamento farmacológico e consiste em fornecer informações aos pacientes sobre seu transtorno, incluindo a etiologia, o funcionamento, o tratamento e o prognóstico. Basicamente, todas as abordagens de intervenção para pacientes com TAB deveriam focar a psicoeducação (Figueiredo et al., 2009).

Em muitos casos, a psicoeducação pode ser considerada uma intervenção breve. Essa modalidade pode beneficiar pacientes quanto à prevenção de novos episódios de humor e aumento na frequência de períodos mais prolongados de eutimia. Além disso, auxilia na identificação dos sintomas e na percepção da importância do uso da medicação.

O uso da psicoeducação como abordagem psicoterápica estruturada tem possibilitado comparar os sintomas no pré e pós-tratamento, mostrando sua eficácia (Beck, 1989). Tal abordagem oferece estratégias para o paciente lidar com conflitos e eventos de vida negativos, focando em suas características positivas e não só em aspectos relacionados ao transtorno. Em sessões de psicoeducação pode-se abordar a adesão ao tratamento medicamentoso; a redução do prejuízo acarretado pelo transtorno; a prevenção de novas recorrências; o aumento do engajamento da família; a informação sobre o TAB; o ensino de estratégias de manejo de problemas e sintomas; a regularidade na rotina; a melhora global na qualidade de vida dos pacientes; a não utilização de substâncias psicoativas; a promoção de hábitos saudáveis e o auxílio no manejo de eventos estressantes.

É importante que o paciente identifique pequenas alterações nos comportamentos (mudança na preferência de leituras, músicas ou vestimentas, por exemplo) que podem indicar o início de um novo episódio (mania ou depressão). Medidas terapêuticas podem ser tomadas nessa situação, prevenindo que esses comportamentos desencadeiem novos episódios. Nesse processo, o paciente deve ser um colaborador ativo, buscando identificar sinais de recaída e maneiras de lidar com a estigmatização (Gomes, 2010; Figueiredo et al., 2009; Basco & Rush, 2005; Knapp & Isolan, 2005; Colom & Vieta, 2004; Justo & Calil, 2004; Colom et al., 2003; Cochran, 1984).

A psicoeducação pode ser uma estratégia aplicada individualmente ou em grupo. As modalidades de intervenção em grupo apresentam diversas vantagens que incluem o atendimento de um maior número de pacientes frente à alta demanda do sistema público de saúde, a troca de experiências, o baixo custo com o tratamento e a possibilidade de treino ao vivo em habilidades sociais. Por esses motivos, atualmente tal modelo tem sido frequente alvo de estudos (Colom & Vieta, 2004; Gomes & Lafer, 2007; Gomes, 2010).

Um protocolo de psicoeducação em grupo foi criado e aplicado por Colom et al. (2003). Os resultados demonstraram um menor número de episódios de humor entre aqueles pacientes que participaram da modalidade de psicoeducação estruturada, bem como um maior período sem recorrências (Vieta *et al.*, 2009). A partir dessa experiência, foi criado um manual de aplicação de um programa psicoeducativo que inclui temas relacionados a: definição do TAB; fatores causais e desencadeantes; sintomas na mania e hipomania;

sintomas na depressão e estados mistos; curso e desfecho; tratamento com estabilizadores de humor; tratamento com agentes antimaníacos; tratamento com antidepressivos; níveis séricos de lítio, carbamazepina e valproato; gravidez e aconselhamento genético; psicofarmacologia *versus* terapias alternativas; riscos associados ao abandono do tratamento; álcool e drogas ilícitas; detecção precoce de episódios maníacos e hipomaníacos; detecção precoce de episódios depressivos e mistos; orientação diante de nova fase; regularidade do estilo de vida; técnicas de gerenciamento do estresse; e técnicas de resolução de problemas (Colom *et al*, 2003).

Considera-se que quanto mais o paciente conhece o seu quadro, mais é capaz de identificar os primeiros sinais de um episódio (sinais prodrômicos) e de desenvolver estratégias apropriadas para lidar com tais sintomas, o que influencia no sucesso do tratamento (Gomes & Lafer, 2007). Os resultados de estudos sobre o tratamento do TAB têm tido um papel importante na elaboração de intervenções psicológicas mais eficazes associadas ao tratamento medicamentoso, auxiliando na estabilização do humor, diminuindo internações hospitalares e aumentando o funcionamento social em diversas áreas (Huxley, Parikh & Baldessarini, 2000; Figueiredo et al., 2009; Colom & Vieta, 2004).

Lotufo Neto (2004) sugere técnicas e estratégias de autocontrole para que o paciente discrimine quais são os comportamentos típicos de cada episódio e quais os sinais indicativos de que pode entrar em uma crise. A identificação dos primeiros sinais de uma fase do transtorno é fator primordial para a escolha da melhor estratégia para prevenção de um episódio e internações. O paciente com TAB em fase eutímica (sem sintomas) pode identificar o que muda em sua vida durante a depressão ou a mania. Para isso, deve contar com o auxílio de pessoas próximas na descrição de tais mudanças comportamentais, mediante uma revisão dos sintomas de depressão e de mania, além da identificação do que costuma ocorrer no início de cada fase. Algumas técnicas disponíveis podem ser úteis nessa identificação. O mapeamento da vida, o gráfico de humor, a identificação de sintomas e o afetivograma são exemplos de técnicas para identificação de variáveis (antecedentes e consequentes do comportamentos de cada episódio) e descrição de comportamentos.

No mapeamento da vida, a pessoa deve traçar uma linha em folha de papel, identificando (por meio de altos e baixos e cores) os episódios de mania e depressão no curso de sua vida toda do paciente. Também pode indicar o número, sequência, intensidade e duração das fases, o impacto do tratamento e os acontecimentos importantes. A utilização de exemplos de outros mapeamentos pode auxiliar na compreensão e execução da tarefa (Lotufo Neto, 2004).

Algumas técnicas são eficientes para lidar com problemas comuns em episódios de mania. Em primeiro lugar, é de suma importância que o paciente identifique a possível proximidade de um episódio. Para isso, a construção do gráfico do humor pode auxiliar na detecção do início da fase, antes que não se tenha mais controle. Feito isso, é necessário tomar algumas medidas pautadas em limitar as atividades realizadas, estabelecer agenda de atividades (incluindo sono e alimentação), determinar prioridades e avaliar o gasto de energia.

A partir disso, outras medidas podem ser tomadas visando atenuar problemas específicos relacionados à mania (Lotufo Neto, 2004). Com relação ao sono, deve-se criar um programa de higiene do sono, estimular hábitos adequados, evitar estímulos excessivos (exercício físico, cafeína, etc.), praticar o relaxamento. Quanto à irritabilidade, deve-se reconhecê-la como sintoma de mania ou depressão e desenvolver respostas alternativas, tais como sair do local em que está tendo o conflito por algum tempo, pelo menos enquanto estiver irritado, expressar empatia pelos sentimentos dos outros, pedir desculpas e assinalar a presença de irritação antes que esta aumente (Lotufo Neto, 2004).

A hipersensibilidade à rejeição e à crítica é outra condição que deve ser considerada. A família pode auxiliar o paciente a perceber quando está irritado de modo que ele desenvolva estratégias para lidar com tal situação (Lotufo Neto, 2004). Outro comportamento preocupante se refere aos gastos excessivos. Neste caso, deve-se examinar sua natureza e se o paciente consegue controlá-lo. Além dos sintomas referidos, deve-se sempre verificar se outros sintomas de mania estão presentes.

Fatores estressantes do cotidiano podem não só contribuir para a piora e manutenção da depressão como também desencadear episódios. Portanto, é importante, em um processo psicoterapêutico, ensinar o paciente a lidar com os acontecimentos estressantes, relacionados a perdas, conflitos, mudanças de papel, déficits em habilidades sociais, perda da noção do si mesmo e problemas de relacionamento (Lotufo Neto, 2004).

Para o controle do estresse é importante treinar o paciente em resolução de problemas: definir e avaliar quais problemas são prioridades, investigar e descrever como solucionou problemas no passado e testar outras estratégias para resolução. Durante todo o processo, o terapeuta deve avaliar a capacidade e os recursos do paciente e analisar os obstáculos à mudança. Para Lotufo Neto (2004), técnicas de resolução de problemas e treino em habilidades sociais podem ser úteis no controle do estresse.

Como estratégia para lidar com os primeiros sinais da depressão, o paciente pode elaborar um diário de atividades para realizar no seu dia-a-dia, focando-se nas essenciais

(contas, limpeza doméstica, telefonemas importantes). Para execução dessas atividades é importante dividi-las em pequenos passos e começar por aquelas que têm maior chance de sucesso, estabelecer alvos razoáveis, incluir nessa lista atividades prazerosas e colocá-las em prática (Lotufo Neto, 2004).

Para outros problemas específicos relacionados à depressão, Lotufo Neto (2004) propõe também algumas estratégias. Pacientes que se sentem culpados por estarem ociosos demais devem ser informados de que sua condição não é falha de caráter, mas, sim, um sintoma, cabendo a ele se esforçar para direcionar a energia disponível para o que é possível de ser mudado.

Quanto aos relatos de perda da capacidade de sentir prazer, sugere-se que o paciente elabore uma lista de atividades agradáveis e as realize, mesmo que a contragosto. Se ele tiver dificuldade em tomar decisões, recomenda-se pedir que alguém faça a escolha por ele ou fazê-la previamente, analisando as vantagens e desvantagens sem antecipações catastróficas das escolhas.

Um bom profissional deve sempre perguntar ao paciente sobre a ideação suicida, avaliar sua letalidade e ajudá-lo a reformular algumas regras (“sou um incômodo, um peso para as pessoas, ninguém me aguenta mais”). Familiares devem ser auxiliados para melhor compreenderem o problema e instruídos no modo de reação frente a tal situação. Sugere-se sempre confirmar o que foi dito pelo paciente, a fim de se certificar que compreendeu a situação, utilizando de linguagem direta e clara para evitar equívocos (Lotufo Neto, 2004).

### **Psicoeducação e Terapia focada na família (TFF)**

Os aspectos trabalhados no processo psicoeducacional com familiares de pacientes com TAB são semelhantes aos utilizados com os próprios pacientes. Alternativas para lidar com o transtorno, manejo de sintomas, prevenção de recaída, comunicação para a resolução dos problemas, identificação precoce dos sintomas, adesão ao tratamento, estresse na família e fatores que podem induzir crises em pacientes são exemplos de conteúdos que devem ser inseridos no trabalho com a família. Além disso, deve-se buscar a melhora na qualidade da comunicação entre familiares (Johnson & Leahy, 2004).

É importante que os profissionais envolvam familiares no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar devido à dificuldade no manejo desses pacientes (Miklowitz & Goldstein, 1997). A participação do familiar tem demonstrado benefícios tanto para a

adesão ao tratamento medicamentoso como diretamente sobre os resultados terapêuticos (Colom et al., 2003; Colom & Lam, 2005).

Tal estratégia se faz necessária porque familiares de pacientes com TAB possuem índices de estresse elevados a fim de atender às exigências da situação. Frequentemente, familiares apresentam queixas relacionadas a problemas físicos e sintomas depressivos, além de maior emissão de comportamentos de risco, maior uso de serviços de saúde e menor sentimento de apoio social (Figueiredo et al., 2009; Chadda, Singh, & Ganguly, 2007; Perlick et al., 2007).

A TFF possibilita diminuição da frequência de recaídas no paciente, maior período de remissão de episódios do transtorno, maior redução na sintomatologia de humor e melhor adesão ao tratamento. Percebe-se que pacientes com pouca habilidade para resolução de problemas e que vivem em uma família com muitos conflitos têm maior probabilidade de apresentar episódios depressivos. Nesse sentido, entende-se que a família pode auxiliar na descrição de sintomas de difícil discriminação pelo paciente, tais como aqueles vivenciados em episódios de mania. Além disso, a inclusão da família auxilia na adoção de estratégias de aceitação e participação no tratamento. No caso de problemas conjugais, a terapia de casal associada aos tratamentos usuais pode ser útil.

### **Intervenção com casais**

Embora tenham sido encontrados apenas dois estudos sobre a terapia de casal no tratamento do TAB, na prática tal intervenção tem demonstrado efetividade para o controle de sintomas e desenvolvimento de repertório (Davenport et al., 1977; Clarkin et al., 1998). Em uma pesquisa com 65 pacientes, foram avaliadas três estratégias de intervenção, quais sejam, a terapia de casal mais manejo da medicação, apenas o manejo da medicação e o atendimento usual. Os resultados demonstraram que a terapia de casal, juntamente com a medicação, apresentou melhor contribuição com relação ao funcionamento social e diminuição do número de hospitalizações em um seguimento de dois a dez anos (Davenport et al., 1977).

Outro estudo comparou dois grupos, um que recebeu 11 meses de tratamento usual e outro que recebeu, além desse tratamento, mais 25 sessões de terapia de casal. O segundo grupo apresentou taxas significativamente mais elevadas de funcionamento psicossocial e de adesão à medicação em comparação com o que recebeu apenas o tratamento convencional (Clarkin et al., 1998). Ambos os estudos indicam a eficácia de intervenções

dirigidas ao casal no tratamento do transtorno bipolar e a importância de se continuar avaliando tal estratégia.

### **A Psicoeducação como uma estratégia de intervenção comportamental**

A abordagem comportamental para o tratamento de pacientes com TAB consiste basicamente em ensinar o paciente a realizar uma análise funcional do seu próprio comportamento, com o objetivo de adotar medidas que previnam sintomas típicos de episódios de mania e depressão, além do manejo comportamental. Segundo Delitti (2008), um dos melhores procedimentos terapêuticos consiste em ensinar o paciente a analisar contingências do seu ambiente envolvidas na queixa, a identificar a relação entre comportamentos e consequências e a construir suas próprias regras.

A psicoeducação como intervenção comportamental apresenta objetivos importantes relacionados à prevenção de recaídas, aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e à melhoria na qualidade de vida. Um exemplo dessa modalidade foi desenvolvido por Mussi (2012), que adaptou o programa de Pelegrinelli (2010); Gomes (2010); e Colom e Vieta (2004) com etapas do tratamento que incluíram o fornecimento de informação sobre o transtorno e o tratamento; a descrição da topografia do comportamento em períodos de crise e os Estímulos Antecedentes (SA's) para os mesmos; o treinamento para o manejo desses comportamentos; o autocontrole e a manutenção de hábitos regulares de vida.

O programa de atendimento desenvolvido por Mussi (2012) implica no fornecimento de informação ao paciente sobre o transtorno (sintomas comuns na mania e depressão), gravidez e aconselhamento genético, uso de drogas e álcool e tratamento medicamentoso (possíveis efeitos colaterais da medicação e o que fazer para amenizar tais efeitos). O autor considera que quanto mais o paciente estiver informado sobre seu quadro, mais pode ser capaz de identificar os primeiros sinais de um episódio (sinais prodrômicos) e de desenvolver estratégias apropriadas para lidar com tais sintomas, o que influencia no sucesso do tratamento. Percebe-se que, nessa etapa, os pacientes atendidos geralmente verbalizam dificuldade para aceitação de um transtorno que pode necessitar de medicação constante.

Após o fornecimento de informação, sugere-se o encorajamento para a realização de descrição da topografia do seu comportamento nos períodos de mania e depressão, ou seja, quais comportamentos apresentados durante tais períodos podem ter influenciado no diagnóstico do transtorno bipolar e se alguns desses padrões se repetiram

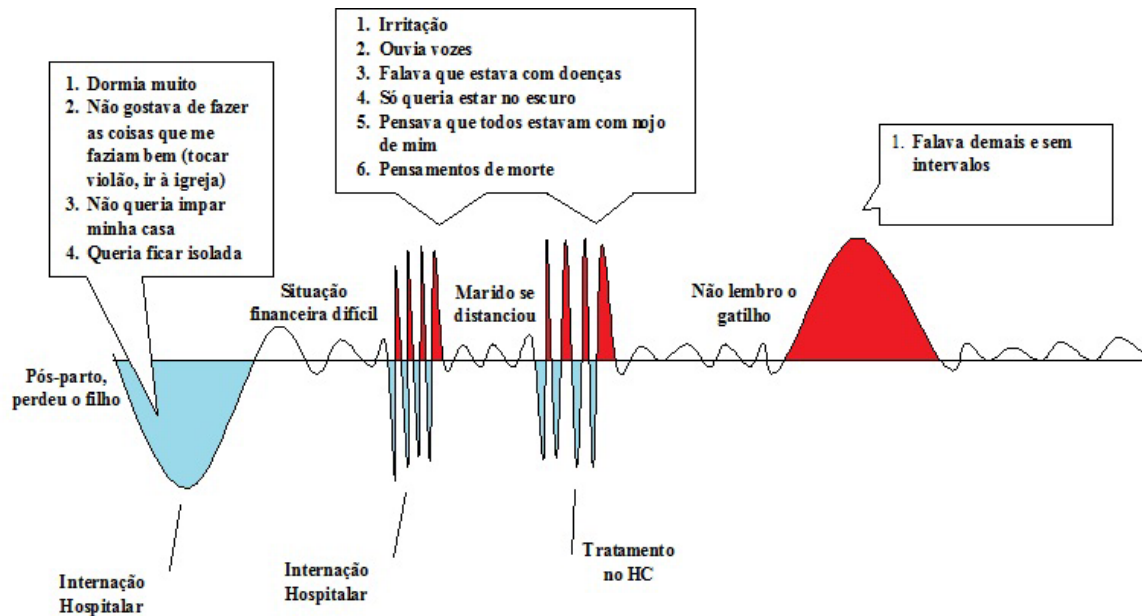
nesses períodos. O estudo de Mussi (2012) corrobora a pesquisa de Colom e Vieta (2004) ao mostrar que pacientes relatam com mais facilidade os comportamentos típicos de depressão do que os de mania. Nesse sentido, a inclusão da família pode ser uma aliada importante no tratamento por auxiliar nessa descrição.

A partir de outros estudos, observa-se que durante as sessões em grupo, pacientes podem não se identificar com o relato de outros membros por possuírem uma história de vida diferente. O contrário também pode ser verdadeiro, pacientes podem identificar comportamentos semelhantes ao de outros integrantes. Assim, além de proporcionar o autoconhecimento e identificação entre os membros, o trabalho em grupo, também contribui para que o paciente perceba aspectos diferenciados do seu quadro clínico (características presentes em outros participantes) e se sinta melhor compreendido por identificar padrões comportamentais parecidos em outros participantes.

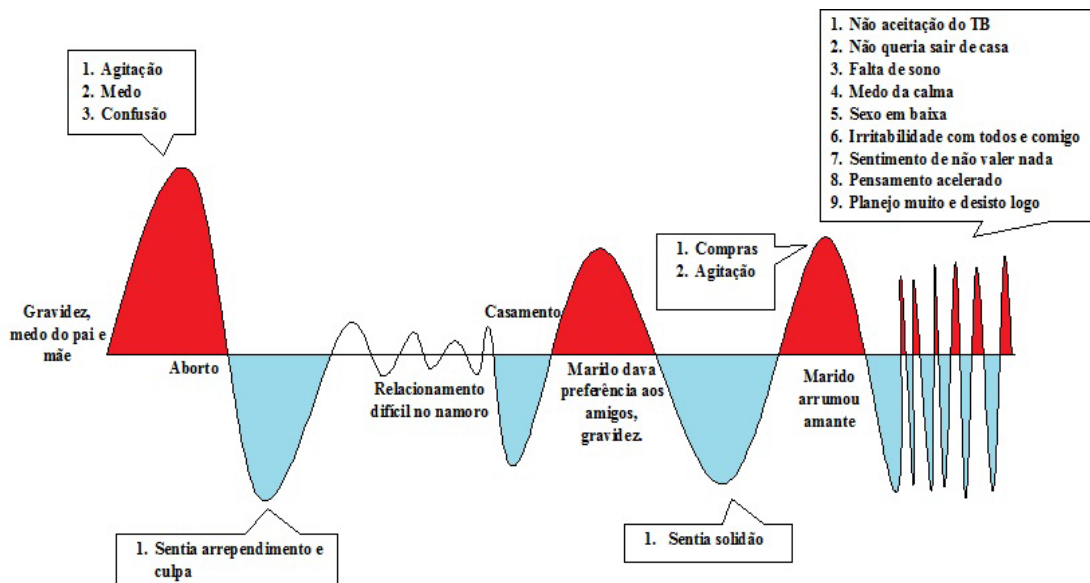
No manejo da adesão ao tratamento, deve-se avaliar a interação entre o paciente, a família e a equipe multidisciplinar. Para isso, o estudo de Mussi (2012) utilizou-se do contato com pacientes via telefone entre sessões de atendimento (com perguntas sobre seu estado, seu não comparecimento na consulta, etc.) revelando eficácia no sentido de melhorar o compromisso do paciente para com o tratamento (participação das sessões de grupo e consultas médicas) (Mussi, 2012).

Após o levantamento topográfico dos comportamentos de (hipo)mania e depressão alguns exemplos de gráficos de alteração do humor foram apresentados, a fim de que os participantes pudessem construir a sua própria representação. A ajuda do profissional ou mesmo de um familiar pode ser necessária. Tal atividade demonstrou que favorece na identificação de possíveis SA's para os episódios de mania ou depressão. As Figuras 1 e 2 não têm como objetivo definir os estados de humor, mas apresentar alguns exemplos de gráficos construídos por pacientes com base em eventos e comportamentos apresentados por eles.

**Figura 1** –Gráfico do humor ilustrado pelo paciente 3



**Figura 2** –Gráfico do humor ilustrado pelo paciente 2



Como pode ser verificado nas Figuras 1 e 2, dois pacientes representaram com frequência conflitos interpessoais, principalmente com familiares (separação, traições, abandonos), que atuaram como SA's para a apresentação de um episódio maníaco ou depressivo. Além da identificação dos SA's para a apresentação dos episódios, também foi importante que os pacientes identificassem os sinais mais leves de mudanças de comportamentos, denominados na literatura como “sinais prodrômicos”.

Sabe-se que no início da fase maníaca esses sinais podem ser identificados por meio de mudança repentina na preferência por determinadas leituras, músicas ou vestimentas; uso excessivo de maquiagem; diminuição da necessidade de sono; otimismo exagerado, com pouco planejamento; aumento do desejo de sociabilidade; pouca capacidade para ouvir; aumento da libido, entre outros. No início da fase de depressão pode ser comum a presença de tristeza, ansiedade, sentimento de inadequação, fadiga, apatia, diminuição da auto-estima, redução na *performance* acadêmica ou no trabalho e problemas de memória e atenção (Colom & Vieta, 2004).

A identificação dos sinais pode ter servido com estímulo discriminativo (SD) para que o paciente buscasse o atendimento psiquiátrico com vistas a reavaliar sua medicação. Além disso, foi aconselhável no caso de sintomas relacionados à mania, que o paciente diminuísse a frequência de atividades realizadas em sua rotina, prevenindo o episódio ou diminuindo sua intensidade e duração. Por outro lado, na depressão sugeriu-se que os participantes dormissem em torno de 8 horas por dia e estabelecesse uma rotina de atividades prazerosas.

### **Considerações Finais**

O presente capítulo apresentou estratégias de intervenção com ênfase na psicoeducação que contribuem para a melhora na adesão ao tratamento do TAB. A psicoeducação é uma estratégia fundamental a ser incluída nos programas de tratamento para esses pacientes. Além disso, a intervenção medicamentosa pode auxiliar no controle dos sintomas, possibilitando que pacientes se submetam à psicoterapia e se beneficiem desse processo, condição fundamental para o desenvolvimento de repertório consistente para lidar com as demandas advindas do transtorno.

Como estratégia para a prevenção de recaídas, é importante considerar que pacientes devam ser informados sobre as especificidades de seu transtorno e sobre como prevenir episódios. Além das técnicas apresentadas para lidar com os primeiros sinais, o treino em resolução de problemas e o manejo do estresse também podem auxiliar nessa condição e na melhoria da qualidade de vida.

Estudos bem delineados (com distribuição aleatória e um número significativo de pacientes) têm avaliado intervenções psicológicas para pacientes com o transtorno (Bebbington, 2004; Van Gent et al., 1988) e demonstrado a necessidade de se desenvolver e avaliar alternativas de intervenção mais eficazes para essa população.

## Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV – TR*. (4a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Basco, M. R. & Rush, A. J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. (2a. ed). New York: The Guilford Press.
- Bauer, M., McBride, L., Chase, C., Sachs, G. & Shea, N. (1998). Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *Journal Clinic Psychiatry*, 59(9), 449-455.
- Bauer, M. S. & McBride, L. (2006). *Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program* (2a ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Bebbington, P. (2004) Recent findings in bipolar affective disorder. *Psychol Medv*, 34(5), 767-776.
- Beck, A. T. (1989). Psychiatry: cognitive therapy for depression and panic disorder. *West J Med.*, 151(3), 311.
- Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., et al. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry*, 21(2), 81-86.
- Callaham, M. A. & Bauer, M. S. (1999). Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. *The Psychiatric Clinics of North América*, 22, 675-688.
- Chadda, R.K., Singh, T.B. & Ganguly, K.K. (2007). Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 923-930.
- Clarkin, J. F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P. & Glick, I. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv.*, 49(4), 531-533.
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol.*, 52(5), 873-878.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez, A., Jorquera A. & Gasto C. (1998). What is the Role of Psychotherapy in the Treatment of Bipolar Disorder? *Psychotherapy and psychosomatics*, 67(1), 3-9.
- Colom, F. & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Rev Bras Psiquiatr.*, 26(Supl. III), pp. 47-50.
- Colom, F. & Lam, D. (2005). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 20, 359-364.

- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G. & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60(4), 402-407.
- Davenport, Y., Ebert, M., Adland, M., et al. (1977). Couples Therapy as an Adjunct to Lithium Maintenance of the Manic Patient. *Journal of Orthopsychiatry*, 47, 495-502
- Delitti, A. M. C. (Org.); Derdyk, P. R. (2008). *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. (1a. ed.) Santo André: ESETec Editores Associados.
- Dogan, S. & Sabanciogullari, S. (2003). The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Arch Psychiatr Nurs*, 17(6), 270-275.
- Figueiredo, A.L.; Souza, L.; Dell'Áglio Jr. J.C.; Argimon, I.I.L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 11(1), 15-24.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1995). Structured clinical interview for DSM IV Axis I Disorders – patient edition (SCID/P, Version 2.0). *Biometrics Research Department*, New York, NY, New York State Psychiatric Institute.
- Gomes, B. C. (2010). *Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Gomes, B. C. & Lafer, B. (2007). Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. *Rev Psiqu Clin*. 34(2), 84-89.
- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J. et al. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand*. 109(2), 83-90.
- Greenhouse, W. J., Meyer, B. & Johnson, S. L. (2000). Coping and Medication Adherence in Bipolar Disorder. *J Affect Disord*. 59(3), 237-241.
- Huxley, N. A, Parikh, S. V. & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(3), 126-140.
- Johnson, S. L. & Leahy, R. L. (2004). *Psychological Treatment of Bipolar Disorder*. New York: Guilford Press.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Rev. Psiqu. Clín*. 31 (2), 91-99.
- Knapp, P. & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, (supl.1), 98-104.
- Lingam, R., Scott, J. (2002). Treatment Non-adherence in Affective Disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 105, 164-172.

- Lotufo Neto, F. (2004). Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Rev Bras Psiquiatr*; 26(Supl III), 44-6.
- Miklowitz, D. J. & Goldstein, M. J. (1997). *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L. et al. (2000). Treatment of Bipolar Disorder: 1 Year Effects of Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*, 48, 582-592.
- Miller, I., Keitner, G., Ryan, C., Uebelacker, L., Johnson, S. & Solomon, D. (2008). Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*, 69(5), 732-740.
- Mussi, S.V. (2012). *Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.
- Pelegriñelli, K. B. (2010) *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R. et al. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9, 262-273.
- Perry, A., Tarriner, N., Morriss, R., McCarthy, E. & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318(7177), 149-153.
- Rotbaum, B. & Aastin, M. (2000). Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*, 61(suppl 9), 68-75.
- Sajatovic, M., Ignacio, R. V., West, J. A., Cassidy, K. A., Safavi, R., Kilbourne, A. M. & Blow, F. C. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Compr Psychiatry*, 50(2), 100-107.
- Santin, A., Ceresér, K., Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev. Psiq. Clín.* 32, supl 1; 105-109.
- Scott, J. (1995). Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 167(5), 581-588.
- van Gent, E., Vida, S. & Zwart, F. (1988). Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. *Acta Psychiatr Belg*, 88(5-6), 405-418.
- Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A. & Martínez-Arán, (2009). A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*, 194(3), 260-265.

## ARTIGO 1

### **Transtorno Bipolar:** Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento<sup>1</sup>

### **Bipolar Disorder:** Evaluation of a Psychoeducational Program under the Behavior Analysis Focus

Samir Vidal Mussi<sup>2</sup>; Maria Rita Zoéga Soares<sup>3</sup>; Renata Grossi<sup>4</sup>

**Resumo:** A psicoeducação é uma das estratégias que deve ser inserida no tratamento de pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar e tem demonstrado eficácia para fomentar respostas relacionadas à adesão à medicação. O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de um programa de psicoeducação aplicado a 9 pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar, em tratamento em um hospital público. Para avaliação foram aplicadas as escalas de depressão (Hamilton), de mania (Young) e de Qualidade de Vida (WHOQOL). Foram realizadas 16 sessões de atendimento em grupo e os resultados mostraram que houve redução significativa na mania do pré para o pós-teste e melhora no domínio “Físico” da escala de Qualidade de Vida. Além disso, a alta frequência de pacientes com depressão leve e os relatos de conflitos familiares apontam a necessidade de intervenção com a família e focadas no treino de habilidades sociais.

**Palavras-chave:** Psicoeducação. Grupo. Transtorno afetivo bipolar. Análise do comportamento.

---

<sup>1</sup> A ser submetido à publicação na Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. O artigo está configurado de acordo com as normas do periódico.

<sup>2</sup> Mestrando em Análise do Comportamento – Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Rua Prefeito Hugo Cabral, Nº. 950 apto. 201, CEP 86020110, Centro – Londrina/PR. Telefone: (43) 88102017 / e-mail: samirmussi@gmail.com

<sup>3</sup> Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado em Psicologia da Saúde – Universidade de Valencia – Espanha. Docente do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento – Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina – Rodovia Celso Garcia Cid, PR 445, KM 380, Caixa Postal 6001, Cep 86051990, Londrina, PR, Fone/Fax: (43) 33714227.

<sup>4</sup> Doutorado em Psicologia Clínica – Universidade de São Paulo. Pós-Doutoranda em Psicologia – Universidade de Brasília. Docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina – Rodovia Celso Garcia Cid, PR 445, KM 380, Caixa Postal 6001, Cep 86051990, Londrina, PR, Fone/Fax: (43) 33714227.

**Abstract:** Psychoeducation is one of the strategies that must be entered in the treatment of patients with bipolar disorder and has demonstrated effectiveness in promoting answers related to medication adherence. The aim of this study was evaluating the effectiveness of a psychoeducation program applied to nine patients diagnosed with bipolar disorder receiving treatment in a public hospital. For evaluation, were applied scales of depression (Hamilton), mania (Young) and Quality of Life (WHOQOL). Sixteen sessions of group care were performed and the results showed significant reduction in mania evaluation after the intervention for six months and an improvement in the field "Physical" of the Quality of Life scale, evaluated before and after the intervention. Moreover, the high frequency of patients with mild depression and reports of family conflicts as antecedents of this episode showed the necessity of intervention with the family and focused on social skills training.

**Keywords:** Psychoeducation. Group. Bipolar affective disorder. Behavior analysis.

O Transtorno Bipolar (TAB) faz parte dos Transtornos de Humor e pode ser encontrado no DSM-IV sob o tipo I, quando há pelo menos um episódio de mania, e tipo II, quando há pelo menos um episódio de hipomania. Ambos podem ser acompanhados de um ou mais episódios de depressão maior (American Psychiatric Association, 2002). Para ser diagnosticado como portador de TAB, o paciente deve apresentar um conjunto de sintomas que representem um desvio marcante na sua forma habitual, acompanhado por prejuízos no convívio social, profissional e em outras áreas importantes da sua vida (APA, 2002; Kaplan & Sadock, 1997).

Os sintomas mais comuns da depressão incluem alterações no apetite, peso, sono, atividade psicomotora e humor; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade de raciocínio e concentração; planos ou tentativas de suicídio. Os sintomas mais comuns da mania são: autoestima "inflada", diminuição da necessidade de sono, aceleração na fala, fuga de ideia, agitação psicomotora e envolvimento excessivo em atividades prazerosas, mas que implicam grande risco de consequências dolorosas (APA, 2002).

As alterações do humor geralmente levam ao comprometimento social, interpessoal e ocupacional (Kaplan & Sadock, 1997). Além disso, o suicídio é um fator preocupante nesse transtorno. Cerca de um terço dos pacientes consultados na pesquisa de Colom e Vieta (2004) havia apresentado tentativas de suicídio.

O tratamento farmacológico é geralmente realizado com estabilizadores do humor, tais como o lítio, os anticonvulsivantes, os antipsicóticos e os antidepressivos ou com a eletroconvulsoterapia (Lotufo, 2004). Contudo, apenas 40% dos pacientes que aderiram ao tratamento medicamentoso se mantiveram sem recaídas (Knapp e Isolan, 2005). Por isso, o mais recomendado pela literatura seria a combinação entre o uso de medicação e a

psicoterapia com enfoque na psicoeducação (Colom & Vieta, 2004; Lotufo, 2004; Knap & Isolan, 2005; Gomes & Lafer, 2007; Figueiredo, Souza, Dell'Aglio & Argimon, 2009).

A psicoeducação consiste em, num primeiro momento, fornecer ao paciente informação sobre: o transtorno, o tratamento farmacológico, os efeitos colaterais da medicação, as dificuldades associadas ao transtorno, os riscos do uso de drogas, gravidez e aconselhamento genético, o risco de suicídio e hábitos regulares de vida. Em seguida, deve-se incentivar a identificação da topografia de seus comportamentos durante os episódios de mania, depressão ou estado misto, além dos estímulos antecedentes para os mesmos (Colom & Vieta, 2004; Lotufo, 2004; Knap & Isolan, 2005; Gomes & Lafer, 2007; Figueiredo, Souza, Dell'Aglio & Argimon, 2009).

Colom et al. (2003) desenvolveram recursos para auxiliar trabalhos em grupos de psicoeducação para pacientes diagnosticados com tal transtorno. Neste estudo, 120 pacientes com TAB do tipo I e do tipo II, que estavam sob tratamento farmacológico, foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos. O grupo experimental recebeu 21 sessões de psicoeducação. Ao final do estudo verificou-se neste grupo, que durante a fase de tratamento houve uma significativa redução no número de recaídas para todos os episódios do transtorno (mania, hipomania, depressão e estado misto) e que esses dados se mantiveram ao longo de dois anos. Além disso, houve uma redução significativa do número de internações desses pacientes.

No Brasil, encontramos dois estudos que avaliaram programas de psicoeducação para pacientes com TAB. Tais estudos foram realizados na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O primeiro foi realizado por Pelegrinelli, (2010), que avaliou o impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional de pacientes com o referido transtorno. Nesse estudo, 51 pacientes com TAB tipo I e II em tratamento farmacológico foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos. O grupo experimental foi composto por 29 pacientes que receberam 16 sessões de psicoeducação. No grupo controle, 22 pacientes receberam 16 sessões de relaxamento. Como medidas para os resultados, foram usadas escalas de mania, depressão, qualidade de vida, adequação social e uma avaliação clínica global respondidas pelos pacientes. Ao final do estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação aos sintomas de depressão e mania. Porém, houve uma melhora clínica global no grupo experimental e em uma das dimensões da escala de qualidade de vida, que diz respeito ao bem-estar do paciente em seu meio.

O outro estudo avaliou um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental para pacientes com TAB. Desse estudo participaram 50 pacientes, sendo que

23 receberam, além do tratamento farmacológico, 18 sessões de terapia cognitivo-comportamental. Os outros 27 pacientes foram submetidos apenas ao tratamento farmacológico. As avaliações foram feitas por meio de entrevistas telefônicas. Ao final do estudo, o protocolo não se mostrou eficaz na profilaxia de novos episódios de humor para esse grupo (Gomes, 2010).

Diante desses dados apresentados e da gravidade do TAB, torna-se necessária a realização de mais estudos que avaliem intervenções psicoeducacionais para pacientes com esse transtorno e possam colaborar para melhorar e adaptar modelos de intervenção. Além disso, a psicoeducação em grupo é um tratamento que pode beneficiar um grande número de indivíduos e auxiliar no atendimento da elevada demanda do sistema de saúde no Brasil.

Em relação aos outros estudos a presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório em Análise do Comportamento, visto que busca aprimorar a psicoeducação como uma intervenção comportamental através do trabalho interdisciplinar (Psicologia e Psiquiatria). Para isso foi analisado o impacto de um programa de intervenção psicoeducacional em grupo sobre os sintomas de mania e depressão, bem como sobre a qualidade de vida de pacientes com TAB, em tratamento psiquiátrico no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

## **Método**

### **Participantes**

Fizeram parte da pesquisa 9 pacientes em tratamento psiquiátrico no Hospital de Clínicas da UEL. Todos diagnosticados com transtorno bipolar segundo critérios da Entrevista Clínica Estruturada para transtorno bipolar versão clínica, baseada nos critérios diagnósticos, do eixo I, da Associação Americana de Psiquiatria (APA), do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, DSM-IV, traduzida e adaptada para o português por Del Ben et al (2001).

Desses 9 pacientes, 7 eram do sexo feminino, a maioria (6) morava com familiares, 4 eram casados, 3 separados (ou divorciados), 1 solteiro e 1 viúvo. Quanto ao nível de escolaridade, 1 era alfabetizado, 1 possuía o Ensino Fundamental incompleto, 2 o Ensino Médio completo, e os outros 5 ou estavam concluindo o Ensino Superior ou já o havia concluído. A maioria (7) possuía renda própria, em torno de 2 a 3 salários mínimos mensais.

Quanto às características clínicas, a média de idade do surgimento do transtorno foi de aproximadamente 26 anos e 7, dos 9 pacientes, já haviam tentado suicídio por mais de 2 vezes, sendo que todos, por pelo menos uma vez, o fizeram por ingestão de medicação. Além disso, 6 pacientes já haviam sido internados por motivos psiquiátricos, sendo que a frequência das internações variou entre 1 e 14 internações. Estes são dados que caracterizam a cronicidade dos pacientes atendidos neste estudo e, portanto, a necessidade de um acompanhamento medicamentoso e psicoeterápico por tempo indeterminado em função das avaliações periódicas realizadas pelos profissionais.

## **Instrumentos**

Segundo Colom e Vieta (2003), além da escassez de estudos sobre tratamento de pacientes com TAB, as pesquisas realizadas utilizaram instrumentos muito diferenciados, impossibilitando uma base de comparação. Assim, a escolha dos instrumentos de medida no presente estudo se baseou em Pelegrinelli (2010) e Gomes (2010), que serviram de base para discussão dos resultados.

Para avaliar a depressão foi utilizada a versão de 17 itens da escala de HAMILTON - HDRS (Gorenstein, Andrade, & Zuardi, 2000). Além de ter sido utilizada em outros estudos, essa escala também é conhecida mundialmente, pois é um instrumento que demonstra de forma consistente as modificações do paciente durante o tratamento (Moreno & Moreno, 2000). Os 17 itens da escala de HAMILTON podem ser pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4. Hamilton (1960) nunca definiu um escore para a escala; porém, segundo Del Porto, (1989), valores entre 7 e 17 podem colaborar para o diagnóstico de uma depressão leve, enquanto valores entre 18 e 24 indicam depressão moderada e valores acima de 25 podem sugerir pacientes gravemente deprimidos.

A mania foi avaliada por meio da escala Young - YMRS (Gorenstein, Andrade, & Zuardi, 2000). Os 11 itens desse instrumento se baseiam nos sintomas de mania descritos no DSM-IV (APA, 2002). A pontuação de cada item varia de 0 (ausência do sintoma) a 4 (presença do sintoma em sua forma mais grave). Porém, os itens irritabilidade, velocidade e quantidade da fala, conteúdo do pensamento e comportamento disruptivo agressivo possuem peso dobrado.

O instrumento utilizado para a avaliação da qualidade de vida foi a escala *WHOQOL-bref*, por demandar pouco tempo de aplicação e possuir características psicométricas satisfatórias (WHOQOL Group, 1998). A versão abreviada dessa escala possui

26 itens com alternativas de respostas que variam de 1 a 5 pontos. Dessas 26 questões, duas dizem respeito a questões gerais e o restante avalia quatro domínios da vida (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente).

## **Procedimento**

No início do estudo foram realizadas duas palestras para os pacientes no Hospital de Clínicas, com informações básicas sobre o transtorno e suas formas de tratamento. Essas palestras serviram como uma apresentação do estudo e do pesquisador, além de motivar os pacientes à participação na pesquisa.

Após as palestras foi realizado um levantamento de todos os pacientes diagnosticados com TAB, entre 18 e 60 anos de idade, que se encontravam em tratamento no serviço de psiquiatria do hospital até o período de fevereiro de 2011. Nessa etapa, foram encontrados 65 pacientes contatados via chamada telefônica para um breve esclarecimento sobre a pesquisa e levantamento do interesse em participar do estudo. Apenas 24 deles puderam ou aceitaram participar, o que pode caracterizar uma baixa adesão ao tratamento. Os motivos pela redução acentuada no número de participantes foram: internação, residência distante do hospital, trabalho no horário da realização do grupo, dificuldade em ter com quem deixar os filhos e desinteresse em participar da intervenção. Uma das principais dificuldades foi não constar o número atualizado do telefone no cadastro do Hospital. Os 9 participantes do estudo foram escolhidos por meio de sorteio. Este número está de acordo com o que sugere Delitti (2008), pois permite vantagens em termos de interação no grupo e atenção prestada a cada um.

As entrevistas ficaram sob-responsabilidade de 4 estagiários previamente treinados pelo pesquisador para a aplicação dos instrumentos de medida e foram realizadas na Clínica Psicológica da UEL ou no Hospital de Clínicas, enquanto os pacientes aguardavam na sala de espera pelo atendimento psiquiátrico.

## **Intervenção**

A proposta de intervenção foi adaptada dos estudos de Pelegrinelli (2010), Gomes (2010) e de Colom e Vieta (2004), por ser uma intervenção comportamental. Foram realizadas 16 sessões organizadas semanalmente em uma sala de grupo da Clínica Psicológica da UEL, com cerca de 90 minutos de duração.

Optou-se no presente estudo pelo formato de grupo fechado, no qual participam sempre os mesmos pacientes. Os atendimentos foram realizados por um terapeuta com formação em Psicologia (aluno do programa de mestrado em Análise do Comportamento) e duas co-terapeutas (alunas do curso de Residência em Psiquiatria da UEL) responsáveis pelo atendimento psiquiátrico desses pacientes.

De forma geral, o programa psicoeducacional teve como objetivo: incentivar os pacientes a descrever topograficamente seus comportamentos em episódios de mania, hipomania, depressão e estado misto (quando presentes), identificar variáveis para ocorrência desses comportamentos e oferecer informações sobre estratégias e técnicas comportamentais a serem aplicadas nesses períodos. As sessões sempre se iniciavam com uma vivência (10 a 15 minutos) com objetivo de preparar os participantes para a atividade principal (aproximadamente 60 minutos). Para finalizar, era aplicada uma atividade com o objetivo de descontrair e avaliar a compreensão do conteúdo apresentado (10 a 15 minutos).

Para adaptação do conteúdo do programa de intervenção a esse grupo específico, foram realizadas supervisões semanais com duas docentes do departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da UEL, que observavam as sessões conduzidas em sala espelho. Buscava-se discutir a atuação do terapeuta e co-terapeutas, as atividades desenvolvidas, as demandas do grupo e as estratégias a serem aplicadas no encontro seguinte. Os encontros foram sistematizados da seguinte forma.

O 1º encontro do grupo consistiu em uma apresentação da equipe de profissionais com descrição breve sobre a condução das atividades e os objetivos propostos para a pesquisa. Além disso, foram discutidas as regras para o funcionamento da intervenção: sigilo, frequência, pontualidade, respeito à opinião do outro e importância da participação. O conteúdo programado consistiu em informações sobre o tratamento, psicoeducação, número de encontros, objetivos e benefícios esperados.

No 2º encontro, fornecidas informações sobre aspectos gerais do TAB, possíveis causas, prognóstico, dados epidemiológicos, preconceitos e mitos em relação ao transtorno. Os pacientes também foram orientados sobre a quem buscar ajuda, o que explicar sobre o TAB e alternativas para a aceitação do mesmo. Foi necessária a inclusão de estratégias de “aquecimento” (10 a 15 minutos) a partir deste encontro, para preparar os participantes para as atividades previstas no programa. Incluíram-se nessa fase dinâmicas para se alcançar tal objetivo, como por exemplo, “danças circulares”, músicas, vídeos e vivências como a “vivência do ônibus” descrita em Brandão (2008).

Com o mesmo objetivo, sempre quando necessário, se permitiu uma pausa entre períodos grandes de informação, onde os participantes puderam levantar, tomar um suco, ir ao banheiro. Esta situação permitiu, além do descanso, maior aproveitamento posterior das atividades, possibilidade de interação entre os membros e maior descontração. Diante da seriedade do conteúdo tratado nas sessões, percebe-se que esta estratégia facilitou a compreensão das informações e a participação dos pacientes.

Para o 3º e 4º encontros, procurou-se orientar quanto aos sintomas mais frequentes na (hipo)mania, depressão, estado misto e sobre o suicídio. Além disso, os pacientes foram incentivados a descreverem a topografia dos seus comportamentos nesses episódios, identificando os sintomas que haviam apresentado anteriormente.

O gráfico de humor foi utilizado no 5º encontro, com o intuito de representar os episódios ocorridos no passado. Cada participante foi incentivado a elaborar seu próprio gráfico, com auxílio dos profissionais, retratando a topografia de seu padrão comportamental.

No 6º encontro, optou-se por diferenciar os conceitos de estímulo antecedente e causa biológica (influência da genética). Com isso, os pacientes identificaram em quais situações da sua história de vida (SAs), determinados comportamentos (sintomas) ocorreram e quais foram as consequências, aprendendo a relacionar funcionalmente os sintomas com as variáveis ambientais, caracterizando os episódios de depressão e de mania.

Com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento, no 7º, 8º e 9º encontros os pacientes foram informados sobre eletroconvulsoterapia, antidepressivos, estabilizadores do humor, níveis plasmáticos, sinais de intoxicação por lítio e quais as possíveis consequências, a longo prazo, do não uso ou uso incorreto da medicação (aumento do número de episódios e internações). Essa informação foi valorizada pela presença das psiquiatras no grupo, pois puderam esclarecer com mais propriedade as dúvidas sobre a medicação, seus efeitos colaterais e sugestões de como amenizá-los.

Ainda em relação ao tratamento, no 10º e 11º encontros, os pacientes foram informados sobre gravidez, aconselhamento genético, tratamento farmacológico *versus* tratamentos alternativos e o uso de substâncias psicoativas.

No 12º encontro os participantes foram orientados a detectar os primeiros sintomas, os sinais prodromicos e as estratégias que deveriam ser utilizadas nesta situação. No 13º e 14º encontros foram abordados de modo informativo temas relacionados à resolução de problemas e assertividade. Como resolução de problemas buscou-se informar sobre como inibir a tendência a responder impulsivamente, gerar maior número de soluções possíveis e

escolher a solução mais apropriada. Em relação à assertividade, buscou-se diferenciar os comportamentos assertivos, não assertivos e agressivos.

Finalmente, nos dois últimos encontros foram informados sobre o estresse, como identificá-lo e como proceder durante uma crise (por exemplo: exercício de respiração diafragmática e relaxamento progressivo). Incluiu-se orientação sobre a importância dos hábitos regulares de sono, alimentação e exercício físico, na prevenção de novos episódios. Ao final, foram sugeridos alguns livros e filmes sobre o transtorno.

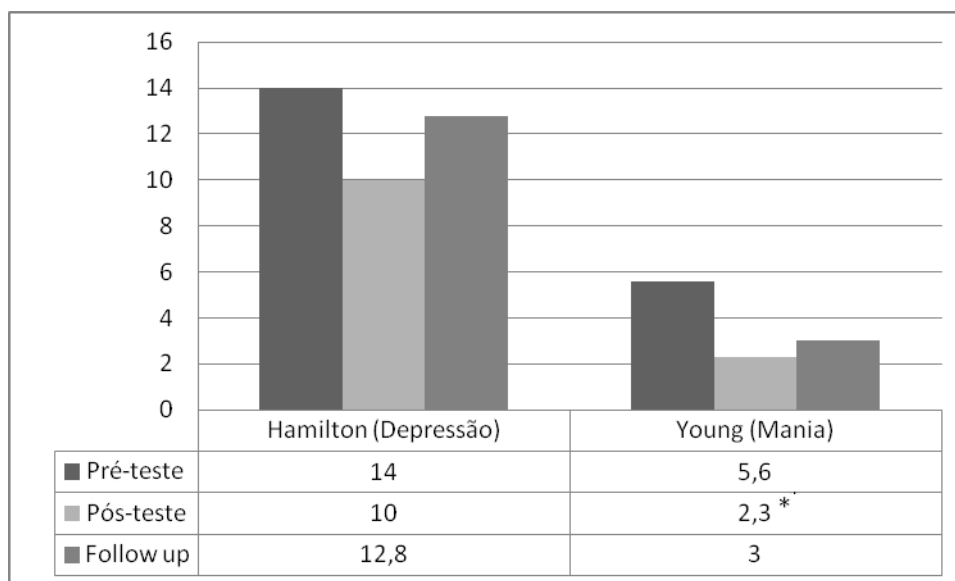
## **Resultados e Discussão**

Os resultados foram organizados no sentido de apresentar a análise estatística do estudo, incluindo dados referentes à aplicação das escalas de medida e, posteriormente, discussão da aplicação do programa de atendimento em grupo, identificando aspectos individuais dos participantes.

As respostas aos instrumentos foram computadas e analisadas no programa SPSS 17.0. Como se trata de uma amostra pequena, para comparar as médias das respostas dos pacientes aos instrumentos de medida antes e após a intervenção e seis meses depois (*follow up*) foi utilizado o teste *Wilcoxon*, adotando  $P < 0,05$  como nível de significância. Para melhor visualização, os dados estão representados em gráficos de barras e as discussões foram pautadas na literatura consultada.

Os resultados dos escores médios das respostas às avaliações Hamilton, Young e WHOQOL) antes, após e seis meses depois da intervenção (*follow up*) estão ilustrados nas Figura 1, 2, 3 e 4.

**Figura 1** –Escala Hamilton (depressão) e Young (mania) de acordo com as médias do escore das respostas do grupo antes e após a intervenção e no *follow up*



$p < 0,05$  para diferenças entre as avaliações da mania antes e após a intervenção

Como é possível observar, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas dos escores médios do grupo entre as avaliações da escala de depressão. Contudo, para a mania, houve uma diferença desse escore entre as avaliações antes e após a intervenção, o que indica melhora nos sintomas. No estudo de Pelegrinelli (2010), a melhora da mania foi encontrada tanto no grupo controle quanto no experimental, portanto ainda restam dúvidas se essa melhora se deve ou não à intervenção psicoeducativa.

Estudos sobre psicoeducação para o atendimento de pacientes com TAB demonstram boa eficácia na prevenção do quadro maníaco (Perry et al., 1999; Simon et al., 2006; Bauer et al., 2006). Por outro lado, a pesquisa de Colom et al. (2003) apresentou eficácia do programa de psicoeducação tanto para os sintomas de mania quanto para a depressão. Além disso, os estudos que abordam a psicoeducação para familiares e/ou terapia de casal demonstraram bons resultados na profilaxia da depressão e melhora nas relações sociais (Davenport et al., 1977; Clarkin et al., 1998; Miller et al., 2008). Portanto, pode-se inferir que as intervenções focadas nos pacientes contribuem para a melhora da mania e as focadas nos familiares melhoram a depressão.

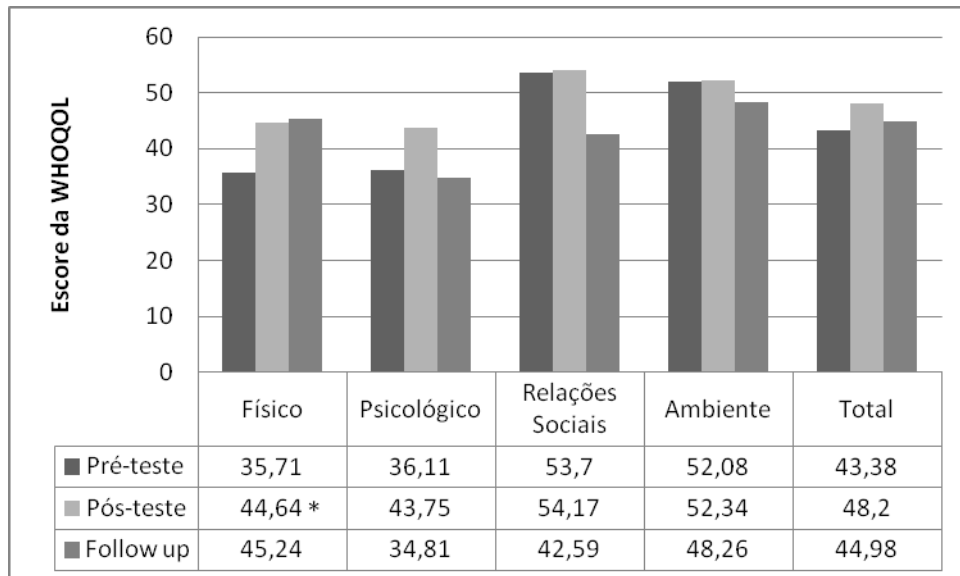
Essa suposição é corroborada pela verbalização de estímulos antecedentes descritos nos gráficos do humor pelos pacientes no grupo (Apêndice B), o que demonstra que conflitos familiares podem estar associados à episódios de depressão. Isto justificaria o fato das intervenções focadas nos familiares contribuírem para prevenção de episódios de depressão. Os estímulos antecedentes trazidos pelos pacientes para estes episódios foram:

conflitos com os familiares (brigas com pai, mãe, filhos e separação dos pais) e conflitos com o cônjuge (separação, traição e término de relacionamento).

A maioria dos SA's identificados para a mania se concentrou no uso de antidepressivos (Apêndice B). Esse dado corrobora com pesquisas que defendem uma mudança de paradigma na compreensão do transtorno, incluindo a noção de espectro bipolar. Tal conceito é considerado um fator que pode contribuir para a prevenção de episódios de mania advindos da administração inadequada de antidepressivos (Alcantara et al., 2003; Del Porto, 1999).

Quanto aos SA's para a depressão, é possível notar que a maioria dos pacientes relataram problemas com o cônjuge e ou familiares. Esses dados, em conjunto com os da Figura 3 (maioria dos pacientes estavam deprimidos), sugere a necessidade de intervenções focadas na família para melhora do quadro depressivo, conforme demonstrado nas pesquisas de Davenport et al. (1977), Clarkin et al. (1998) e Miller et al. (2008). Interessante notar que este resultado corrobora com o estudo de Pelegrinelli (2010), que aponta problemas familiares como preditores da baixa adesão ao tratamento. Além disso, pacientes com TAB apresentam dificuldades em manter relacionamentos íntimos e escores reduzidos de habilidades sociais em alguns domínios, como descritos na literatura (Suppes et al., 2001; Rocca et al., 2008). Escores de piora no domínio "Relações Sociais" da escala de Qualidade de Vida (WHOQOL) estão de acordo com estes resultados. A Figura 2 mostra os dados desta escala antes e após a intervenção e no *follow up* para cada domínio da vida (Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente) e item total.

**Figura 2** – (Qualidade de Vida) de acordo com as porcentagens médias do grupo no antes e após a intervenção e no *follow up* para cada dimensão e item total

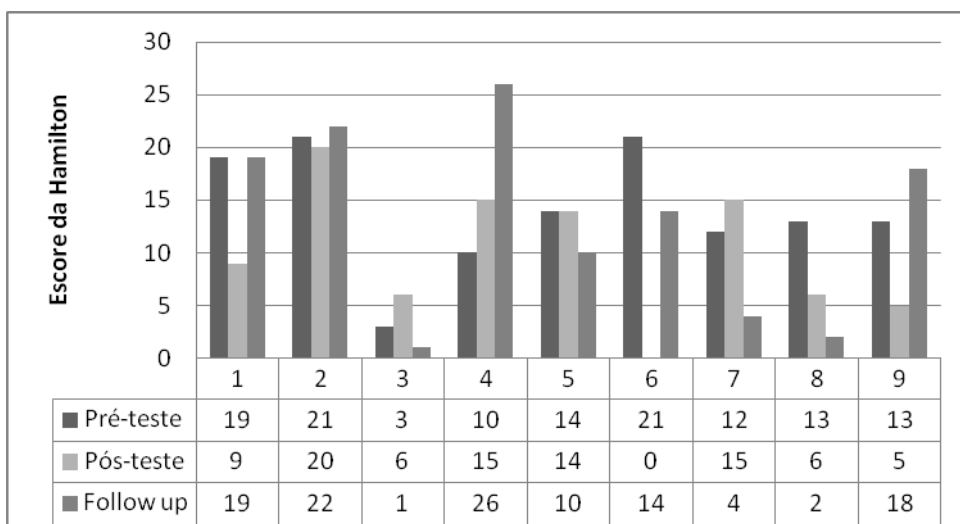


$p < 0,05$  para diferença no domínio “Físico” antes e após a intervenção

Resultados que podem indicar melhora foram encontrados da avaliação antes para a após o tratamento no domínio “Físico”. As facetas desta dimensão que mais apresentaram sinais de melhora foram o quão satisfeito o paciente estava com sua capacidade para trabalhar, o quanto de energia possuía para encarar o dia-a-dia e o quão satisfeito estava com o sono.

Os resultados individuais para a escala de depressão (Hamilton) do pré e pós-teste e follow up localizam-se na Figura 3.

**Figura 3** – Escala Hamilton (depressão) de acordo com o escore individual no pré e pós-teste e *follow up*



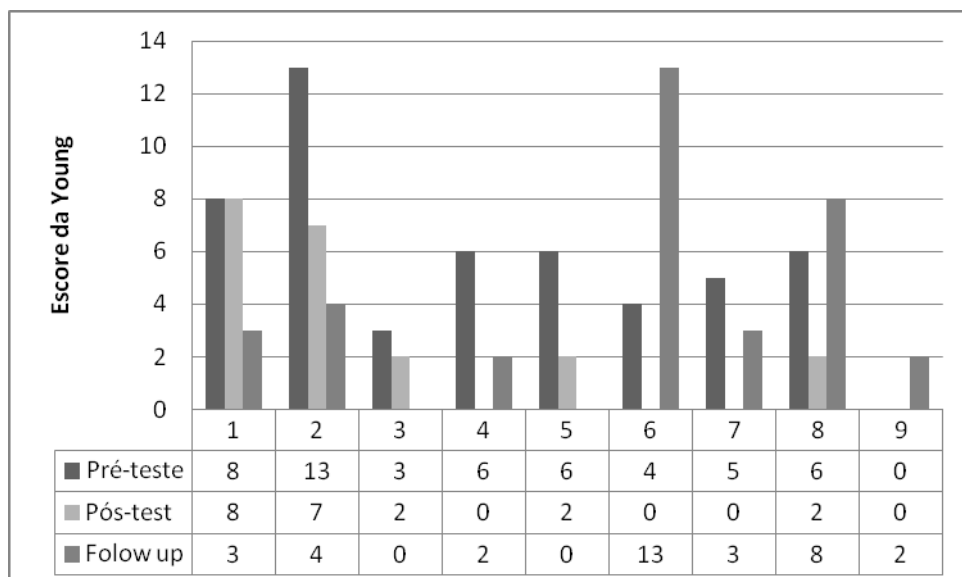
É possível observar que a maioria dos pacientes estava em estado deprimido e que os pacientes 7 e 8 se deslocaram de um estado de depressão leve (7 a 14) para a eutímia (abaixo de 7) ao final das avaliações, de acordo com os critérios definidos por Del Porto (1989). Estes dois pacientes também apresentaram escores de melhora percebida para o domínio “Relações Sociais” e “Saúde Física” da escala de Qualidade de Vida (WHOQOL).

O único paciente que se encontrava eutímico ao início do tratamento foi o participante 3. Este se manteve nesta condição até o final das avaliações e apresentou altos escores em todos os domínios da escala de Qualidade de Vida (WHOQOL). No entanto, o participante 4 apresentou piora tanto para a depressão quanto em todos os domínios da Qualidade de Vida. Durante o processo de intervenção, o irmão deste paciente faleceu e o mesmo teve recaídas para o alcoolismo, sendo o único do grupo, que possuía um quadro de alcoolismo associado, fator que determina piora significativa no prognóstico do TAB (Gomes, 2010; Gomes & Lafer, 2007).

Os participantes 1, 6 e 9 apresentaram melhora do pré para o pós-teste e piora do pós-teste para o follow up, tanto nos sintomas depressivos quanto nos domínios “Psicológico” e “Relações Sociais” da escala de Qualidade de Vida. Desses três pacientes, a única variável identificada que pode ter influenciado para a piora do quadro depressivo, foi o participante 6 que se submeteu à cirurgia bariátrica e se encontrava em recuperação.

Para a mania (Young) os resultados individuais do pré e pós-teste e follow up encontram-se na Figura 4.

**Figura 4** –Escala Young (mania) de acordo com o escore individual no pré e pós-teste e *follow up*



Os escores individuais de dois pacientes (6 e 8) pioraram da avaliação antes do tratamento para *follow up*. Foram identificadas variáveis que podem ter favorecido tais resultados. Um dos participantes estava em fase pós-operatória (6) de cirurgia bariátrica e o outro (8), havia sido aprovado em concurso público e por isso mudou de cidade. Importante salientar que o participante (8) apresentou escores de melhora em todos os domínios da escala de Qualidade de Vida.

Os pacientes 1, 2 e 5 apresentaram melhora ao final das avaliações para os sintomas da mania. A participante 2 se queixava frequentemente do marido e de dificuldades de relacionamento com a filha e familiares (“Me sinto excluída, ninguém gosta de mim”). Durante o processo de intervenção, os membros do grupo passaram a dar sugestões sobre o que poderia ser feito, como se cuidar e se valorizar mais. Quando esta paciente começou a apresentar menos queixas, os participantes reconheceram e demonstraram verbalmente tal condição (“Eu acho que a paciente 2 foi a que mais melhorou no grupo”). Essas verbalizações podem ter influenciado nos resultados de melhora desta participante. Ainda assim, os prováveis motivos de alterações nos dados, tanto para melhora, quanto para piora do quadro, são hipóteses levantadas neste estudo e que indicam a necessidade de serem melhor investigadas.

Dados qualitativos complementares demonstraram que, ao iniciar as atividades no grupo, diante do fornecimento de informações gerais, pacientes demonstraram desinteresse e muitos, até cochilavam. Atribuiu-se tal comportamento ao desconhecimento pelo tipo de atividade a ser desenvolvida, horário de início das atividades (14 horas) e efeitos da medicação (relatos dos próprios pacientes no grupo). Para isso foram tomadas algumas medidas, como já citadas na intervenção (vivências, danças, vídeos).

Como pacientes com TAB geralmente possuem baixa adesão ao tratamento, deve se priorizar a relação com o médico e ou terapeuta (Santin, Ceresér & Rosa, 2005). Um exemplo de cuidado com a qualidade do vínculo pode-se citar o contato telefônico frequente do terapeuta, sempre que o paciente não comparecia às sessões, ressaltando a importância do mesmo. Além disso, a presença das psiquiatras nas sessões facilitou para que pacientes se sentissem mais a vontade porque tais profissionais acompanhavam os casos há algum tempo e puderam esclarecer aspectos relacionados à medicação e ao transtorno, visto que informar sobre o tratamento farmacológico pode aumentar a adesão (Santin, Ceresér & Rosa, 2005).

Um indicativo do interesse pela participação nos encontros foi que com o passar do tempo, os participantes se reuniam informalmente antes e após a intervenção. Neste período geralmente conversavam entre si sobre assuntos pessoais, sugeriam nomes de

terapeutas para atendimento individual, relatavam problemas familiares. Tais comportamentos verbais e os não verbais (abraços, gestos de carinho, tocar violão) observados nestas situações sugeriu que para muitos membros, esta interação passou a ser uma condição reforçadora, que pode ter auxiliado na adesão ao processo.

Embora se trate de uma intervenção programada, com tempo determinado para terminar e conteúdo previsto para cada encontro, procurou-se neste estudo seguir as demandas do grupo. Como os participantes possuíam queixas frequentes sobre problemas familiares, dúvidas em relação ao tratamento medicamentoso e interesse em entender o assunto abordado, tal condição foi considerada e atendida, mesmo que se consumisse mais tempo nas sessões. Num processo como este é importante que se considere tanto os interesses do pesquisador e outros profissionais envolvidos quanto as necessidades dos pacientes.

Durante a parte informativa sobre o transtorno, percebeu-se que utilizar exemplos sobre o conteúdo abordado auxiliava na compreensão e participação dos membros. Esta observação corrobora com a descrição de Delitti (2008) sobre a aplicação de estratégias na terapia Analítico Comportamental em grupo, onde dar exemplos do cotidiano torna o conteúdo informado mais acessível.

As informações prestadas sobre os sintomas típicos de cada episódio se mostrou uma estratégia relevante na discriminação de comportamentos e SA's para cada fase do TAB. Dar exemplos de comportamentos típicos de mania e depressão aumentou tanto a discriminação quanto a capacidade de descrição dos episódios. Segundo Delitti (2008), ensinar o paciente a fazer análise funcional do seu próprio comportamento traz benefícios mais duradouros e generalizados. Para isso a autora ressalta que não há necessidade do uso de termos técnicos para que o paciente entenda a função dos seus comportamentos. Nesse sentido, uma estratégia didática sugerida por Lotufo (2004) foi a construção do gráfico de humor, utilizada no grupo, que auxiliou na realização da análise funcional.

Com o gráfico do humor foi possível indicar aproximadamente o número, sequência e comportamentos nas diferentes fases (Lotufo, 2004). Esta técnica também se mostrou um método eficaz para ensinar o paciente a discriminar quais foram os SA's para seus comportamentos. Algumas observações sobre os gráficos do humor construídos pelos participantes deste estudo (Apêndice B) serão tratadas a seguir.

Nos gráficos dos participantes 1 e 2 foi possível observar que os estímulos antecedentes mais frequentes para a depressão foram a separação, rompimento de relacionamento e conflitos conjugais. Neste sentido, é importante esclarecer que a paciente 1 residia sozinha e sua medicação estava sendo administrada por um colega de serviço. Além

disso, relatava ser ignorada no ambiente de trabalho, com indicativos de que era alvo de assédio moral pelos colegas. A paciente 2 se queixava frequentemente de conflitos com o cônjuge e ou familiares. Durante o processo de intervenção, o grupo se mostrou receptivo às duas pacientes oferecendo modelos e sugestões de como lidar com conflitos conjugais e familiares, diferentemente do meio social no qual viviam. Tal condição pode ter contribuído para a melhora que apresentaram na dimensão “Relações Sociais” (WHOQOL) no pós-teste. Todavia, os resultados do follow up apontam uma piora, o que pressupõe que a relação estabelecida com os participantes do grupo não tenha sido generalizada para outros contextos.

A paciente 3 apresentava poucos episódios do TAB e relatava bom relacionamento familiar, dados estes que podem favorecer o prognóstico (Gomes & Lafer, 2007). Além disso, na Qualidade de Vida (WHOQOL) demonstrou melhora em todos os domínios. Relato da psiquiatra que acompanhava o caso indica o impacto da intervenção psicoeducacional para esta paciente. Em consulta ginecológica, ela se recusou fazer uso do antidepressivo alegando que poderia piorar o seu quadro de bipolaridade, de acordo com o que tinha aprendido no tratamento psicoeducacional.

O paciente 4 além de apresentar um quadro de alcoolismo associado ao transtorno, possuía também um histórico longo de internações e episódios maníacos e depressivos, o que pode indicar um pior prognóstico (Gomes & Lafer, 2007). Esta informação pode ser observada nas avaliações realizadas com o paciente com relação à depressão e Qualidade de Vida (WHOQOL). Outros fatores que podem ter influenciado neste resultado foram: conflitos com o filho (também com diagnóstico de TAB), diferentes turnos no trabalho e perda do irmão no decorrer das intervenções. No entanto, este paciente colocou em prática estratégias apresentadas no grupo para lidar com depressão, procurou o psiquiatra para rever a medicação, evitando possível internação.

### **Considerações Finais**

Por tudo isso, é possível observar que um histórico de vida sem muitos estressores e o bom relacionamento familiar influencia no bom prognóstico do transtorno. Os dados de cada paciente referidos neste estudo se basearam nos relatos dos mesmos e foram complementados com outros fornecidos pelas psiquiatras que acompanharam os casos. Sugere-se que outras pesquisas se dediquem a investigar mais pormenorizadamente fatores que podem influenciar na piora e/ou melhora do quadro de bipolaridade e no melhor aproveitamento da intervenção.

Este estudo contribuiu para a implementação metodológica de intervenção com grupo de pacientes com TAB. Foi possível observar também, que os principais objetivos do programa foram alcançados, tais como, informar os pacientes, favorecer a adesão ao tratamento e prevenir internações.

Embora o programa de intervenção não tenha tido um impacto significativo sobre as diferenças nas médias para a escala de depressão, houve vários indicativos no que diz respeito à melhora grupal (nenhum paciente foi internado no período de intervenção) e individual (pacientes eufímicos ao final do processo). Além disso, os estímulos antecedentes ilustrados nos gráficos do humor apontam caminhos para que intervenções clínicas para pacientes com TAB incluam também os familiares. Os dados individuais também apontam a necessidade de intervenções em Habilidades Sociais. Outros aspectos importantes a serem investigados são os fatores que levam alguns pacientes a se beneficiarem da psicoeducação e outros não.

Foi observado, no presente estudo, que apenas um encontro foi insuficiente para trabalhar conteúdos e repertórios comportamentais relacionados a autocontrole e assertividade, pois necessitam de um enfoque psicoterapêutico e não apenas psicoeducativo. Outro aspecto a ser investigado seria a influência da psicoterapia individual em conjunto com a psicoeducação no quadro de bipolaridade.

Embora a existência de um grupo controle como base de comparação seja o mais recomendado pela literatura, este estudo encontrou dificuldades para a realização do mesmo devido à ausência de condições necessárias para esta avaliação (auxílio passagem para os pacientes, localização do hospital, desinteresse dos pacientes em responder as avaliações). Contudo trata-se de estudo exploratório que possibilitou realizar uma pesquisa em clínica para pacientes com TAB sob enfoque da Análise do Comportamento, além de atender a alta demanda do sistema público de saúde.

Cabe ressaltar que a Análise do Comportamento prima pela utilização de uma avaliação continuada e multidisciplinar para estabelecer as metas durante o tratamento. Tal condição permite considerar as especificidades do contexto de vida de cada paciente, seu repertório comportamental e como reage à medicação. Portanto, isto demonstra que mesmo utilizando uma intervenção programada, a Análise do Comportamento considera cada participante como único no processo, sendo preparado não apenas para lidar com o transtorno especificamente, mas também com situações do dia-a-dia.

## REFERÊNCIAS

- Alcantara, I.; Schmitt, R.; Schwarzthaupt, A.W.; Chachamovich, E.; Sulzbach, M.F.V.; Padilha, R.T.L.; Candiago, R.H.; Lucas, R.M. (2003). Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *R. Psiquiatr. RS*, 25(suplemento 1), 22-32.
- APA (American Psychiatric Association). (2002). *Transtornos do humor. DSM-IV-TR: Manual estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed, 345-417.
- Bauer, M. S. & McBride, L. (2003). *Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program* (2a ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Brandão, M. Z. S. (2008). Esquiva experiencial do cliente no grupo terapêutico e promoção da aceitação emocional. In Delitti, A. M. C. (Org.) ; Derdyk, P. R. (Org.) . *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. 1. ed. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Clarkin, J. F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P. & Glick, I. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv.*, 49(4), 531-533.
- Colom, F. & Vieta, E. P.. (2004). *Manual de Psicoeducación para el Transtorno Bipolar*. Barcelona: Ars Medica.
- Colom, F.; Vieta, E. (2003). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26(supl.3), 47-50.
- Colom, F.; Vieta, E.; Martinez-Aran, A.; Reinares, M.; Goikolea, J.M.; Benabarre, C. Torrent, Gomes M., Corbella B., Parramon G., J. Corominas. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60(4), 402-407.
- Davenport, Y., Ebert, M., Adland, M., et al. (1977). Couples Therapy as an Adjunct to Lithium Maintenance of the Manic Patient. *Journal of Orthopsychiatry*, 47, 495-502.
- Del-Ben, Cristina Marta et al. (2001). *Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001, vol.23, n.3, pp. 156-159.
- Del Porto, J. A. (1989). Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão. In *Escalas de Avaliação para Monitorização de Tratamento com Psicofármacos*. Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina 93-100.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.21, 06-11.
- Figueiredo, Â. L.; Souza, L.; Dell'Aglio Jr, J. C. E Argimon, I. I. L.. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista brasileira de terapia comportamental cognitiva*, 11(1), 15-24.

- Delitti, A. M. C. (2008). Terapia Analítico Comportamental em Grupo. In Delitti, A. M. C. (Org.); Derdyk, P. R. (Org.) . Terapia Analítico-Comportamental em Grupo. 1. ed. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Gomes, B. C. (2010) Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Gomes, B. C.; Lafer, B.. (2007) Psicoterapia em Grupo de Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34(2), 84-89.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Zuardi, Antonio, W. (2000). Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial.
- Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23, 56-62.
- Kaplan Hi, S. Bj, Grebb Já. (1997) *Compêndio De Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Knapp, P.; Isolan, L.. (2005). Abordagens Psicoterápicas no Transtorno Bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(Suppl.1), 98-104.
- Lotufo Neto, F.. (2004). Terapia Comportamental Cognitiva para Pessoas com Transtorno Bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Suppl.3), 44-46.
- Miller, I., Keitner, G., Ryan, C., Uebelacker, L., Johnson, S. & Solomon, D. (2008). Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*, 69(5), 732-740.
- Moreno, A. R. & Moreno, D. H. (2000). Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Åsberg (MADRS). Em Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A. W. (Orgs.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia* (71-87). São Paulo: Lemos - Editorial.
- Pelegriñelli, K. B. (2010) *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Perry A., Tarrier N., Morriss R., McCarthy E., Limb K. (1999) Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318(7177),149-53.
- Rocca C. A., Macedo-Soares M., Gorenstein C., Tamada, R., Issler, C., Dias, R., et al. (2008). Social dysfunction in bipolar disorder: pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*. 42(8):686-92.
- Simon, G.E., Ludman, E.J., Bauer, M.S., Unützer, J., Operskalski, B., (2006). Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*.
- Suppes, T., Leverich, G.S., Keck, P.E., Nolen, W.A., Denicoff, K.D., Altshuler, L.L., McElroy, S.L., Rush, A.J., Kupka, R., Frye, M.A., Bickel, M., Post, R.M. (2001). The Stanley

Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord.* 67(1-3):45-59.

The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment 1998. *Psychol Med.* 28, 551-558.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

**“Terapia analítico-comportamental em grupo e tratamento farmacológico para pacientes bipolares”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa **“Terapia analítico-comportamental em grupo e tratamento farmacológico para pacientes bipolares”**, realizada no **“Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina”**. O objetivo da pesquisa é **“avaliar o impacto deste estudo na vida dos pacientes e na sua funcionalidade”**. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: responder escalas de avaliação durante todo o processo, realizar exames de sangue, incluindo o exame de HIV e avaliação fisiológica, participar das intervenções de forma ativa, dando opiniões sobre o que está sendo feito pelos terapeutas, dizendo se concorda ou não e o que poderia ser feito para melhorar. **Essas sessões e entrevistas individuais serão gravadas pelo terapeuta**. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

**As respostas dadas as avaliações e as sessões gravadas serão confidenciais. Portanto seu nome será preservado e assim que lançados no banco de dados os questionários serão incinerados (queimados) e as gravações deletadas.**

Os benefícios esperados são redução sintomática nas fases maníacas e depressivas, maior conhecimento sobre o transtorno bipolar, recuperação funcional e fisiológica e aumento na qualidade de vida.

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: Dr<sup>a</sup>. Maria Rita Zoéga Soares e Samir Vidal Mussi, Universidade Estadual de Londrina, Centro de ciências Biológicas, Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, Caixa postal 6001, cep: 86051-970, Londrina – Paraná, (43) 88102017 ou (43) 3371-4227, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371 – 2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

**Pesquisador Responsável**

RG: 12628-575 SSP-MG \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (nome do paciente), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

APÊNDICE B

Gráficos do Humor Construído pelos Pacientes

Gráfico do Humor Construído pelo Paciente 1

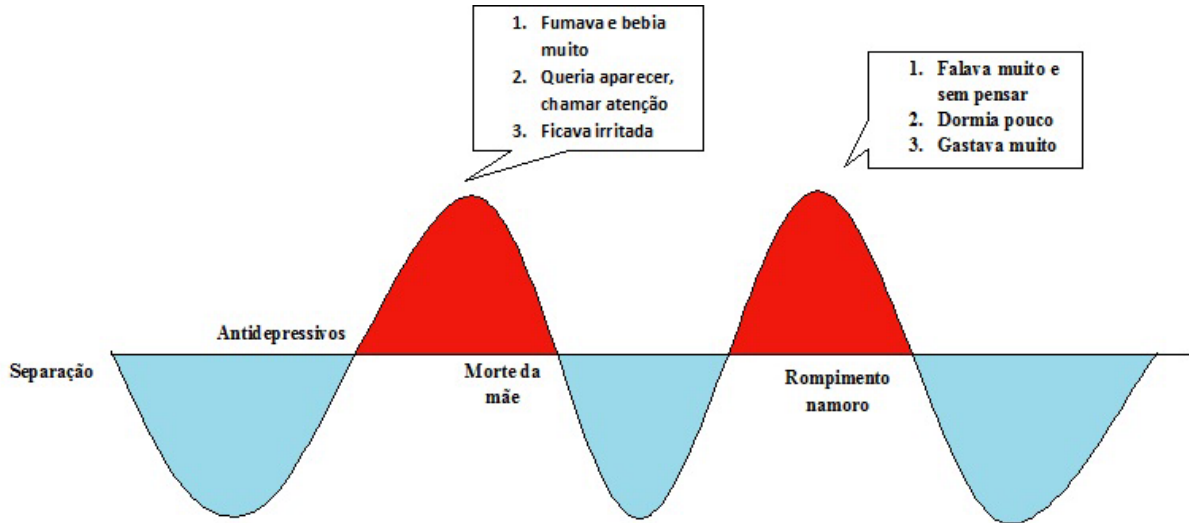
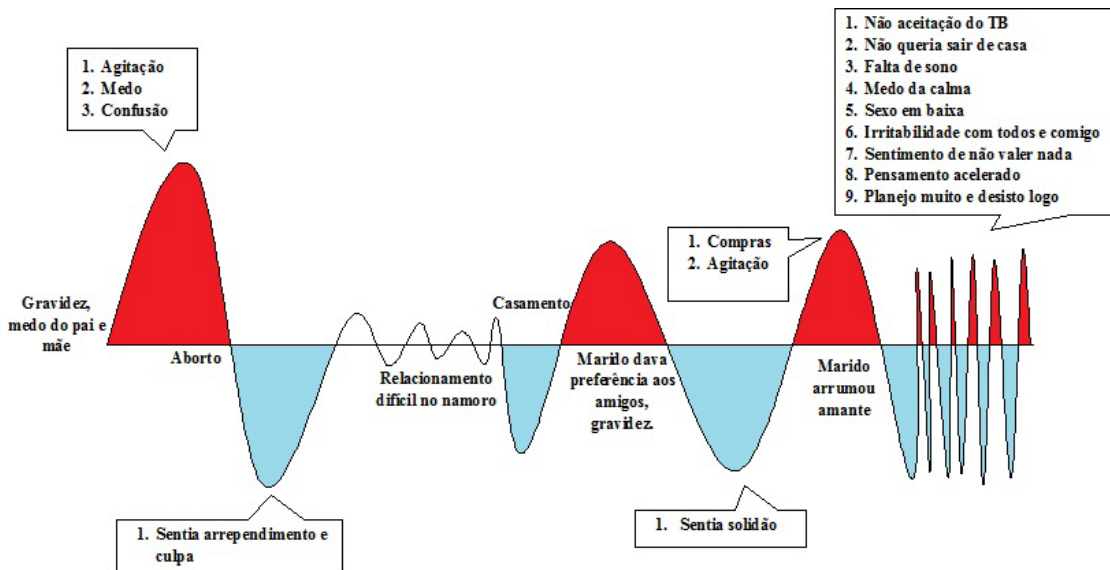
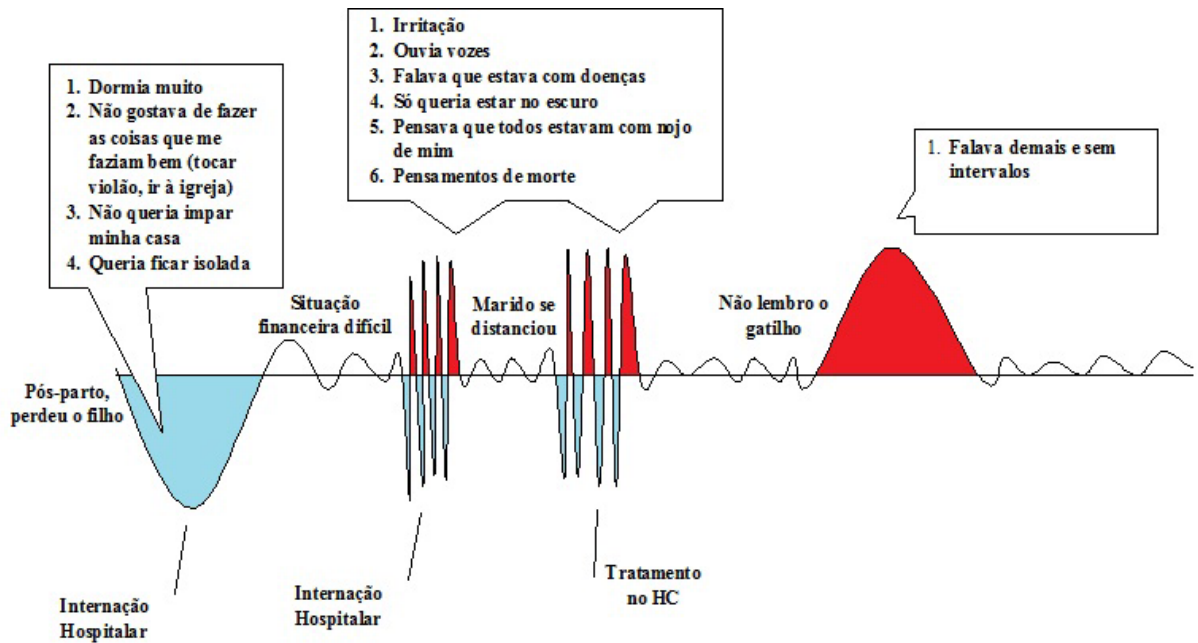


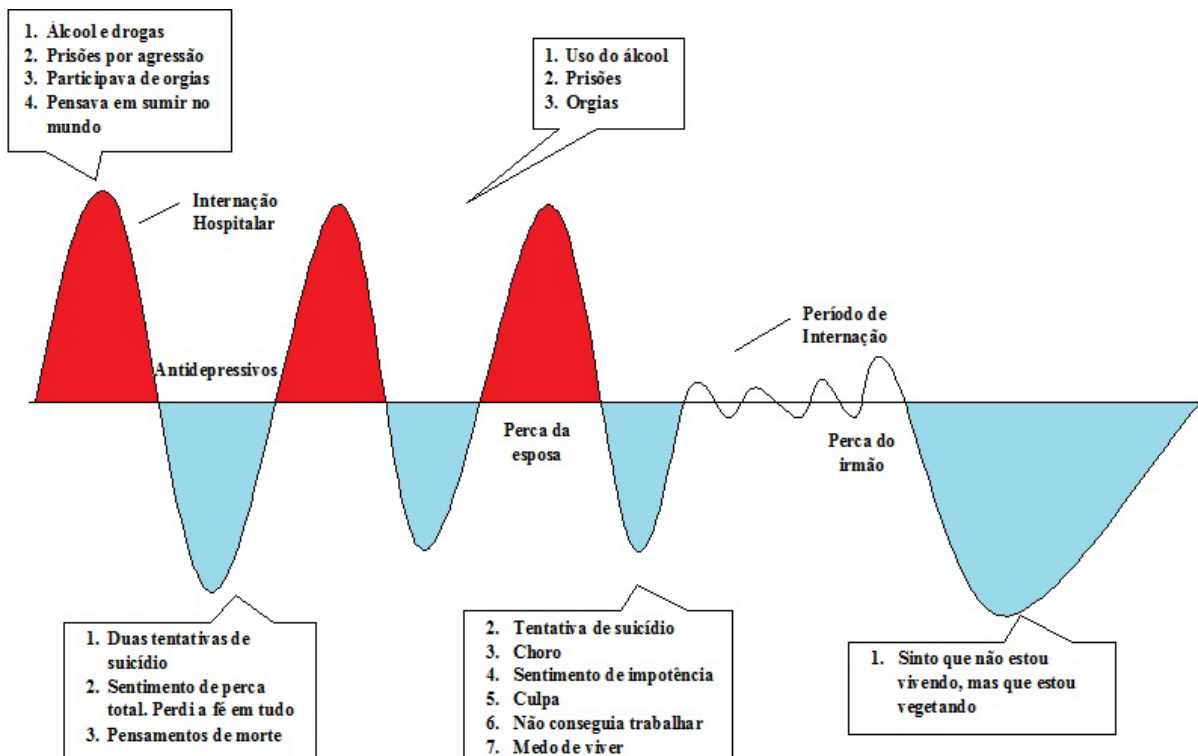
Gráfico do Humor Construído pelo Paciente 2



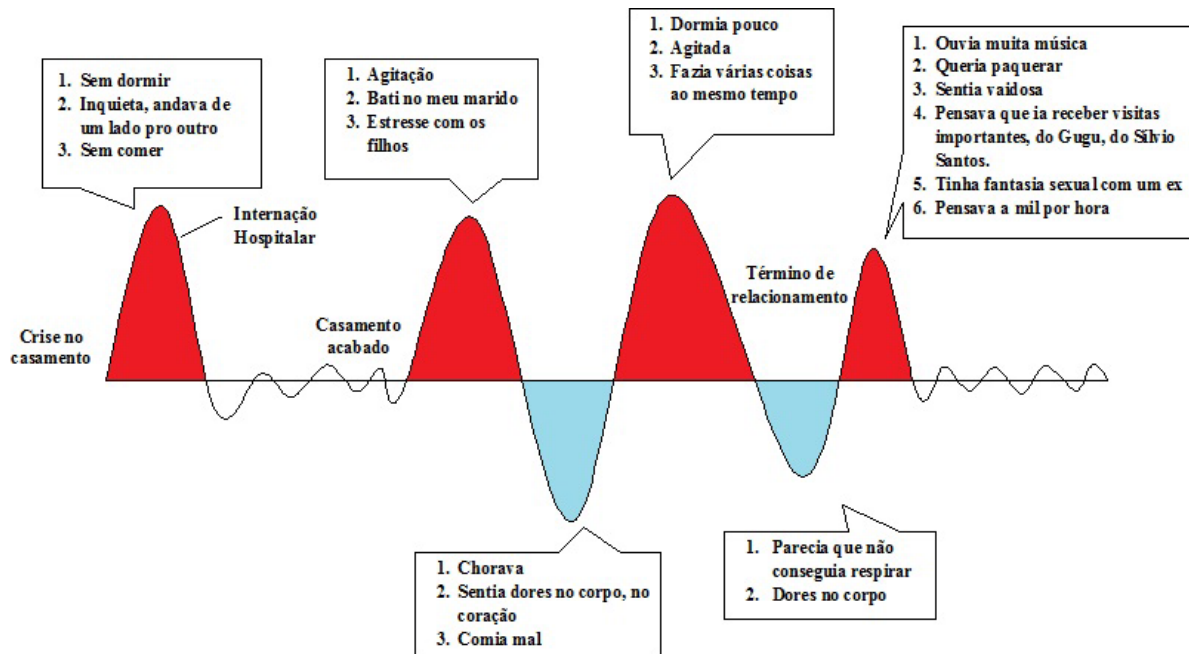
### Gráfico do Humor Construído pelo Paciente 3



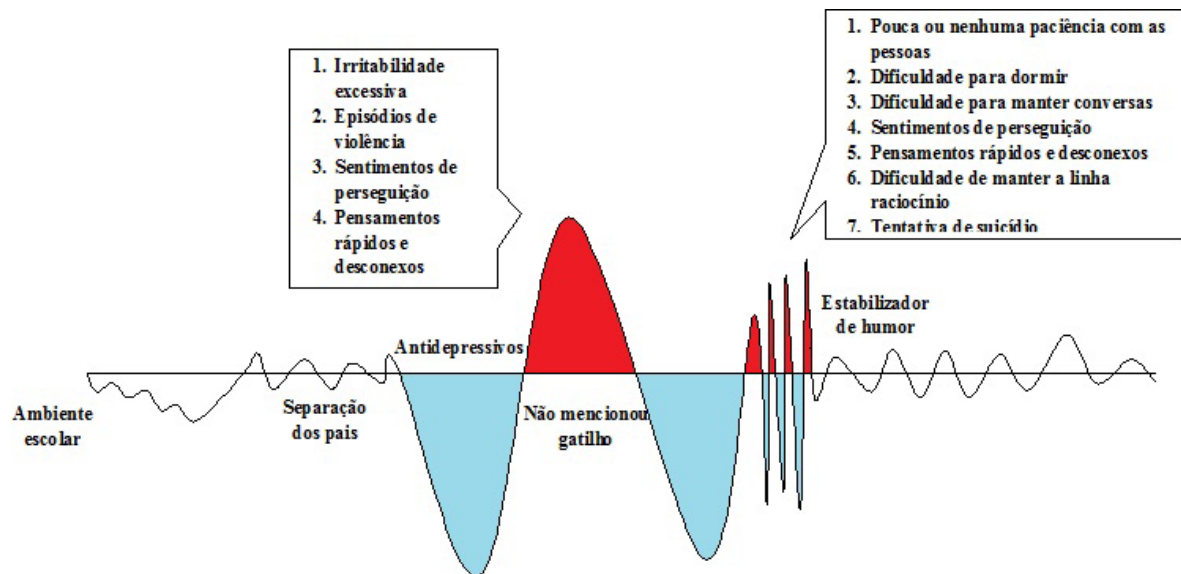
### Gráfico do Humor Construído pelo Paciente 4



### Gráfico do Humor Construído pelo Paciente 5



### Gráfico do Humor Construído pelo Paciente 8



**ANEXOS**

## ANEXO A

## Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

I - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1. Idade (em anos): \_\_\_\_\_
2. Gênero: 1. Masculino 2. Feminino
3. Situação conjugal: 1. Solteiro 2. União estável 3. Separado/Divorciado 4. Viúvo
4. Anos de estudo: \_\_\_\_\_
5. Nível de Escolaridade:  
01. Analfabeto 02. Alfabetizado 03. Fundamental incompleto 04. Fundamental Completo  
05. Médio Incompleto  
06. Médio completo  
07. Superior Incompleto 08. Superior Completo 09. Pós-graduação latu-sensu  
10. Pós-graduação stricto-sensu
6. Reside: 1. Sozinho 2. Parceiro 3. Parceiro e filhos 4. Familiares 5. Asilo  
6. Outros \_\_\_\_\_
7. Renda familiar mensal: 1. Até 540 reais 2. 540 – 1080 3. 1080 – 1620 4. 1620 – 2160  
5. Mais 2160
8. Quantos tipos de remédios você toma? \_\_\_\_\_
9. Quais os nomes das medicações? \_\_\_\_\_
10. Você já tentou suicídio? 1. Sim 2. Não
11. Quantas vezes? \_\_\_\_\_
12. Métodos de tentativa de suicídio: 1. Ingestão de medicamento 2. Arma de fogo  
3. Ingestão de organofosforado 4. Precipitar-se de carro em movimento 5. Enforcamento  
6. Precipitar-se de alturas 7. Arma branca 8. Gás 9. Outros \_\_\_\_\_
13. Já estive internado por motivos psiquiátricos? 1. Sim 2. Não
14. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_
15. Com que idade surgiu o transtorno? \_\_\_\_\_

## ANEXO B

## Guia de Entrevista Estruturada para a Escala de Avaliação de Depressão HAMILTON

## Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – SIGH-D

Introdução: Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido nesta última semana? Você tem trabalhado? SE NÃO: Por que não?

**1.** Como tem estado seu humor na última semana? Você tem se sentido para baixo ou deprimido? Triste? Sem esperança? Na última semana, com que frequência você se sentiu (a palavra usada pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro? Você tem chorado?

**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

Se pontuou de 1-4, pergunte: Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?

**2.** Você tem se sentido especialmente auto-critico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas? SE SIM: quais foram esses pensamentos?

Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez? Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão? Você sente que está sendo punido ficando doente? **SENTIMENTOS DE CULPA:**

0- ausente

1- auto-recriminação; sente que decepcionou os outros

2- idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações

3- A doença atual é um castigo. Delírio de culpa

4- ouve vozes de acusação ou denúncia elou tem alucinações visuais ameaçadoras

**3.** Nesta última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? ou pensamentos de se machucar ou até de se matar? SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

**SUICÍDIO:**

0- ausente

1- sente que a vida não vale a pena

2- deseja estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte

3- idéias ou gestos suicidas

4- tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)

4. Como tem sido seu sono na última semana? Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir? Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

**INSÓNIA INICIAL:**

0- sem dificuldade 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. Durante esta última semana, você tem acordado no meio da noite? SE SIM: você sai da cama? o que você faz? (somente vai ao banheiro?) Quando você volta para a cama, você vol/a a dormir logo? Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

**INSONIA INTERMEDIÁRIA**

0- sem dificuldade

1- o paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite

2- acorda à noite - qualquer salda da cama marcar 2 (exceto para urinar)

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana? Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acorda (ou seja, antes de ficar deprimido)?

**INSONIA TARDIA:**

0- sem dificuldade

1- acorda de madrugada mas volta a dormir

2- incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)? Você se sente interessado em fazer (estas atividades) ou você tem que se esforçar? Você parou de

fazer atividades que costumava fazer? (SE SIM: Porque? Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente?). No seguimento:

Seu interesse voltou ao normal?

**TRABALHO E ATIVIDADES:**

0- sem dificuldades

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionado a atividades: trabalho ou passatempos

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

3- diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital marcar 3 se o paciente passar ao menos 3 horas ao dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempos)

4- parou de trabalhar devido à doença atual no hospital marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda

**8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:**

RETARDO (Identificação do pensamento e fala. dificuldade de concentração. diminuição da atividade motora):

0- pensamento e fala normais

1- leve retardo à entrevista

2- retardo óbvio à entrevista

3- entrevista difícil

4- estupor completo

**9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista 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.** Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana? Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes, com as quais normalmente não se preocuparia? SE SIM:

Como o que, por exemplo?

**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.** Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos? Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta. O quanto estes sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos eles foram? Quanto tempo ou com que frequência 'você os teve? Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

**ANSIEDADE SOMÁTICA**

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, tais como: Gastrintestinais:

Doca seca, flatulência, indigestão, diarreia, Cólicas, eructações I Cardiovasculares: palpitações, cefaléias I Respiratórios: hiperventilação, suspiros I Freqüência urinária I

Sudorese

0- ausente

1- leve

2- moderada

3-grave

4- incapacitante

**12.** Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual ?) Você tem tido que se esforçar a comer? As outras pessoas têm que insistir para você comer? **SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS.**

0- nenhum

1- perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdome

2- dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os Intestinos ou para sintomas digestivos

**13.** Como tem estado sua "energia" nesta última semana?

Você se sente cansado o tempo todo? Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular? Nesta última semana, você tem se sentido um peso nos membros, costas ou cabeça?

#### **SINTOMAS SOMATICOS EM GERAL**

0- nenhum

1- peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgias. Perda de energia e cansaço

2- qualquer sintoma bem caracterizado e nítido marcar 2

**14.** Como tem estado seu interesse em sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre performance, mas sobre seu interesse por sexo - o quanto você tem pensado nisso? Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)? Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não, isso é pouco habitual para você?

#### **SINTOMAS GENITAIS**

Sintomas como perda de libido, distúrbios menstruais

0- ausentes

1- leves

2- intensos

**15.** Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual?) Você se queixa muito de sintomas físicos? Você tem se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho? Se sim: Como o que, por exemplo? Com que frequência isto tem ocorrido?

#### **HIPOCONDRIA**

0- ausente

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

2- preocupação com a saúde

3- queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc. 4- idéias delirantes hipocondríacas

**16.** Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? Se sim: Quanto? Se Incerto: Você acha que suas roupas estão mais folgadas? No Seguimento: Você voltou a ganhar algum peso?

**PERDA DE PESO**

0- sem perda de peso ou com perda de peso NÃO causada pela doença atual

1- perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo.

2- perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

**17.** Avaliação baseada na observação

**CRITICA**

0- reconhece que está deprimido e doente

1- reconhece a doença mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2- nega estar doente

## ANEXO C

## Young Mania Rating Scale (YMRS)/Entrevista

Tradução, adaptação, modificação e elaboração de catálogo de definições de sintomas com roteiro de entrevista semi-estruturada por Vilela e Loureiro (2000).

Guia para avaliação dos itens - a proposta de cada item é avaliar a gravidade da anormalidade no paciente. Quando vários sintomas são fornecidos para um grau específico de gravidade, a presença de apenas um dos sintomas é suficiente para a pontuação. Os sintomas são fornecidos como guias. Pode-se ignorá-los se isso for necessário para indicar gravidade, embora isso deva ser a exceção e não a regra. Pontuação entre os escores fornecidos (ponto inteiro ou meio ponto) é possível e incentivada após aquisição de experiência com a escala, isso é particularmente útil quando a gravidade de um item específico em um paciente não segue a seqüência indicada pelos sintomas.

**1. Humor expansivo/ elevado**

Como tem estado seu humor nesta última semana? Você tem se sentido mais alegre, otimista ou auto-confiante? Há razão para se sentir assim? É mais do que seu habitual? Você tem estado tão alegre, que as outras pessoas acham que você não está no seu normal? Houve algum momento em que você riu de coisas que normalmente não te deixariam alegre? Sentiu-se mais brincalhão/brincalhona? Fez brincadeiras que as pessoas acharam de mau gosto?

0- Ausente

1- Leve ou possivelmente elevado quando questionado

2- Elevação subjetiva bem definida; otimista, autoconfiante; alegre; apropriado ao conteúdo

3- Elevado, inapropriado ao contexto: jocoso

4- Eufórico: riso inapropriado; cantando

**2. Aumento da energia e atividade motora**

Como tem estado sua energia nesta última semana? Você teve momentos em que se sentiu com energia em excesso? Sentiu-se inquieto(a) ou agitado(a) ? Você tem estado mais ativo(a) que o usual? Sente vontade de fazer várias coisas ao mesmo tempo?

0- Ausente

1- Aumento subjetivo

2- Animado: aumento de gesticulação

3- Energia excessiva; às vezes hiperativo: inquieto/impaciente (pode ser acalmado)

4- Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

### **3. Interesse sexual**

Você tem estado muito paquerador(a), feito piadas sobre sexo? Você tem sentido mais interesse ou desejo sexual do que o habitual? Tem estado mais ativo(a) sexualmente do que o habitual? Tem tido algum tipo de comportamento sexual que não era habitual antes? Alguém reclamou do seu comportamento sexual na última semana?

0- Normal; sem aumento

1- Leve ou possivelmente aumentado

2- Aumento subjetivo bem definido quando questionado

3- Conteúdo sexual espontâneo; discorre sobre assuntos sexuais hipersexualizado segundo auto-relato

4- Atos sexuais evidentes (direcionados a pacientes, equipe ou entrevistador)

### **4. Sono**

Quantas horas por noite você tem dormido? Quantas horas a menos tem dormido que o habitual? Mesmo assim você se sente descansado(a) e bem disposto(a)?

0- Não relata diminuição do sono

1- Dorme menos do que o habitual (até uma hora a menos)

Dorme menos do que o habitual (por uma hora ou mais)

Relata diminuição da necessidade de sono

Nega necessidade de sono

### **5. Irritabilidade**

Aconteceu algo que tenha feito você se sentir irritado(a) nesta última semana? Se sim, isto te irritou mais que o usual? Como você demonstrou sua raiva? Discutiu, agrediu alguém ou quebrou objetos? Se não, mesmo sem ter acontecido algo, você tem se sentido mais irritado?

0- Ausente

2- Aumento subjetivo

4- Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes de raiva ou importunação na enfermaria

6- Frequentemente irritável durante a entrevista

8- Hostil, não cooperativo; entrevista impossível

### **6. Discurso (velocidade e quantidade)**

Na última semana, você tem estado mais falante que seu normal? As pessoas comentam que você está tagarela? Elas demonstram dificuldade em acompanhar o que você fala ou se queixam de que você não as deixa falar? Uma vez que você começa a falar, tem tido dificuldade em parar?

0- Sem aumento

2- Sente-se mais falante

4- Aumento da velocidade ou quantidade em alguns momentos, prolixo em alguns momentos

6- Aumento consistente da velocidade e quantidade; difícil interromper

8- Pressão de discurso, ininterruptível, discurso contínuo.

### **7. Distúrbio de linguagem-pensamento**

Na última semana, você notou que seus pensamentos estão mais rápidos do que o habitual? Seu raciocínio tem estado especialmente claro ou aguçado? Acontece de você se distrair facilmente, passando rapidamente de um pensamento a outro perdendo o fio da meada?

0- Ausente

1- Circunstancial; leve distraibilidade; pensamentos rápidos

2- Distraído; perde intenção do pensamento; muda de assunto frequentemente; pensamentos acelerados

3- Fuga de idéias; tangencialidade; difícil para acompanhar; rimando, ecolalia

4- Incoerente; comunicação impossível

### **8. Conteúdo**

Nesta última semana, você tem tido novas idéias ou projetos para a sua vida?(Quais) Você tem se sentido com algum talento ou habilidade especial? Você teve alguma experiência religiosa incomum? Você tem tido idéias ou pensamentos que não fazem sentido para as outras pessoas? Você tem percebido coisas ou coincidências que as pessoas não percebem? Tem tido sensações de que estão falando de você ou tentando te prejudicar?

0- Normal

2- Planos questionáveis, novos interesses

4- Projetos especiais, hiperreligioso

6- Idéias grandiosas ou paranóides; idéias de referência 8- Delírios; alucinações

### **9. Comportamento disruptivo-agressivo**

Como você tem se relacionado com as pessoas nesta última semana? As vezes você fala alto, reclama ou se torna sarcástico(a) com as pessoas? Você brigou com alguém ou quebrou coisas na última semana?

- 0- Ausente, cooperativo
- 2- Sarcástico; fala alto às vezes, vigilante
- 4- Querelante; faz ameaças na enfermaria
- 6- Ameaça entrevistador; grita; entrevista difícil
- 8- Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

### **10. Aparência**

O quanto cuidou de sua aparência nesta última semana? Alguém achou você mal vestido(a) ou arrumado(a) demais? Você escolheu roupas com cores que não está habituado a usar? Usou mais acessórios ou maquiagem do que de costume?

- 0- Traje e cuidados pessoais apropriados
- 1- Um pouco descuidado
- 2- Desleixado, moderadamente desalinhado, trages exagerados.
- 3- Desalinhado, parcialmente trajado, maquiagem estravagante
- 4- Completamente descuidado, enfeitado, vestes bizarras

### **11. Insight**

Analisando a última semana, você acha que seu comportamento (jeito de agir) tem estado diferente do seu habitual? Estas coisas aconteceram porque você estava eufórico(a) ? Como você interpreta o fato de \_\_\_\_\_ (exemplificar com possíveis sintomas apresentados) ? Você acha que precisa de tratamento?

- 0. Presente; admite doença; concorda com necessidade de tratamento
- 1- Possivelmente doente
- 2- Admite mudanças de comportamento, mas nega doença
- 3- Admite possível mudança de comportamento, mas nega doença
- 4- Nega qualquer mudança de comportamento

## ANEXO D

## Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL – Brev.)

As perguntas abaixo deverão ser respondidas tendo como referencia as duas últimas semanas.

Analise a questão e circule o número que lhe pareça a melhor resposta.

	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito Boa
(01) Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
(02) Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
(03) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
(04) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
(05) O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
(06) Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
(07) O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
(08) Quão seguro(a) você se sente com a vida diária?	1	2	3	4	5
(09) Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
(10) Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
(11) Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
(12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
(13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa para seu	1	2	3	4	5

dia-a-dia?					
(14) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito Bom
(15) Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
(16) Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
(17) Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
(18) Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
(19) Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
(20) Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
(21) Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
(22) Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
(23) Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
(24) Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
(25) Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
(26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5