



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

RENATA GARCIA DE ALMEIDA MORAES

**TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL E/OU ADOLESCENTE:
REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS EMPÍRICOS DE
INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS**

RENATA GARCIA DE ALMEIDA MORAES

**TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL E/OU ADOLESCENTE:
REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS EMPÍRICOS DE
INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon

Londrina
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M827t Moraes, Renata Garcia de Almeida.
Transtorno bipolar infantil e/ou adolescente : revisão sistemática de estudos empíricos de intervenções psicossociais / Renata Garcia de Almeida Moraes. – Londrina, 2012.
57 f. : il.

Orientador: Márcia Cristina Caserta Gon.
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.

1. Transtorno bipolar – Crianças – Teses. 2. Transtorno bipolar – Adolescência – Teses. 3. Transtorno bipolar – Tratamento – Teses. 4. Doenças mentais – Diagnóstico – Teses. I. Gon, Márcia Cristina Caserta. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

CDU 616.895.3

RENATA GARCIA DE ALMEIDA MORAES

**TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL E/OU ADOLESCENTE:
REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS EMPÍRICOS DE INTERVENÇÕES
PSICOSSOCIAIS**

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

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Felipe D`Alessandro Ferreira Corchs
AMBAN – Instituto de Psiquiatria – São Paulo - SP

Profa. Dra. Silvia Aparecida Fornazari
UEL – Londrina - PR

Londrina, 16 de abril de 2012.

*A minha mãe,
Carmen Garcia de Almeida*

AGRADECIMENTOS

Após 3 anos de esforços, determinação, dificuldades, ganhos e muita persistência, conclui-se uma etapa importantíssima em minha vida profissional, pessoal, científica e acadêmica.

Foram inúmeros os ganhos enquanto pessoa, bem como aquisição de conhecimentos, noções e clareza em pesquisa, sendo assim, consigo hoje constatar que sozinha não seria possível, pois contei com a colaboração, incentivo e palavras de carinho de inúmeras pessoas nessa fase. Reconheço também a dificuldade de listar todas, mas algumas se fizeram fundamentais e merecem ser destacadas, a estas que seguem abaixo minha sincera gratidão:

- Deus, por ter me provido de capacidade, inteligência e força de vontade.

- À minha família, em especial minha mãe Carmen Garcia de Almeida, por ser um exemplo de mãe, mulher e profissional, por todas as vezes quando até para mim foi difícil manter minha fé, e ela continuou acreditando, pela paciência e amor incondicional; A minha avó Theresinha, por todas as orações, amor e incentivo; Aos meus irmãos Daniel e Mariane que sempre me auxiliaram, defenderam, apoiaram e se orgulharam, contribuindo diretamente para que eu seja a pessoa e profissional que sou hoje e conseguir chegar até aqui.

- À minha orientadora, Dra. Márcia Cristina Caserta Gon, que ao longo dessa caminhada, descobri ser também um exemplo de amizade, paciência e inteligência, reunindo realmente todos os atributos necessários para orientar a vida das pessoas, lembrando também toda sua disposição em atender-me e conduzir-me pelos caminhos da pesquisa científica, bem como por sua capacidade de sugerir, corrigir e auxiliar com carinho e respeito.

- Aos meus colegas da turma de Mestrado, Talita de Lima Cunha, Grazielle Farias de Bueno Pellizzetti, e em especial Robson Zazula e Bruna Del Giudice Machado, por estarem comigo diante dos maiores obstáculos, apoiando de todas as formas e incentivando. Estes são diretamente responsáveis por minhas aquisições nesta etapa de minha vida acadêmica.

- À minha Banca de Qualificação e Defesa, composta pelos Doutores Felipe D' Alessandro Ferreira Corchs e Silvia Aparecida Fornazari, pelas valiosas sugestões e contribuições, e por estarem através de todo conhecimento e experiência, contribuindo para formação de pesquisadores de qualidade.

- As minhas amigas Daniela Poli Mignoni e Camila Sachelli Tomasetti, por estarem ao meu lado todo esse tempo e sempre me lembrarem de que seria difícil, mas eu conseguiria concluir, não me deixando esmorecer.

- Ao Jonas, secretário do mestrado de Análise do Comportamento, pela disponibilidade, eficiência e boa vontade com que realizou o seu trabalho sempre que solicitado.

A todos vocês, Muito Obrigada!

MORAES, Renata G.A. **Transtorno bipolar infantil e/ou adolescente: revisão sistemática de estudos empíricos de intervenções psicossociais.** 2012. 57 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

O transtorno bipolar (TB) é considerado pela Psiquiatria como um transtorno mental que apresenta um quadro grave, crônico, recorrente e incapacitante e que representa um grande problema de saúde. É caracterizado por dois tipos de condições: (a) mania e (b) depressão. Tais sintomas influenciam significativamente a vida dos indivíduos diagnosticados com TB, tanto na apresentação sintomática, ou quando submetidos às estratégias de tratamento. O diagnóstico do TB é feito por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID). O transtorno bipolar em crianças e/ou adolescentes (TBIA) é foco crescente de interesse e de investigação por pesquisadores, uma vez que tem sido constatada a presença de sintomas de TB na infância. Embora literatura apresente controvérsias sobre o diagnóstico e tratamento para o TBIA, estratégias de intervenções farmacológicas e psicossociais estão sendo desenvolvidas. Os objetivos deste estudo são os de identificar e analisar intervenções psicossociais para tratar o TBIA. Para isso, foi realizada uma revisão de pesquisas empíricas para o tratamento do TBIA, publicadas entre 1999 e 2011. Um total de 18 artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados e analisados de acordo com as seguintes categorias: (a) informações básicas dos artigos; (b) método, (c) temas abordados e (d) resultados obtidos com a intervenção. Os resultados da intervenção evidenciam que a maioria dos estudos (16), atenderam aos critérios científicos de validade e confiabilidade por meio de delineamentos experimentais ou quase-experimentais. Constatou-se a ausência de uma medida de avaliação desenvolvida especificamente para o transtorno na infância e adolescência. Autores pontuaram a limitação do DSM e CID para diagnosticar o TBIA uma vez que os critérios presentes nestes manuais estão direcionados a idade adulta. Ao mesmo tempo afirmam haver diferença na manifestação do transtorno relacionada ao desenvolvimento do indivíduo. A principal estratégia de intervenção utilizada no tratamento do TBIA foi a psicoeducacional. Os temas abordados relacionaram-se à adesão ao tratamento medicamentoso, treino em resolução de problemas e hábitos saudáveis. Pelo fato de esta ser uma área de investigação científica recente, os resultados desta revisão fornecem um panorama geral sobre pesquisas de intervenção para tratar o TBIA, bem como, suas limitações e benefícios. Tais resultados poderão ser utilizados por pesquisadores e profissionais da área como meio de informação e atualização sobre a produção científica deste transtorno na infância e adolescência.

Palavras-chave: Transtorno bipolar infantil e/ou adolescente. Diagnóstico, intervenção e tratamento.

MORAES, Renata G.A. **Bipolar children and / or adolescent:** a review of empirical studies of psychosocial interventions. 2012. 57 p. Dissertation. (Master's Degree in Behavior Analysis). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brazil.

ABSTRACT

Bipolar disorder (BD) is considered by psychiatry as a mental illness that presents as a severe, chronic, recurrent and disabling disorder and is a major health problem. It is characterized by two types of conditions: (a) mania and (b) depression. The diagnosis of BD is made by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and through the International Classification of Diseases (CID). Bipolar disorder in children and / or adolescents (CABD) is a growing focus of interest and research of researchers, since the presence of symptoms of childhood BD has been found. Although literature present controversies about diagnosis and treatment for CABD, strategies of pharmacological and psychosocial interventions are being developed. The objectives of this study are to identify and analyze psychosocial interventions to treat CABD. For this reason a review of empirical research for the treatment of CABD published between 1999 and 2011. Was done a total of 18 articles that met the inclusion criteria were selected and analyzed according to the following categories: (a) basic information of the articles, (b) method, (c) themes and (d) results obtained with the intervention. The results of this review show that in most studies (16) met the criteria for scientific validity and reliability by means of experimental designs or quasi-experimental. It was noted the absence of an evaluation measure developed specifically for the disorder in childhood and adolescence. Authors mentioned the limitation of the DSM and CID to diagnose CABD since the criteria contained in these manuals were directed to adulthood. At the same time they say there was difference in the manifestation of the disorder related to the development of the individual. The main strategy of intervention used to treat CABD was the psychoeducational. Themes related to adherence of treatment, training in problem solving and healthy habits. Because this is an area of recent scientific research the results of this review provide an overview about intervention research to treat CABD, as well as their limitations and benefits. Such results may be used by researchers and practitioners as means of information and update on the scientific production of this disorder in childhood and adolescence.

Keywords: Children Bipolar disorder and / or adolescents. Diagnosis, intervention and treatment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Objetivos, amostra e delineamento dos estudos revisados	25
Tabela 2 - Descrições dos instrumentos utilizados com maior frequência nos estudos revisados	28
Tabela 3 – Principais temas abordados	30
Tabela 4 - Principais resultados encontrados nos estudos	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TB	Transtorno Bipolar
TBIA	Transtorno Bipolar Infantil e/ou Adolescente
BD	<i>Bipolar Disorder</i>
CADB	<i>Bipolar Disorder Child and/or Adolescent</i>
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
DSM- IV- TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed. texto revisado
CID- 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão.
TB- NOS	Transtorno bipolar, subtipo não especificado
IFP	<i>Individual Family Psychoeducation.</i>
FFT- A	<i>Family- focused Treatment for Adolescents</i>
CFF- CTB	<i>Child and Family- Focused Cognitive- Behavioral Therapy</i>
MDD/ DD	<i>Dystymic and major depressive disorders</i>
YMRS	<i>Yong Mania Rating Scale</i>
K-SADS-PL	<i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>
CGAS	<i>Child's Global Assessment Scale</i>
EEAC	<i>Expressed Emotion Adjective Checklist</i>
CHIPs	<i>Children's Interview for Psychiatric Syndromes</i>
CDRS-R	<i>Children's Depression Rating Scale- Revised</i>

SUMÁRIO

TRANSTORNO BIPOLAR	11
TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL E/OU ADOLESCENTE (TBIA): PREVALÊNCIA E CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO	13
ESTUDOS SOBRE ELABORAÇÃO DIAGNÓSTICA DO TBIA	15
ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS PARA O TBIA	17
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	17
INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA O TBIA	17
OBJETIVOS	20
OBJETIVOS GERAIS	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
MÉTODO	21
CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	22
RESULTADOS	23
DISCUSSÃO	33
CONCLUSÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	49
ANEXO A - Critérios diagnósticos do DSM- IV-TR E CID-10 (apud, Carr, 2009).	50

APÊNDICES	53
APÊNDICE A - Resultados do levantamento de estudos empíricos sobre TBIA.....	54
APÊNDICE B - Categorias de dados (Zazula, et al., 2011).....	57

TRANSTORNO BIPOLAR

Anteriormente conhecido como psicose maníaco-depressiva (PMD), o TB é considerado pela Psiquiatria como um transtorno mental que apresenta um quadro grave, crônico, recorrente e incapacitante. Representa um grande problema de saúde, com graves consequências econômicas, e com altas taxas de mortalidade devido a não adesão ao tratamento, como o suicídio, dentre outras (Colom & Vieta, 2004). Esse transtorno é caracterizado por dois tipos de condições: (a) mania (elação com comportamento desinibido e hiperativo) e (b) depressão (mudanças extremas no estado de ânimo e nos comportamentos) (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 2009; Ramirez-Basco & Thase, 2003).

Simultaneamente, esses sintomas influenciam significativamente a vida dos indivíduos diagnosticados com TB, tanto na apresentação sintomática como quando submetidos às estratégias de tratamento. Por exemplo, o paciente pode experimentar, ao mesmo tempo, a irritabilidade com o humor deprimido (fase depressiva), e pode sentir-se com muita energia e alta capacidade para tomada de decisões de forma impulsiva (fase maníaca) (Suppes, Manning & Junior, 2007).

Suppes et al. (2007) constataram que a fase de mania pode ser entendida por um período de muita “energia” e com impactos específicos sobre os indivíduos. Isto porque qualidades “energéticas” são severamente disfuncionais e intensas, o que se reflete de forma perturbadora e prejudicial para o paciente e para os que fazem parte de seu convívio. Durante esse episódio, pode haver alterações como: diminuição ou ausência de sono, aumento na quantidade diária de exercícios, capacidade ilimitada para realização de novos projetos, forte impulso para ser mais ativo social ou sexualmente, início de novas tarefas sem previsão de término e recusa em comer e beber, comportamento que pode levar à morte.

Por sua vez, a depressão vivenciada caracteriza-se habitualmente por uma diminuição da atividade motora, depressão do humor, melancolia e dificuldade de concentração. O indivíduo sente angústia, ansiedade, desânimo, falta de disposição para realizar atividades e, sobretudo, uma tristeza profunda, tédio e apatia sem fim. Como salientado por Ramirez-Basco e Thase (2003), outros sintomas que podem se manifestar como mudanças comportamentais incluem alterações de sono, modificação dos hábitos alimentares, diminuição do impulso sexual e escassez de energia.

Sobre a incidência desse transtorno, autores como Hilty, Brady e Hales (1999) afirmaram que aproximadamente 8% da população mundial adulta é afetada. Além disso, Knapp (2004) cita que são poucos os indivíduos que podem experimentar somente um

único episódio de mania e depressão em suas vidas e mais de 95% das pessoas com TB têm episódios recorrentes. Segundo Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy e Limb (2009), as taxas de recaída no TB são de 50% em um ano e 70% em cinco anos após a ocorrência de um episódio maníaco. Os autores sugerem a necessidade de estratégias terapêuticas efetivas que facilitem à adesão ao tratamento e possam reduzir a frequência de recaídas.

Como salientado por Prien e Gelenberg (1989), é característica desse transtorno a probabilidade de novos episódios de depressão ou que a mania aumente a cada episódio subsequente, apesar do tratamento. Angst (1998) relatou a existência de evidências de que o tempo entre a ocorrência de episódios diminui durante o curso da doença, o que indica que os indivíduos passarão, conseqüentemente, mais tempo de suas vidas doentes e menos tempo com o humor estável, à medida que envelhecem.

Dados empíricos (Morken, Vaaler & Folden, 2009) demonstram os 20 anos como idade média para a manifestação do primeiro episódio maníaco ou depressivo. Isso significa que o transtorno tem seu início predominantemente na idade adulta. Porém, é crescente o número de pesquisas (Brotman, Schmajuk, Rich, Dickstein, Guyer & Costello, 2006; Pavuluri, Birmaher & Naylor, 2005) que têm constatado a presença de sintomas precoces e a manifestação do TB em idades bastante inferiores à faixa etária dos 20 anos. Estes dados refletem a importância de investigar a ocorrência do transtorno em indivíduos cada vez mais jovens. Historicamente, o TB foi considerado praticamente inexistente em crianças e/ou adolescentes, considerando-se o pequeno número de estudos e publicações a respeito; apenas recentemente, maior atenção dos profissionais da área de saúde mental e do público em geral tem sido dada para esse transtorno.

TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL E/OU ADOLESCENTE (TBIA): PREVALÊNCIA E CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO

Vários termos têm sido utilizados na literatura para descrever o transtorno bipolar infantil e/ou adolescente (TBIA), sendo eles: pediátrico, juvenil, de início precoce, em crianças, pré-púberes e púberes (Lofthouse & Fristad, 2004). O termo adotado na presente pesquisa será o TBIA.

Assim como no adulto, o TBIA é considerado grave e está associado a sintomas debilitantes, incluindo as perturbações significativas do humor (por ex.: eufórico ou irritável), episódios de raiva, grandiosidade, auto-estima inflada, comportamento hipersexual e diminuição da necessidade de sono. Dentre os sintomas incluem-se: dificuldade em seguir regras (o que resulta em problemas emocionais no relacionamento social e no funcionamento acadêmico), desesperança e poucas habilidades sociais de enfrentamento. Os autores salientam ainda uma contingência presente na vida dos indivíduos com TBIA que são a ocorrência de mais eventos negativos e estresse crônico (West & Pavuluri, 2009).

O TBIA, porém, pode apresentar-se de forma diferente do padrão clássico descrito na idade adulta. Crianças geralmente apresentam ciclagem rápida, com quatro episódios de humor por ano, bem como alterações bruscas diárias de humor (uma vez ao dia), sintomas depressivos mistos e, muitas vezes, maníacos na forma de irritabilidade e, ainda, uma evolução insidiosa e crônica desde a infância (Lofthouse & Fristad, 2004).

A frequência e duração desses sintomas utilizadas como critérios para diagnosticar e classificar o TB são apresentadas no Anexo 1. Esta classificação é apresentada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-TR) e na Classificação Internacional de Doenças (CID10) que está em sua 10ª. Edição. No DSM-IV – TR, apenas dois aspectos são citados especificamente para o diagnóstico do TB em crianças, descrevendo que: (1) o humor depressivo pode ser irritável e (2) deve-se considerar a dificuldade em ganhar peso. No CID- 10, especificamente, com relação ao TBIA, encontram-se como os sintomas para critérios diagnósticos: (1) a possibilidade do transtorno desde a infância, em pré-escolares; (2) a irritabilidade, agressividade, estados de humor misto; (3) a apresentação de até 90% dos casos com comorbidades, como o TDAH e (4) incertezas sobre a frequência dos episódios em relação a progressão da doença.

Para Weller, Kloos, Weisbrot e Weller (2006), crianças e/ou adolescentes têm maiores características psicóticas e um curso mais grave do TB do que indivíduos mais velhos. Ainda, esse mesmo público geralmente apresenta altas taxas de comorbidades, tais

como: TDAH (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), comportamento opositor e transtorno de ansiedade (Lofthouse & Fristad, 2004). Para West e Pavuluri (2009) tais comorbidades associadas complicam os sintomas e dificultam o diagnóstico.

Não existem dados conclusivos sobre a prevalência do TBIA. West e Pavuluri (2009) em um estudo epidemiológico afirmaram que em adolescentes entre 14 e 18 anos, a prevalência é de 1%. Contudo esse número pode ser maior pois, quando investigados adultos, 60% tiveram sintomas antes dos 20 anos e de 10 a 20% relataram sintomas antes dos 10 anos de idade. Crianças com TB, ao serem avaliadas, mostraram que os sintomas apresentados estavam associados com maior risco em parentes de primeiro grau que apresentaram a doença, com maiores taxas de comorbidades, comportamentos suicidas e comprometimento familiar, social e escolar, em comparação com indivíduos que não possuíam diagnóstico do transtorno (Potter, Moses & Wozniak, 2009).

De acordo com o estudo de Carr (2009), filhos de pais com TB apresentaram maiores taxas de transtorno do humor e bipolar. Em comparação com controles normais, as crianças com TB apresentaram temperamento mais difícil, maior irritabilidade, pequena resistência à frustração e níveis mais elevados de interesse por novidades.

Existem vários autores interessados em estudar e entender o TB adulto e infantil, como por exemplo, pesquisadores do Stanley Medical Research Institute. Eles investigaram o transtorno em oito países da União Européia (Reino Unido, Dinamarca, Alemanha, Espanha, Suécia, Itália, Irlanda e Holanda) e constataram nesses centros a existência de estudos, especialmente com adultos, embora muito escassos os dados epidemiológicos em crianças. Entretanto, nos poucos estudos disponíveis sobre TBIA, importantes diferenças metodológicas foram encontradas (Joshi & Wilens, 2009).

Os critérios utilizados para diagnosticar o TB adulto e TBIA que constam no DSM e CID são os mesmos (Anexo 1). Apenas o DSM apresenta dois aspectos específicos para crianças e/ ou adolescentes nos Tópicos 1 e 3, enquanto o CID não traz diferenciação diagnóstica. Outra diferença que pode ser observada entre as maneiras de se diagnosticar o TB, pode ser verificada ao comparar o CID-10 e o DSM-IV-TR, pois o CID-10 requer mais do que um episódio maníaco para o referido diagnóstico, enquanto que no DSM- IV-TR a ocorrência de apenas um episódio maníaco é suficiente para a elaboração do mesmo.

ESTUDOS SOBRE ELABORAÇÃO DIAGNÓSTICA DO TBIA

Há controvérsias sobre os critérios para diagnosticar o TBIA. Por exemplo, de acordo com Duffy (2007), para se constatar a idade exata de início do TBIA, não se deve considerar apenas os sintomas apresentados, pois este critério pode ser insuficiente. É necessária também uma investigação detalhada sobre a evolução clínica da doença e o histórico familiar.

Compartilhando de semelhante ponto de vista, Youngstrom, Freeman e Jenkins (2009) destacam que o TBIA é incomum e complexo porque a doença pode mudar drasticamente à medida que os indivíduos transitam por diferentes episódios ao longo da vida. Portanto, somente depois de verificar tanto os episódios da vida presente quanto os do passado é que o médico pode diagnosticá-lo com maior precisão.

Joshi e Wilens (2009) salientam que os critérios diagnósticos propostos pelo Manual (DSM) para o TB não reconhecem a presença de comorbidades em alguns transtornos que podem ocorrer na infância e adolescência. Este fato limita a sua utilização para diagnosticar o transtorno em idade precoce. Para estes autores, faz-se necessário avaliar os distúrbios de comorbidade, além da proposta de realizar uma entrevista estruturada, objetiva, abrangente e com a descrição dos sintomas, o que poderia minimizar o viés diagnóstico.

West e Pavuluri (2009) afirmam que crianças e adolescentes vêm sendo diagnosticadas pelo DSM- IV como os adultos o são, porém a ciclagem rápida, humor misto e a natureza episódica dos sintomas podem não atender os critérios de intensidade ou duração para serem considerados em algumas das classes (TB-I ou II, presentes no manual diagnóstico).

Staton, Volness e Beatty (2008) enfatizam que o TB manifestado por muitos, se não a maioria dos pacientes pediátricos, conforma-se mal ao DSM-IV-TR, pois as exigências de duração para os sintomas são rigorosas. Na opinião desses autores, não se tem encontrado nenhuma descrição empírica da variedade do TBIA na prática clínica e tal fato parece estar ocorrendo por causa das restrições impostas pelo manual diagnóstico.

Na tentativa de resolver algumas discordâncias entre os pesquisadores sobre a natureza e definição do TBIA, Lofthouse e Fristad (2004) afirmam que crianças com instabilidade de humor podem ser incluídas em uma de duas categorias diagnósticas: (1) as que se encontram plenamente no DSM- IV-TR nos critérios para TB I e II e (2) aquelas comprometidas pela instabilidade de humor, mas que não satisfazem os critérios do DSM-IV-TR para TB I e II e, portanto, geralmente recebem o diagnóstico do TB-NOS (transtorno

bipolar não especificado).

Apesar das controvérsias existentes quanto à forma de diagnosticar o TBIA, existem estratégias de intervenções farmacológicas e não- farmacológicas para o tratamento nessa população e que serão descritas brevemente a seguir.

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTOS FARMACOLÓGICO E PSICOSSOCIAL PARA O TBIA

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Existe uma série de medicamentos indicados para pacientes adultos com TB e que também têm sido utilizados em crianças. Estes são denominados estabilizadores do humor, antidepressivos, antiepiléticos e antipsicóticos e podem trazer melhoras clínicas e favorecer o curso e prognóstico das pessoas acometidas pelo TB. Os medicamentos têm como objetivo a tentativa de redução dos fatores desestabilizadores do humor e aumento de estratégias estabilizadoras. Quanto maior a gravidade da doença, mais vigoroso necessita ser o tratamento medicamentoso. Dentre os principais medicamentos destacam-se os estabilizadores de humor: lítio, carbamazepina, oxcarbazepina, entre outros; antidepressivos: fluoxetina; antiepiléticos: ácido valpróico, lamotrigina; antipsicóticos: quetiapina, olanzapina, topiramato, haloperidol, flufenazina, risperidona, dentre outros (Lara, 2004).

Apesar do avanço do tratamento medicamentoso, segundo Ramirez-Basco e Thase (2003), a baixa adesão pode ocorrer por falta de orientação sobre a importância de sua utilização. Para Lara (2004), o frequente abandono do tratamento pode ser por desconhecimento do problema ou a preferência pelo humor eufórico.

Embora o tratamento medicamentoso esteja associado a prevenções de recaídas e ao menor risco de recidivas, 60% dos pacientes que utilizam medicamento têm recaídas dentro de dois anos após um episódio agudo, e pelo menos 50% experimentam sintomas significativos relacionados com a oscilação do humor entre os episódios (Miklowitz, George, Richards, Simoneau & Suddath, 2003).

Após o controle dos sintomas e a estabilização do humor, pacientes com TBIA ainda podem apresentar prejuízos significativos em relação ao desempenho escolar, relacionamento familiar e social. Tal condição indica as limitações da farmacoterapia e há recomendação para intervenções psicossociais no tratamento do TBIA (National Institute of Mental Health, 1996).

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA O TBIA

A seguir serão apresentados exemplos de intervenções psicossociais para o TBIA encontradas na literatura, sendo elas: (a) Grupo Psicoeducacional Multi-familiar, (b)

Tratamento para Adolescentes focado na Família, (c) A Terapia Dialética Comportamental para Adolescentes e (d) Terapia Cognitivo-Comportamental focada na Criança e na Família.

Grupo Psicoeducacional Multi-familiar (*Multi-family Psychoeducational Group, MFPG*). É um tipo de intervenção psicoeducacional para pais de filhos com TBIA desenvolvido por Fristad, Goldberg- Arnold e Gavazzi (2002). Este tipo de intervenção é composta por oito sessões de 90 minutos para pais e também sessões simultâneas direcionadas aos filhos. Tal estratégia tem o objetivo de ensiná-los sobre a doença, tratamento, manejo dos sintomas, melhorar a resolução de problemas, habilidades de comunicação e apoio entre membros do grupo e familiares.

Fristad et al. (2002) defendem também a utilização da estratégia apresentada no parágrafo anterior, porém aplicada individualmente. Por esta razão, foi denominada pelos autores de Psicoeducação Familiar Individual (*Individual Family Psychoeducation, IFP*).

Tratamento para Adolescentes focado na Família (*Family-focused Treatment for Adolescents FFT-A*). É o modelo de intervenção proposto por Miklowitz, et al. (2004), que objetiva reduzir os sintomas do TB em adolescentes por meio da maior sensibilização para lidar com o mesmo, da diminuição da expressividade emocional por parte dos familiares e/ou cuidadores e, ainda, favorecer melhoria na resolução de problemas e desenvolvimento de habilidades de comunicação. Tal proposta consiste de três componentes: psicoeducação, reforçamento positivo dos comportamentos compatíveis com a comunicação. e treino de habilidades em solução de problemas. A FFT-A foi programada para ser desenvolvida em 12 sessões semanais, seis quinzenais e três mensais durante nove meses e incluíam o paciente e toda sua família.

A Terapia Dialética Comportamental para Adolescentes (*Dialectical Behavior Therapy for Adolescents*), de Goldstein, Axelson, Birmaher e Brent (2007) foi adaptada para intervenção com adolescentes com TB. É composta de duas modalidades: (a) treinamento de habilidades familiares e (b) psicoterapia individual com o adolescente. O período de tratamento total é de um ano, com 24 sessões semanais que se alternam entre a terapia familiar e individual nos primeiros seis meses. Mais 12 sessões são realizadas no último semestre. Em um pequeno ensaio aberto preliminar, empregando a estratégia de tratamento acima descrita em 10 adolescentes com TB, foram encontrados, como resultados, a diminuição do comportamento suicida, auto-prejudicial, da desestruturação emocional e dos sintomas depressivos.

A Terapia Cognitivo-Comportamental focada na Criança e na Família (*Child and Family- Focused Cognitive- Behavioral Therapy, CFF-CBT*) foi elaborada para atender

às necessidades específicas de desenvolvimento de crianças de 8 a 12 anos com TB. Envolve um extenso trabalho com os pais, em paralelo ao realizado com as crianças, com objetivo de identificar, por meio destes, as necessidades terapêuticas da criança, auxiliando-os também a desenvolver um estilo parental adequado frente aos filhos. Um segundo objetivo a ser destacado nessa estratégia de tratamento é integrar psicoeducação, CBT e técnicas de terapia interpessoal adaptadas às necessidades das crianças. Essa integração pode possibilitar melhoria no tratamento farmacológico que é realizado simultaneamente.

Todas as estratégias psicossociais utilizadas para o tratamento do TBIA apresentadas nesta seção incluem o componente transmissão de conhecimento e informação sobre a doença. Este componente parece ser viável e pode ser útil na adesão ao tratamento medicamentoso e melhoria na qualidade de vida, pois aborda aspectos específicos da doença, além da medicação (West & Pavuluri, 2009).

Crianças e adolescentes com TB estão se tornando alvo de maiores investigações, bem como, uma questão prioritária no contexto da saúde, como salienta a World Health Organization (2003). Ramires, Benetti, Silva e Flores (2009) enfatizaram que a falta de reconhecimento da importância da saúde mental na infância e adolescência pode acarretar a não identificação precoce dos sintomas e a não oportunidade de tratamento adequado. Este fato proporcionará consequências negativas no decorrer do desenvolvimento infantil e poderá afetar a capacidade produtiva e de inserção social dos indivíduos quando adultos, refletindo-se no nível social e econômico das coletividades.

Contudo o TBIA pode ser particularmente difícil de tratar porque sua apresentação, diagnóstico e tratamento são muitas vezes complicados, e os autores divergem em suas opiniões e, ainda, os resultados de intervenções de tratamentos aparentam ser incertos. Há muitas etiologias que contribuem para o desenvolvimento desses transtornos na infância e/ou adolescência, inclusive as biológicas e psicossociais. Para Weller, Kloos, Weisbrot e Weller (2006), a investigação sobre ambos os tratamentos farmacológicos e psicossociais existentes tem se mostrado útil, pois contribui para um maior conhecimento da problemática do TBIA e para o desenvolvimento e aprimoramento de estratégias de intervenção mais adequadas a crianças e adolescentes.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GERAIS

Identificar, por meio de uma revisão bibliográfica de estudos empíricos, quais intervenções psicossociais conduzidas em grupo e/ou individualmente são utilizadas para tratar o TBIA e analisar os dados obtidos quanto aos objetivos, método, temas desenvolvidos e resultados das intervenções.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar estudos de intervenção psicossocial publicados entre 1999 e 2011;
- Categorizar os estudos de acordo com: (a) Informações básicas do artigo (nome do periódico, ano de publicação e objetivos); (b) Método (local, amostra, número e idade dos participantes, critérios para participação, número e duração de sessões, profissionais envolvidos, delineamento experimental, medidas pré e pós e “follow-up”); (c) Principais temas trabalhados; (d) Principais resultados obtidos.
- Relacionar as categorias acima descritas com os resultados;
- Comparar os diferentes métodos dos estudos levantados;
- Comparar os diferentes resultados dos estudos levantados;

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa eletrônica nas seguintes bases de dados: (1) AcademicSearchPremier (via National Library of Medicine), (2) MEDLINE/PubMed, (3) MEDLINE/ via Bireme, (4) MEDLINE/ via OvidAcademic,(5) Web of Science, (6) SCOPUS (Elsevier), (7) Lilacs e (8) PsycINFO. Utilizaram-se as palavras ou expressões-chave: *bipolar disorder, child, Adolescents, comorbidity, treatment, assessment, psychoeducational intervention, psychosocial intervention, psychological intervention, education program, therapeutic education* (Apêndice A).

Foram incluídos artigos que apresentaram relatos originais de pesquisas empíricas que utilizaram estratégias de intervenção com crianças e/ou adolescentes diagnosticados com Transtorno Bipolar na infância e/ou adolescência (TBIA), publicados entre 1999 e 2011, nos idiomas inglês, espanhol, italiano e português. Os mesmos critérios, acima descritos, para seleção dos resumos foram adotados em todas as bases de dados consultadas. Foram excluídos os resumos repetidos e /ou incompletos e os artigos de pesquisas teóricas, de revisão, de estudos empíricos apenas de diagnóstico e/ou avaliação e de intervenções farmacológicas.

Nos resultados com mais de 150 publicações, foram utilizados outros cruzamentos para restringir a busca, a fim de possibilitar a leitura dos resumos por completo. Assim, para resultados acima de 150 referências, foram primeiramente lidos os títulos e, posteriormente, quando selecionados, os resumos completos.

A qualidade científica das pesquisas selecionadas foi verificada a partir das seguintes categorias de análise: (a) objetivos da pesquisa, (b) amostra (população-alvo e idade dos participantes), (c) delineamento do estudo e utilização de grupo controle, (d) seguimento de avaliação da manutenção dos resultados da intervenção, (e) instrumentos de medidas utilizados, (f) temas abordados no programa e (g) resultados principais. Os dados coletados referentes aos estudos encontrados que foram selecionados para a presente pesquisa estão apresentados no Apêndice A.

Após a coleta dos dados foi realizada a leitura dos resumos que atenderam aos critérios de inclusão. A segunda etapa constituiu-se da seleção dos artigos empíricos de intervenção Psicossocial, totalizando 18. Por fim, a terceira etapa foi referente à busca dos artigos na íntegra, selecionados na etapa anterior, para sua posterior categorização e análise.

CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados em um banco de dados confeccionado no programa Microsoft Office Excel e foram analisados a partir de uma adaptação das categorias definidas por Zazula, Moraes, Machado, Andrade, Frasson e Gon, 2011 (Apêndice B).

RESULTADOS

Inicialmente foram localizados 36471 artigos, destes, 380 foram selecionados por títulos e 18 recuperados por atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa.

Quanto aos objetivos dos estudos selecionados, todos avaliaram a eficácia de intervenções que continham componentes que podem ser considerados psicoeducativos, porém sobre diferentes variáveis. Três dos estudos focalizaram os efeitos da intervenção sobre os sintomas do transtorno bipolar durante e após as intervenções (Jairam, Srinath, Girimaji e Seshadri, 2004; Fristad, Verducci, Walters e Young, 2009; Miklowitz, et al., 2011), quatorze tiveram como foco de intervenção o comportamento da família, além das crianças e adolescentes com o TB (Fristad, Davidson e Leffler, 2007; Fristad, Gavazzi e Koons, 2003; Miklowitz, et al., 2009; Feeny, Danielson, Schwartz, Youngstrom e Findling, 2006; Fristad, 2006; Goldstein, Axelson, Birmaher, e Brent, 2010; Fristad, Goldberg- Arnold e Gavazzi, 2002; Miklowitz et al., 2004; Pavuluri, Graczyk, Henry, Carbray, Heidenreich e Miklowitz, 2004; Hlastala, Kotler, Mc Clellan e Mc Cauley, 2010; Leffler, Fristad e Klaus, 2010; West et al., 2009), um buscou a redução do peso em crianças com TB (Goldstein et al., 2011), um descreveu adaptações para adolescentes em um programa de intervenção desenvolvido inicialmente para adultos (Hlastala et al., 2010) e um investigou se famílias de crianças com TB e famílias de crianças com transtorno depressivo maior/ distímico (dystymic and major depressive disorders) diferiram no início do tratamento em relação ao conhecimento dos transtornos, e se houve benefícios na intervenção sobre a aquisição de conhecimento dos pais sobre os transtornos de seus filhos, o desenvolvimento de habilidades e a emissão de comportamentos adequados dos pais em relação a criança e/ou o adolescente, a qualidade do relacionamento familiar e no aprimoramento da capacidade dos pais de procurar serviços de saúde apropriados para seus filhos (Fristad, Goldberg- Arnold & Gavazzi, 2002).

Em relação ao número de participantes dos estudos, houve variação entre 1 e 463 indivíduos. Dos 18 estudos analisados 11 foram apenas com as crianças e/ou adolescentes com TB e nove tiveram também pais e/ou cuidadores como sujeitos. A idade dos participantes variou entre cinco e acima de 65 anos. Cinco desses estudos foram realizados com participantes com idade mínima de oito anos. Nenhum dos estudos realizados com crianças e adolescentes informaram a idade dos pais.

Sobre os critérios para participação no estudo, exigiu-se que a criança e/ou adolescente tivesse o diagnóstico dos Transtornos Bipolar I, II, NOS, ou transtorno depressivo

maior, desordem ciclotímica ou esquizoafetiva com subtipo do transtorno bipolar. Em seis dos estudos também foi necessário que a criança apresentasse pelo menos um episódio maníaco com exaltação e grandiosidade, misto, hipomaníaco ou depressivo em até seis meses anteriores à intervenção. Em cinco dos estudos foi exigida a participação efetiva de um dos responsáveis. Em quatro deles as crianças deveriam apresentar estabilidade em relação aos efeitos farmacológicos e o interesse em permanecer submetendo-se ao tratamento medicamentoso. Em dois foi aplicado um teste de QI e exigida pontuação mínima para participação, sendo que um deles exigiu também determinada pontuação nas escalas Young Mania Rating Scale (YMRS), ou Childrens Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R).

Em relação ao delineamento de pesquisa, constatou-se que oito dentre os 18 estudos foram individuais e quase-experimentais, sendo que, todos realizaram testes pré e pós- intervenção. Oito foram estudos experimentais: três realizaram linha de base múltipla entre grupos, dois foram randomizados e controlados, quatro utilizaram grupo controle, sendo um longitudinal e multicêntrico. Os quatro restantes foram estudos de caso e, destes, apenas um utilizou medidas de pré e pós-testes. Foram realizados testes de *follow-up* em 11 dos estudos: seis o fizeram após decorrido um ano da intervenção, três após 6 meses e dois após 2 meses.

Tabela 1 – Objetivos, amostra e delineamento dos estudos revisados.

Estudo	Principal objetivo	Amostra		Delineamento	Grupo Controle	Follow-up
		Público alvo	Quantidade de participantes (n) e Idade média das crianças (anos)			
Jairam et al., 2004	Examinar o curso e o resultado do transtorno bipolar e avaliar a taxa e os preditores de recuperação e recaída	Crianças	(25) 9- 16 anos	Individual com pré e pós- testes (quase-experimental)	Não	Sim
Fristad et al., 2007	Descrever uma técnica terapêutica, Thinking-Feeling-Doing (TDF) utilizada para o tratamento psicossocial de crianças com TB e seus familiares.	Criança	(1) 12 anos	Estudo de caso	Não	Não
Fristad et al., 2003 (estudos I, II, III e IV)	Discutir a psicoeducação individual e grupo multifamiliar, através de workshops, e a psicoterapia como coadjuvantes do tratamento farmacológico.	Pais	(25)	Estudo randomizado e controlado (experimental)	Não	Sim
		Crianças e Pais	(12)	Individual com pré e pós- testes (quase-experimental)	Não	Não
		Famílias	(35) 8-11 anos	Experimental randomizado e controlado com linha de base múltipla entre grupos. (experimental)	Não	Sim
		Famílias	(20)		Não	Não
Miklowitz et al., 2008	Examinar os benefícios do tratamento focalizado na família do adolescente (FFT-A) junto com a farmacoterapia por 2 anos.	Adolescentes Irmãos Pais	(58) 14,5 anos	Estudo randomizado e controlado (experimental)	Não	Sim
Fristad et al., 2009	Determinar se psicoterapia psicoeducacional multifamiliar iria melhorar os sintomas de instabilidade de humor em crianças com depressão ou transtorno bipolar.	Crianças	(165) 8- 12 anos	Estudo randomizado e controlado (experimental)	Sim	Sim

Feeny et al., 2006	Desenvolver uma intervenção cognitivo-comportamental para adolescentes com transtorno bipolar, testar a sua viabilidade e preliminar eficácia.	Crianças e Pais	(16) 10- 17 anos	Estudo randomizado e controlado (experimental)	Sim	Sim
Fristad, 2006	Avaliar a eficácia da terapia familiar individual (IFP) em pais e crianças com TB.	Crianças e Pais	(20) 8- 11 anos	Estudo randomizado e controlado (experimental)	Sim	Sim
Danielson, Fenny, Findling e Youngstrom, 2004	Descrever um modelo empírico cognitivo-comportamental para tratamento do TB, através de uma intervenção manualizada.	Adolescente	(1) 13 anos	Estudo de caso	Não	Sim
Goldstein et al., 2010	Descrever uma versão adaptada da terapia comportamental dialética para adolescentes com transtorno bipolar.	Adolescentes e Pais	(10) 15, 8, 14-18 anos	Individual com linha de base (quase-experimental)	Não	Não
Fristad et al., 2002	Apresentar dados de um estudo-piloto do nosso MFPG, manual de tratamento para famílias de crianças com transtornos de humor, e responder duas perguntas: famílias de crianças com TB e famílias de crianças com transtorno depressivo maior / distímico (dystymic and major depressive disorders) diferem no início do tratamento? Ambas beneficiam-se igualmente da intervenção?	Crianças, Pais e Mães	(84) 10, 1 (8-11) anos	Estudo randomizado e controlado (experimental)	Sim	Sim
Miklowitz et al., 2004	Descrever o tratamento psicoeducacional focado na família (FFT-A) de adolescentes com TB.	Adolescentes e Pais	(52) 14,8 (13-17) anos	Estudo individual com pré e pós- testes (quase-experimental)	Não	Sim
Pavuluri et al., 2004	Descrever uma intervenção psicossocial da terapia cognitivo-comportamental (TCC- CFF), que a aplicação é sugerida em conjunto com a medicação; e investigar sua viabilidade (adesão ao tratamento, integridade à psicoterapia e satisfação do consumidor).	Crianças e Pais	(34) 11,3 (5- 17) anos	Estudo individual com pré e pós- testes (quase-experimental)	Não	Não

Goldstein, Goldstein, Montaz, Bailey e Donaihy, 2011	Descrever o desenvolvimento de uma intervenção breve motivacional para prevenção de ganho de peso entre indivíduos com TB.	Adolescentes	(1) 15 anos	Estudo de caso com pré e pós- testes	Não	Não
Miklowitz et al., 2011	Examinar se a intervenção precoce pode reduzir o risco de conversões sindrômicas e testar uma versão de tratamento focado na família que foi adaptada para jovens com características diagnósticas do TB.	Crianças e/ou adolescentes	(13) 13,4, 9-18 anos	Estudo individual com pré e pós- testes (quase-experimental)	Não	Sim
Hlastala et al., 2010	Descrever adaptações específicas desenvolvidas na Terapia Rhythm Interpessoal e social para ser utilizada com adolescentes (IPSRT-A) e relatar seus resultados de um ensaio aberto.	Adolescentes e Familiares (apenas 5 sessões)	(12) 16,57, 12-18 anos	Estudo individual com pré e pós- testes (quase-experimental)	Não	Não
Leffler, Fristard e Klaus, 2010	Descrever a aplicação de uma intervenção psicoeducacional, Individual family psychoeducational psychoterapy (PEP) em indivíduos com TB.	Crianças e Pais (participação no inicio e final de cada sessão)	(2) 8- 12 anos	Estudo de caso	Não	Não
Fagiolini et al., 2009	Investigar a eficácia do modelo de atenção especializada para TB (SCBD) em conjunto com o tratamento psicossocial (ECI) e compará-los com a efetividade da aplicação apenas do SCBD	Adolescentes, Adultos e Idosos	(463) 12-17 anos 18-64 anos > ou igual a 65 anos.	Estudo longitudinal, multicêntrico randomizado e controlado (experimental)	Sim	Não
West et al., 2009	Descrever uma adaptação da terapia comportamental-cognitiva de grupo de crianças focada na família (CFF-CBT) para transtorno bipolar pediátrico.	Crianças e Famílias	(52) 6-12 anos	Estudo individual com pré e pós- testes (quase-experimental)	Não	Não

Quanto às medidas utilizadas, para avaliação pré e pós-intervenção, estas totalizaram 37 nos 18 estudos, e seis foram mais frequentemente utilizadas, são elas: *Young Mania Rating Scale* (YMRS) em 12 estudos; *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL) em oito estudos; *Child's Global Assessment Scale* (CGAS) em seis estudos; *Expressed Emotion Adjective Checklist* (EEAC) em cinco estudos; *Children's Interview for Psychiatric Syndromes* (CHIPS) em cinco estudos e *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R) em cinco estudos. Estes instrumentos estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Descrições dos instrumentos utilizados com maior frequência nos estudos revisados

Estudos	Medidas de Avaliação	Discussão
Jairam et al., 2004; Fristad et al., 2003; Miklowitz et al., 2008; Fristad et al., 2009; Feeny et al., 2006; Fristad et al., 2006; Danielson et al., 2004; Goldstein, Axelson, Birmaher e Brent, 2010; Fristad, 2002; Goldstein et al., 2011; Hlastala et al., 2010; Leffler et al., 2010	Young Mania Rating Scale (YMRS)	Escala com propósito de avaliar a intensidade dos sintomas maníacos do paciente. Tem sido uma das escalas de avaliação mais utilizadas em estudos controlados com pacientes maníacos, devido a sua alta confiabilidade e coeficientes de validade (Vilela et al., 2005). Este instrumento é baseado em informações subjetivas, sobre as últimas 48 horas, fornecidas pelo paciente e a observação clínica do comportamento deste, durante a entrevista. Estes autores afirmam ainda que a YMRS foi desenvolvida para o público adulto, mas tornou-se bastante utilizada na pesquisa do transtorno bipolar, tanto em adultos como em crianças (Serrano, Ezpeleta, Alda, Matalaí & San, 2011).
Miklowitz et al., 2008; Feeny et al., 2006; Danielson et al., 2004; Goldstein, Axelson, Birmaher e Brent, 2010; Fristad et al., 2002; Miklowitz et al., 2004; Hlastala et al., 2010; Leffler et al., 2010; Fagiolini et al., 2009; West et al., 2009.	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)	Entrevista semi-estruturada para avaliação de distúrbios psiquiátricos em crianças e adolescentes desenvolvida e adaptada aos critérios diagnósticos do DSM- IV. Tem sido utilizada desde 1997, e tem contribuído para conclusão do diagnóstico. Sua confiabilidade e validade têm sido relatadas como suficientes, em especial na avaliação dos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), opositor e comportamental (Kim et al., 2004). É um instrumento amplamente utilizado em diferentes estudos psiquiátricos epidemiológicos, práticas clínicas e tratamentos de crianças e adolescentes, por abranger todos os transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância e adolescência, incluindo transtornos do humor (depressão maior e mania), transtornos de ansiedade (transtorno do pânico, agorafobia, fobia social, fobia simples, fobia generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, pós-traumático), transtornos alimentares (anorexia e bulimia), distúrbios de atenção (TDAH), transtorno de conduta e transtornos psicóticos (Ghanizadeh, Mohammadi e Yazdanshenas, 2006).

Jairam et al., 2004; Miklowitz et al., 2008; Fristad et al., 2002; Pavuluri et al., 2004; Leffler et al., 2010; Fagiolini et al., 2009.	Child's Global Assessment Scale (CGAS)	É uma escala numérica (de 1 a 100) usada por clínicos de saúde mental e médicos para avaliar o nível global (aspectos psicológicos, sociais e escolares) de funcionamento e gravidade dos transtornos mentais em crianças e adolescentes, com idades inferiores a 18 anos. Esta escala foi uma adaptação da "Global Assessment Scale for Adults", e mostra-se uma medida útil para avaliar a severidade dos transtornos (Shaffer, Madelyn, Brasic, Ambrosini, Bird e Aluwahlia, 1983). Demonstra ter alta confiabilidade entre avaliadores e ao longo do tempo. Dadas essas propriedades psicométricas favoráveis e sua relativa simplicidade, a CGAS é recomendada para ser utilizada tanto por clínicos quanto por pesquisadores (Dyrborg, 2000).
Fristad et al., 2003 (estudos I, II, III); Fristad et al., 2002; Leffler et al., 2010.	Expressed Emotion Adjective Checklist (EEAC)	É uma escala desenvolvida inicialmente para uso em famílias de adultos com doença mental grave, com objetivo de avaliar a emoção familiar. São listados 20 descritores positivos e negativos relacionados ao envolvimento emocional. Este instrumento tem também características adequadas para investigar a expressão da emoção negativa, fato este que justifica sua utilização como pré e pós- teste em pesquisas, envolvendo transtornos mentais, e favorecendo o entendimento dos participantes sobre suas emoções antes e após as intervenções (Brent, Perper, Moritz, Allman, Firend e Roth, 1993).
Fristad et al., 2003 (estudos II, III); Walters et al., 2009; Fristad et al., 2002; Leffler et al., 2010.	Children's Interview for Psychiatric Syndromes (CHIPS)	Entrevista estruturada que avalia critérios diagnósticos em Psiquiatria Infantil, desenvolvida para crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos. Sua aplicação e formação dos entrevistadores são rápidas, devido as questões serem específicas e suas respostas objetivas. Seus itens são semelhantes aos critérios do DSM-IV. Tais fatores têm contribuído para a sua utilização em estudos nos quais se empregam os critérios deste Manual (Weller, Weller, Fristad, Rooney e Schecter, 2000). CHIPS é utilizada na avaliação de transtornos, tais como: TDAH, opositor-desafiador (TOD), por uso de substância (SUDS), de ansiedade social (SAD), fobias específicas (SP), obsessivo-compulsivo (TOC), ansiedade generalizada (TAG), pós-traumático, depressão / distímico, mania / hipomania, anorexia nervosa, bulimia nervosa e psicóticos (Souza, Serra-Pinheiro, Mousinho e Mattos, 2009).
Fristad et al., 2003 (estudos II, III); Walters et al., 2009; Fristad et al., 2006; Fristad et al., 2002; Miklowitz et al., 2008	Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R)	Escala de avaliação da depressão infantil e adolescente, elaborada com base em uma entrevista semi-estruturada e tem sido muito utilizada para diagnosticar a depressão e determinar sua gravidade. Contempla dados completos de interpretação e psicométricos, em contextos clínicos. É adequada a estudos clínicos para diagnosticar a depressão e monitorar respostas ao tratamento (Zalsman et al., 2005). Esta escala foi desenvolvida em sua versão revisada em 1985, e contempla 17 itens nos quais as crianças relatam seu estado afetivo e sua conduta é também observada pelo entrevistador. Todos os itens dessa

		escala refletem os critérios do DSM III-R para depressão maior e distímia. Tal instrumento demonstrou características psicométricas consistentes e confiáveis no diagnóstico da depressão (Barbosa, Dias, Gaião e Di Lorenzo, 1997).
--	--	--

Quanto aos temas trabalhados nas intervenções, todos os estudos abordaram informações básicas sobre o TB. Algumas intervenções utilizaram-se de componentes psicoeducativos, outras de componentes psicoterápicos, embora em alguns deles os autores não tenham descrito suas intervenções como psicoeducativas ou psicoterapêuticas. Constatou-se existirem ainda divergências no conceito dessas duas formas de intervenções entre autores, por exemplo, para Neto (2004), são componentes da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC): “Educar pacientes, seus familiares e amigos sobre o transtorno bipolar, seu tratamento e dificuldades associadas à doença; ajudar a controlar sintomas leves sem necessidade de modificar a medicação; ajudar a enfrentar fatores de estresse que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios de mania e depressão, dentre outras”. Ao mesmo tempo, Colom e Vieta (2004), apontam como componentes de um programa psicoeducacional: “Informação concreta sobre alguns assuntos como transtorno bipolar e risco de suicídio; treinamento sobre manejo de sintomas; treinamento em gerenciamento de estresse, dentre outras”. A partir destes exemplos nota-se que intervenções estão sendo chamadas de diferentes maneiras, porém abordam os mesmos aspectos.

Os temas mais frequentemente abordados foram: adesão à medicação e treino em resolução de problemas, os estudos que abordaram estes e outros temas estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Principais temas abordados

Indicadores utilizados	Estudos
Informações sobre adesão ao tratamento medicamentoso (10)	Jairam et al. (2004); Miklowitz et al. (2008); Danielson et al. (2004); Goldstein et al. (2010); Fristad et al. (2002); Miklowitz et al. (2004); Hlastala et al. (2010); Leffler et al. (2010); Fagiolini et al. (2009) e West et al., (2009).
Treino em resolução de problemas (9)	Miklowitz et al. (2008); Feeny et al. (2006); Danielson et al. (2004); Goldstein et al. (2010); Miklowitz et al. (2004); Pavuluri et al. (2004); Miklowitz et al. (2011); Leffler et al. (2010) e West et al., 2009.
Hábitos saudáveis (dietas, exercícios físicos, sono e higiene) (6)	Fristad et al. (2003); Fristad (2006); Goldstein et al. (2011); Hlastala et al. (2010); Leffler et al. (2010); Fagiolini et al. (2009).
Informações sobre os efeitos colaterais da medicação (4)	Jairam et al. (2004); Goldstein et al. (2011); Hlastala et al. (2010); Fagiolini et al. (2009).
Sinais precoces de recaídas (eventos desencadeantes) (3)	Jairam et al. (2004); Miklowitz et al. (2011); Fagiolini et al. (2009).
Identificação e modificação de sentimentos e/ou de pensamentos que possam contribuir ou prejudicar a estabilidade e melhoria do humor (5)	Jairam et al. (2004); Fristad et al. (2009); Danielson et al. (2004); Goldstein et al. (2010) e West et al., 2009.
Identificação de eventos desencadeantes e manejo de <i>stress</i> (4)	Miklowitz et al. (2008); Feeny et al. (2006); Miklowitz et al. (2004); Miklowitz et al. (2011);
Relacionamento familiar (conflitos) (3)	Miklowitz et al. (2008); Miklowitz et al. (2011); Fristad et al. (2002).
Manejo dos sintomas (7)	Jairam et al. (2004); Fristad et al. (2007); Goldstein et al. (2010); Miklowitz et al. (2004); Pavuluri et al. (2004); Leffler et al. (2010) e West et al., 2009.
Desenvolvimento de habilidades sociais (5)	Miklowitz et al. (2008); Feeny et al. (2006); Danielson et al. (2004); Pavuluri et al. (2004) e West et al., 2009.
Abuso de substâncias (álcool e/ou drogas) (2)	Feeny et al. (2006); Danielson et al. (2004).
Estratégias para redução da emoção expressa (1)	Jairam et al. (2004).
Sem descrição dos temas trabalhados (1)	Fristad et al. (2009).

Quanto aos resultados, apesar dos objetivos das pesquisas revisadas serem similares e os delineamentos diversos, 15 dos 18 estudos mostraram que após a intervenção contou-se uma redução significativa dos sintomas do TB (instabilidade de humor, irritabilidade, apatia, etc.). Outros resultados semelhantes que apareceram nos estudos serão descritos abaixo na Tabela 4. Vale ressaltar que, nenhuma das pesquisas apontou para resultados adversos (e.g., agravamento dos sintomas, aumento da instabilidade de humor) após a intervenção.

Tabela 4 - Principais resultados encontrados nos estudos

Resultados	Estudos
Redução dos sintomas do TB (instabilidade de humor, irritabilidade e apatia) (15)	Jairam et al. (2004); Miklowitz et al. (2008); Danielson et al. (2004); Goldstein et al. (2010); Fristad et al. (2007); Miklowitz et al. (2011); Fristad, (2006); Fenny et al. (2006); Goldstein et al. (2011); Hlastala et al. (2010); Fristad et al. (2009); Pavuluri et al. (2004); Leffler et al. (2010); Fagiolini et al. (2009) e West et al., (2009).
Pais e/ou mães comportando-se de maneira mais adequada frente ao transtorno bipolar de seus filhos (5)	Fristad et al., (2003); Fristad et al., (2007); Fristad et al., (2002); Leffler et al., (2010) e West et al., (2009).
Melhoria do relacionamento familiar (3)	Fristad, (2006); Fristad et al., (2002) e Leffler et al., (2010).
Ganho de experiência e aumento do conhecimento dos pais em relação ao TB (3)	Fristad et al., (2003); Fristad et al., (2002) e West et al., (2009).
Participantes tiveram um aumento do apoio familiar e social (2)	Fristad et al., (2003) e Fristad et al., (2002).
Benefícios no rendimento escolar das crianças (2)	Fristad et al., (2002) e Leffler et al., (2010).
Mudança de sentimentos negativos e escolha de comportamentos mais adequados (menos prejudiciais a si mesmos ou a pessoas do convívio) (1)	(Fristad et al., 2007)
Melhoria no funcionamento psicossocial e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento nas crianças (1)	(West et al., 2009).
Perda de peso e ganho de massa muscular saudável (1)	(Goldstein et al., 2011).

DISCUSSÃO

Poucos estudos empíricos de intervenção psicossocial para o TBIA foram localizados em um período de 11 anos. Uma possibilidade de explicação para esse resultado é o fato desta ser uma área nova e o conceito de transtorno bipolar infantil ser ainda inconsistente e controverso. Como citado por Lima (2004), o TBIA é muitas vezes de difícil diagnóstico e até pouco tempo se pensava que tal transtorno não existia ou que aparecia de forma mascarada. Nos últimos 30 anos é que pesquisadores começaram a investigar a depressão e a mania em crianças, por meio de entrevistas médicas, avaliações por questionários ou entrevistas semi-estruturadas e exames laboratoriais.

Contudo, os critérios para avaliação do TBIA tanto no contexto clínico como no de pesquisa ainda não estão padronizados, o que dificulta o diagnóstico mais preciso e intervenções mais efetivas. Como salientado por Serrano et al. (2011), fatores como a apresentação clínica de mania em crianças, a sobreposição de sintomas de mania com déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), as variações na metodologia (idades, escala de classificação utilizada, entrevistador) e os Manuais com diferentes critérios diagnósticos (CID-10 e DSM-IV- TR) são importantes variáveis que dificultam o diagnóstico do TBIA.

Outros aspectos que devem ser considerados em relação ao pequeno número de estudos localizados consiste no fato de, por muito tempo, o TBIA ter sido subdiagnosticado, mal-reconhecido e confundido com outros quadros psicopatológicos (Rocha & Neto, 2007). Atualmente, para se diagnosticar o TBIA, têm sido utilizados com mais frequência os critérios do DSM- IV- TR, que objetivam descrever o transtorno em adultos.

Contudo, alguns autores apresentam argumentos desfavoráveis quanto ao uso do DSM- IV- TR para avaliação do TBIA. Duffy (2007) enfatiza que, segundo aquele Manual, as alterações de humor características do transtorno bipolar só se manifestam a partir da adolescência, o que, conseqüentemente, torna contraindicada sua utilização na infância.

De acordo com Apps et al. (2008), o referido transtorno é caracterizado no DSM- IV- TR por uma combinação alternada e intensa de episódios de humor. Porém, segundo tais autores, todas as crianças e adolescentes, certamente, apresentam alterações de humor características de sua faixa etária durante o seu desenvolvimento. No entanto, como em todos os transtornos, tais variações sentimentais só se tornam clinicamente significativas quando se alteram a ponto de causar comprometimento funcional.

Para Lima (2004), a comparação das características do TB em adultos com o transtorno em crianças e/ou adolescentes traz alguns problemas, pois, dependendo da idade, as

crianças podem apresentar alguns comportamentos topograficamente semelhantes àqueles que são descritos como sendo sintomas de TB, mas que não o são. Por exemplo, choro excessivo ou irritabilidade podem ser apresentados devido a uma dificuldade de expressão verbal decorrente de um processo de aprendizagem. Assim, o autor chama atenção para a diferença entre o repertório comportamental de adultos e crianças, cabendo salientar que nos Manuais Diagnósticos os critérios diagnósticos estão relacionados com comportamentos do adulto e, por essa razão, faz-se contraindicado para avaliar crianças e /ou adolescentes.

Diante do mencionado nos parágrafos anteriores sobre como diagnosticar o TBIA, Carr (2009) sugere que para a realização de um diagnóstico confiável do transtorno recomenda-se: (1) utilizar escalas direcionadas à população infantil que avaliam sintomas, (2) conhecer a história de vida do paciente e de sua família, bem como (3) empregar os manuais de diagnósticos. Isto porque o tempo destinado para consulta não é suficiente para que esse tipo de procedimento seja adotado de maneira satisfatória. Assim sendo, identifica-se mais um fator que contribuiria para que o diagnóstico de TBIA fosse realizado de modo mais confiável.

Os fatores acima descritos destacam a necessidade de uma descrição mais objetiva, específica e acurada do TBIA, bem como de uma padronização dos instrumentos de avaliação. Além disso, uma padronização na forma de diagnosticar o transtorno possibilita que um maior número de pesquisas empíricas sejam conduzidas e que estratégias para compreensão e tratamento do transtorno em crianças e/ou adolescentes possam ser desenvolvidas.

Nas intervenções realizadas pode-se constatar a existência de algumas medidas de avaliação tais como, inventários, testes psicométricos e escalas. Estas últimas podem ser classificadas como entrevistas comportamentais (estruturadas ou semiestruturadas) que, apesar de não serem desenvolvidas especificamente para o TBIA, estão sendo empregadas com frequência. Após a revisão bibliográfica realizada constatou-se que dos 18 estudos, 16 recorreram a algumas dessas medidas de avaliação, como pré e/ou pós-testes. A utilização dessas medidas apesar de ainda não ser o ideal em relação à avaliação, inclusive devido a sua generalidade e abrangência de transtornos que se objetiva detectar, tem aparecido como uma tentativa de validade e efetividade das pesquisas que vêm se utilizando delas. Este é um fato relevante, uma vez que tem contribuído para maior controle nos estudos e demonstrado a busca dos pesquisadores por maior fidedignidade. Para Reitman, Hummel, Franz e Gross (1998), apesar destes procedimentos de avaliação não terem sido elaborados para avaliar especificamente o TB eles tornaram-se populares por sua utilidade relativa juntamente com outros métodos de mensuração. As escalas, por exemplo, são objetivas e

fáceis, necessitam menor tempo hábil para treinamento dos aplicadores e/ou observadores e buscam maximizar o planejamento de tratamento, enquanto aumentam a confiabilidade e validade do processo de entrevista.

Em relação ao delineamento utilizado nos estudos revisados oito eram quase-experimentais com medidas pré e pós-teste (Jairam et al., 2004; Fristad et al., 2003- II; Goldstein et al., 2010; Miklowitz et al., 2004; Pavuluri et al., 2004; Miklowitz et al., 2011; Hlastala et al., 2010 e West et al., 2009). Cozby (2003) afirmou que esta especificidade de delineamento surgiu da necessidade de realizar pesquisas aplicadas, em situações nas quais não é possível atingir o mesmo grau de controle que nos delineamentos experimentais e quando se busca atingir um grau de controle próximo dos delineamentos experimentais, para inferir o efeito pretendido de determinados tratamentos. Para Campos (2001), o delineamento quase-experimental não possui a confiabilidade fornecida pelo controle e manipulação das variáveis, nem a força da amostra randomizada, entretanto, se for bem sucedido poderá garantir alta validade interna, ou seja, uma relação de causa-efeito confiável. Sobre as medidas pré e pós-teste, conhecer os escores antes e após a intervenção possibilita identificar e inferir se modificações existiram e devido a quais variáveis ocorreram.

O delineamento experimental embasou oito dos estudos avaliados (Fristad et al., 2003- I e III; Miklowitz et al., 2008; Walters et al., 2009; Feeny et al., 2006; Fristad et al., 2006; Fristad et al., 2002 e Fagiolini et al., 2009). Este delineamento visa estabelecer relações de causa-efeito, com controle e manipulação de variáveis, bem como amostra randomizada. A principal diferença entre os delineamentos quase-experimentais e experimentais é o grau de confiabilidade dos estudos (Campos, 2001).

O delineamento experimental é completo e pode apresentar-se entre grupos ou intra-sujeitos. No delineamento experimental entre grupos, os efeitos de uma condição experimental são avaliados pela comparação entre diferentes grupos de sujeitos, submetidos, cada um deles a diferentes condições. Para Sampaio et al. (2008), a comparação entre os resultados dos grupos, por sua vez, frequentemente envolve o uso de instrumentos como testes para avaliar a fidedginidade estatística dos dados encontrados, fato que possivelmente contribuiu para a utilização de um grande número de instrumentos (escalas, testes) nos estudos aqui analisados. Pode-se notar, ainda, que três dos estudos recorreram ao delineamento com linha de base múltipla que, como descrito por Cozby (2003), demonstra a eficácia do tratamento quando um comportamento muda apenas após a introdução da manipulação experimental. Sampaio et al. (2008) pontua as vantagens deste delineamento que são: (1) diminuir a imprecisão na avaliação de quais variáveis estão sendo responsáveis pela

alteração nas respostas observadas; (2) não ser necessária a reversão para demonstrar os efeitos da condição experimental e (3) possibilitar aos experimentadores avaliar criteriosamente os efeitos dos procedimentos empregados na intervenção bem como sua execução. Por fim, um dos estudos recorreu ainda ao método longitudinal que observa o mesmo grupo de pessoas em diferentes épocas, à medida que estas envelhecem. Segundo Cozby (2003), qualquer estudo que vise comparar os mesmos indivíduos em diferentes idades está utilizando este método, que tem se mostrado importante em pesquisas. Sua importância está em possibilitar o conhecimento da história de vida dos indivíduos, bem como as variáveis contribuintes para determinados padrões comportamentais adquiridos.

Ainda em relação ao delineamento utilizado, encontraram-se três estudos de caso (Fristad et al., 2007; Danielson et al., 2004; Goldstein et al., 2011 e Leffler et al., 2010). Por meio deste delineamento pode ser questionada a generalização como critério científico de confiabilidade dos resultados, procurando compreender o indivíduo em seu universo pessoal. Assim, o foco de atenção é específico, individual, peculiar e, apesar de não corroborar visões generalistas, pode demonstrar uma nova forma de enxergar a problemática que busca investigar (Lara, Finato, Zazula & Morete, 2005).

Diante do exposto, observa-se nesta revisão que os delineamentos empregados atenderam aos critérios do método científico. Metade dos estudos analisados utilizou-se do delineamento experimental buscando maior controle de variáveis e a outra metade, do quase experimental. Alguns buscaram maior validade interna, outros externa, bem como a utilização de medidas pré e pós-intervenção, etc. Porém, não foi constatada nesta revisão a utilização de medidas de avaliação desenvolvidas especificamente para o TBIA, sendo então, utilizadas escalas para avaliar sintomas (depressão, mania) e outros problemas de comportamentos (esquizofrenia). Percebeu-se a necessidade de mais estudos que investiguem este tema, por exemplo, um estudo de revisão objetivando, inicialmente, investigar a existência de pesquisas sobre as medidas de avaliação específicas para o TBIA, e, no caso da não existência, com o objetivo de levantar aspectos relevantes para este tipo de instrumento e desenvolvê-lo.

Sobre o tipo de intervenção, a psicoeducação foi a estratégia utilizada em todos os estudos revisados. Pesquisas pioneiras visaram avaliar a eficácia dessas intervenções, como descrito por Colom e Vieta (2004), sendo que os primeiros estudos na área foram realizados nos EUA por Peet e Harvey. Deve-se destacar, também, os estudos realizados posteriormente na Europa por Eduard Van Gent, que demonstraram significativa diminuição no comportamento de não-adesão ao tratamento e em internações entre pacientes que

participaram desse tipo de intervenção.

Segundo Colom & Vieta (2004) há uma variedade de tratamentos psicológicos para transtornos bipolares em adultos e também em crianças, propostos no decorrer da história e existe uma considerável variabilidade de paradigmas. Felizmente, nos últimos cinco anos estão se consolidando enfoques melhor testados, indicando uma alta eficácia de programas para a prevenção de recaídas, que têm por base a psicoeducação.

Alguns autores reportaram uma melhora em relação à adesão ao tratamento após a intervenção psicoeducacional em pacientes com doenças crônicas. Ramirez-Basco e Thase (2003) afirmaram existirem provas de que a educação do paciente pode melhorar a adesão, na medida em que aumenta sua aceitação ou a adaptação ao transtorno. Ainda, um paciente bem informado pode ser um participante mais ativo no processo de adesão. Por meio de uma intervenção psicoeducacional ele passa a conhecer melhor seus direitos, podendo reivindicar a satisfação de suas necessidades por ter mais clareza do que pode esperar do tratamento, dos profissionais de saúde e da própria enfermidade.

Como destacado por Lorig e Holman (1993), intervenções psicológicas, dentre elas, estratégias psicoeducacionais, têm atingido objetivos relacionados a: redução do estresse, melhoria da qualidade de vida, promoção de suporte, melhoria da função do sistema imune, maior adesão, redução de incapacidades e o aumento do autoconhecimento e educação. Além disso, considera-se importante a ampliação das opções de tratamento disponíveis, uma vez que tais intervenções têm indicado melhora no autocontrole, nas habilidades de enfrentamento e no manejo das condições médicas e sintomas. Nos estudos selecionados para a presente revisão, foram constatados resultados da intervenção psicoeducacional semelhantes aos dos autores citados acima, a saber: manejo dos sintomas, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, promoção de suporte familiar, aumento da educação dos participantes e melhoria da qualidade de vida.

Diante das estratégias psicoeducacionais deve-se destacar a comunicação e a informação como componentes da adesão ao tratamento. Estes são essenciais na aceitação do tratamento médico pelo paciente. Todos os estudos revisados utilizaram estes dois componentes da adesão em suas intervenções, demonstrando serem importantes em intervenções com crianças, adolescentes e seus familiares. Segundo Pinto, Chaves, Mari e Lourenço (2001) quando pacientes se sentem satisfeitos com a informação recebida e têm conhecimento dos procedimentos médicos tornam-se mais tranquilos e confiantes no médico e na equipe, aderindo melhor ao tratamento oferecido.

As estratégias de intervenções psicoeducacionais podem ser utilizadas sob

diferentes perspectivas. Ramirez- Basco e Thase (2003) consideram que profissionais de saúde podem discutir com pacientes sobre o transtorno bipolar, responder perguntas e dispor de outros recursos educativos. Qualquer que seja a forma de intervenção escolhida é essencial assegurar-se da educação do paciente, não sendo suficiente apenas a adesão, o controle dos sintomas e a prevenção das recaídas. Este mesmo autor afirma ainda, que a educação deveria ser um processo contínuo, especialmente na medida em que o conhecimento sobre este transtorno aumenta.

Concluindo, como salientado por Colom e Vieta (2004), a psicoeducação propicia um importante instrumento que auxilia no tratamento do transtorno bipolar e também no manejo da ansiedade, medo, estigma e baixa auto-estima. Como estratégia de intervenção, a psicoeducação deve ser sempre utilizada paralelamente ao tratamento medicamentoso (estabilizadores de humor), porque otimiza sua eficácia. Para esses autores, e é um dado também constatado na presente pesquisa, esta é a intervenção-chave para a melhora a longo prazo dos transtornos bipolares. Além disso, é uma condição ética e importante para o paciente porque ele tem o direito de ser informado adequadamente sobre sua doença e tratamento.

Diante do exposto, observa-se a importância da psicoeducação como forma de intervenção visando à adesão, uma vez que foi o principal tema trabalhado nos estudos selecionados, sendo que, em 10 destes a adesão ao tratamento medicamentoso foi alvo de intervenção. A adesão vem sendo discutida em pesquisas na área da saúde, seja com relação à promoção ou à manutenção desta. Para Luciano e Herruzo (1992), o comportamento de adesão é a coincidência entre o comportamento da pessoa e o seguimento das instruções recebidas.

Vale ressaltar a relação entre a adesão e a idade dos sujeitos. Pode-se observar que na maioria dos estudos (17), os sujeitos foram crianças acima de 6 anos. Segundo Zazula (2011), tal fato pode ser justificado pelo comportamento denominado de auto-cuidado; a partir dos 7 anos, conforme aspectos culturais, a criança passa a exercer uma função mais ativa em relação aos cuidados com sua saúde. Dessa forma, torna-se responsável pela realização de tarefas relacionadas ao tratamento, apresentando comportamentos de prevenção e promoção da saúde, tais como utilizar alguns medicamentos, manejar fatores que interfiram no controle dos sintomas, buscar informações sobre a doença, seguindo as instruções fornecidas na intervenção psicoeducacional com maior efetividade. Para West et al. (2009), crianças acima de 6 anos têm sido frequentemente alvo de pesquisas de intervenções psicoeducacionais por serem, a partir dessa idade, consideradas suficientemente

desenvolvidas cognitiva e emocionalmente, a ponto de beneficiarem-se deste tipo de intervenção. Pfeifer, Kowatch e DelBello (2010), apresentam mais um fator contribuinte para que os sujeitos incluídos nesse tipo de estudo, estejam na faixa etária descrita acima. Na opinião destes autores, a American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) recomenda que o diagnóstico do TB em crianças e adolescentes seja feito a partir dos 6 anos de idade, devido a complexidade e comorbidades que frequentemente acompanham este transtorno; dessa forma, conclui-se que apenas após o diagnóstico é possível poder pesquisar diferentes maneiras de intervenção.

Contudo, pode-se observar a diversidade das variáveis investigadas, métodos e instrumentos de avaliação utilizados, o que contribui para a impossibilidade de propor uma generalização dos resultados. Apesar das limitações dos estudos analisados na presente pesquisa, estes demonstraram eficácia em alguns aspectos, tais como, a redução dos sintomas do TB (instabilidade de humor, irritabilidade, apatia, etc.), mesmo resultado obtido por Miklowitz et al., (2008); Fristad, Verducci, Walters e Young, (2009); Fristad (2006); Fristad et al., (2002); Miklowitz et al., (2004) e Miklowitz et al., (2011), os pais e/ou mães comportando-se de maneira mais adequada frente ao transtorno bipolar de seus filhos foi apontado por Fristad et al., (2003), Fristad (2006) e Fristad et al., (2002); a melhoria do relacionamento familiar foi destacada por Fristad, (2006) e Fristad et al. (2002); o ganho de experiência e aumento do conhecimento dos pais em relação ao TB e os participantes que obtiveram um aumento do apoio familiar e social, enfatizados por Fristad et al., (2003) e Fristad et al., (2002). Cabe salientar que todos esses resultados, encontrados em diferentes estudos, se mantiveram após a realização do *follow-up* naqueles que o realizaram.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como forma de intervenção nos estudos empíricos com TBIA, a psicoeducação vem se mostrando efetiva na redução e manejo dos sintomas, aumento do conhecimento sobre o transtorno, adesão ao tratamento, desenvolvimento de habilidades, dentre outros. Mais um importante fator a ser considerado é a participação de pais e/ou cuidadores nas intervenções realizadas. Acredita-se que esta se torna fundamental à medida que o público investigado foram crianças e/ou adolescentes e a autoridade e o modelo, bem como a aquisição pelos pais do conhecimento sobre o TB durante as pesquisas, mostraram-se determinantes na obtenção de melhores resultados nas crianças com TB, após a intervenção psicoeducacional, devido a necessidade de cuidados de terceiros com a saúde destas e dos adolescentes.

Apesar das limitações relacionadas às pesquisas, preliminares porém efetivos resultados vêm sendo apresentados. Acredita-se que o fator limitante já esteja presente durante a elaboração do diagnóstico, antecedendo o desenvolvimento de estratégias de intervenção na área do TBIA, o que consiste em dificuldades e controvérsias em relação às formas de se avaliar e/ou diagnosticar e tratar o transtorno em crianças e/ou adolescentes.

Partindo-se das pesquisas experimentais que dão origem a toda e qualquer investigação científica, identifica-se uma lacuna importante quando se depara com a dificuldade de se compreender o processo do transtorno bipolar, devido à impossibilidade de se representar a ciclicidade de humor, característica do mesmo em modelos animais. Tal fenômeno, portanto, tem prejudicado uma avaliação mais fidedigna e, conseqüentemente, uma forma de tratamento mais completa e adequada.

Atualmente, avaliações e diagnósticos do TBIA vêm sendo feitos, através do DSM-IV- TR, CID – 10 e de diversas escalas de medidas. Diferentes autores apresentam críticas relacionadas a estes métodos, o que não tem invalidado as tentativas efetuadas diante da demanda e necessidade de se avaliar, para posteriormente tratar, os indivíduos acometidos pelo transtorno, principalmente crianças e adolescentes.

O TBIA vem sendo recentemente investigado, e apresenta-se como uma área nova cujos esforços que vêm sendo feitos para atender tal população fazem-se relevantes. Estratégias de intervenções, mesmo que ainda com menor grau de confiabilidade, aliadas a realização de mais pesquisas e investigações, poderão favorecer um aprimoramento a longo prazo. Porém, nos dias de hoje, o que se constata é a relação direta entre essa dificuldade de se avaliar e a intervenção mais completa e eficaz a ser proposta.

Pesquisas tentam, cada vez mais, clarificar o que e o quanto de cada estratégia de intervenção tem contribuído para os resultados. Nessas tentativas constata-se, na maioria das pesquisas investigadas, a busca por delineamentos experimentais que visam a validade e confiabilidade científica, fato que favorecerá futuramente o aprimoramento de intervenções.

A presente pesquisa pretende contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenções mais adequadas e com resultados comprovados cientificamente, uma vez que esta consiste em uma síntese da produção científica atual sobre os benefícios e limitações das estratégias, possibilitando a melhoria da qualidade de tratamento oferecido. Para tal, sugere-se o desenvolvimento de um maior número de pesquisas, até mesmo de estudos de revisão dos instrumentos e critérios diagnósticos que estão sendo utilizados para avaliar o TBIA.

Finalmente, acredita-se que a obtenção de um panorama mais extenso nesta área do conhecimento bem como a realização das pesquisas acima referidas poderão facilitar a atuação mais precisa e eficiente de profissionais da área.

REFERÊNCIAS

- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affect Disorders*, 50(2-3), 143-51.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. de A., Di Lorenzo, W. F. (1997). Escala para Avaliação da depressão em crianças- revisada (CDRS-R): uma análise exploratória.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., & Roth, C. (1993). Psychiatric risk factors for suicide: A case control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 521-529.
- Brotman, M., Schmajuk, M., Rich, B., Dickstein, D. P., Guyer, A., Costello, E. J. (2006). Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry*. 60 (9), 991-997.
- Campos, L. F. de L. (2001). Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia. Campinas, Alínea.
- Carr, A. (2009). Bipolar disorder in younger people: Description, assessment and evidence-based treatment. *Developmental Neurorehabilitation*. 12(6), 427-441.
- Colom, F., & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26(3), 47-50.
- Cozby, P. C. (2003). Delineamentos Quase- Experimentais, Delineamentos com Sujeito Único e Delineamentos de Pesquisas sobre Desenvolvimento. In. *Métodos de Pesquisa em Ciência do Comportamento*. São Paulo: Atlas, 237-255.
- Danielson, C. K., Feeny, N. C., Findling, R. L., & Youngstrom, E. A. (2004). Psychosocial Treatment of Bipolar Disorders in Adolescents: A Proposed Cognitive-Behavioral Intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 283-297.
- Duffy, A. (2007). The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 9(8), 828-838.

- Dyrborg J., Warborg L. F., Nielsen S., Byman J., Nielsen B. B., & Gautrè-Delay F. (2000). The Children's Global Assessment Scale (CGAS) and Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD) in clinical practice – substance and reliability as judged by intraclass correlations. *European Child & Adolescent Psychiatry* 9(3), 195-201.
- Fagiolini, F. E., Axelson, D. A., Birmaher, B., Cheng, Y., Curet, D. E., Friedman, E. S., Gildengers, A. G., Goldstein, T., Grochocinski, V. J., Houck, P. R., Stofko, M. G., Thase, M. E., Thompson, W. K., Turkin, S. K., & Kupfer, D. J. (2009). Enhancing outcomes in patients with bipolar disorder: results from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians Study. *Bipolar Disorder*, 11 (4), 382-390.
- Feeny, N. C., Danielson, C. K., Schwartz, L., Youngstrom, E. A., & Findling, R. L. (2006). Cognitive behavioral therapy for bipolar disorders in adolescents: a pilot study. *Bipolar Disorder*, 8, 508-515.
- Friedmann, M. S. & Goldstein, M. J. (1993). Relatives' awareness of their own expressed emotion as measured by a self-report adjective checklist. *Family Process*, 32(4), 459-471.
- Fristad, M. A. (2006). Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18, 1289-1306.
- Fristad, M. A., Davidson, K. H., & Leffler, J. (2007). Thinking-Feeling-Doing: A Therapeutic Technique for Children with Bipolar Disorder and Their Parents. *Journal of Family Psychotherapy*, 18 (4), 81-104.
- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., & Koons, B. M. (2003). Family Psychoeducation: An Adjunctive Intervention for Children with Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*, 53(4), 382-390.
- Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K., & Young, M. E. (2009). Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 66 (9), 1013-1021.
- Fristad, M., Goldberg-Arnold, J., & Gavazzi, S. (2002). Multi-family psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Biological Psychiatry*. 46(4), 254-262.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- present lifetime version. *BMC Psychiatry*, 6 (10).

- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2010). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A 1-Year Open Trial. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, 46* (7).
- Goldstein, T. R., Goldstein, B. I., Montz, M. B., Bailey, B., & Donaihy, A. (2011). A Brief Motivational Intervention for Preventing Medication-Associated Weight Gain Among Youth with Bipolar Disorder: Treatment Development and Case Report. *J. Child Adolesc. Psychopharmacology, 21* (3), 275-280.
- Goldstein, T., Mullen, K., & Miklowitz, D. (2007). Social skills knowledge and performance among adolescents with bipolar disorder. *Journal American Academic Child Adolescents Psychiatry, 46*(1), 107-125.
- Hilty, D. M., Brady, K. T., & Hales, R. E. (1999). A Review of Bipolar Disorder Among Adults *Psychiatric Services, 50*, 201-213.
- Hlastala, S. A., Kotler, J. S., Mc Clellan, J. M., & Mc Cauley, E. A. (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development AND results from and open trial. *Depress. Anxiety, 27* (5), 457-464.
- Jairam, R., Srinath, S., Girimaji, S. C., & Seshadri, S. P. (2004). A prospective 4- 5 year follow up of juvenile onset bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 6*(5), 386-394.
- Joshi, G., & Wilens, T. (2009). Comorbidity in Pediatric Bipolar Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*(2), 291-319.
- Kim, Y. S., Cheon, K. A., Kim, B. N., Chang, S. A., Yoo, H. J., Kim, J. W., Cho, S. C., Seo, D. H., Bae, M. O., So, Y. K., Noh, J. S., Koh, Y. K., Mcburnett, K., & Leventhal, B. (2004). The reliability and validity of Kiddie- Schedule for Affective Disorders ans Schizophrenia- Present ans Lifetime Version- Korean Version (K- SADS- PL- K). *Yonsei Med. J., 45*(1), 81-89.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. In: P. Knapp (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp.193-218). Porto Alegre: Artmed.
- Lara, D. (2004). *Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor* (6a Ed.). Porto Alegre: Novartis Biociências S.A.

- Lara, L. de R., Finato, M. da S. S., Zazula, R., & Morete, V. S (2005). ESTRATÉGIAS DE COPING UTILIZADAS POR UMA IDOSA: um estudo de caso. *Estud. interdiscip. envelhec.*, 8, 83-97.
- Leffler, J. M., Fristad, M. A., & Klaus, N. M. (2010). Psychoeducational Psychotherapy (PEP) for Children With Bipolar Disorder: Two Case Studies. *Journal of Family Psychotherapy*, 21, 269-286.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80, 11-20.
- Lofthouse, N., & Fristad, M.A. (2004). Psychosocial interventions for children with bipolar disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 7(2), 71-88.
- Lorig, K., & Holman, H. R. (1993). Arthritis self-management studies: a twelve year review. *Health Educ Q*, 20(1), 17-28.
- Luciano, M. C., & Herruzo, J. (1992). Some relevant components of adherence behavior. *J. Behav. Ther & Exp. Psychiat.*, 23 (2), 127-134.
- Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., Birmaher, B., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., Beresford, C. A., Dickinson, L. M., Craighead, W. E., & Brent, D. A. (2008). Family-Focused Treatment for Adolescents With Bipolar Disorder Results of a 2-Year Randomized Trial. *Arch. Gen. Psychiatry*, 65 (9), 1053-1061.
- Miklowitz, D. J., Chang, K. D., Taylor, D. O., George, E. L., Singh, M. K., Schneck, C. D., Dickinson, L. M., Howe, M. E., & Garber, J. (2011). Early psychosocial intervention for youth at risk for bipolar I or II disorder: a one-year treatment development trial. *Bipolar Disorder*, 13 (1), 67-75.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Axelson, D. A., Kim, E. Y., Birmaher, B., Schneck, C., Beresford, C., Craighead, W. E., & Brent, D. A. (2004). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *J. Affect Disorders*, 82 (1), 5113-5128.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 904-912.

- Morken, G., Vaaler, A. E., & Folden, E. G. (2009). Age at onset of first episode and time to treatment in in-patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, *194*, 559-560.
- Neto, F. L. (2004). Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *26* (3), 44-46.
- Pavuluri, M. N., Graczyk, P. A., Henry, D. B., Carbray, J. A., Heidenreich, J., & Miklowitz, D. J. (2004). Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Development and Preliminary Results. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(5), 528-537.
- Pavuluri, M., Birmaher, B., & Naylor, M. (2005). Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *160*, 430-437.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (2009). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, *318*(7177), 149-153.
- Pfeifer, J. C., Kowatch, R. A., & DelBello M. P. (2010). Pharmacotherapy of Bipolar Disorder in Children and Adolescents. *CNS Drugs*, *24* (7), 575-593.
- Pinto, R. N., Chaves, A. C., Mari, J. de J. & Lourenço, M. T. (2001). A comunicação do diagnóstico em pacientes com câncer. *Psiquiatria Prática Medicina*, *34* (3), 90-93.
- Potter M, Moses A, Wozniak J. (2009). Alternative treatments in pediatric bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. *18*(2), 483-514.
- Prien R. F., & Rush A. J. (1996) National Institute of Mental Health workshop report on the treatment of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, *40*, 215-220.
- Prien, R.F., & Gelenberg A.J. (1989). Alternatives to lithium for preventative treatment of bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, *146*, 840-848.
- Ramires, V. R. R., Benetti, S. P. da C., Silva, F. J. L. & Flores, G. G. (2009). Saúde Mental de Crianças no Brasil: Uma Revisão de Literatura. *Interação em Psicologia*, *13*(2), 311-322.
- Ramirez-Basco, M., & Thase, M. E. (2003). Tratamento Cognitivo-Comportamental dos

Transtornos Bipolares. In. V. E. Caballo (Org.) *Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos transtornos psicológicos*. Santos, SP: Siglo Veintiuno Editores.

Reitman, D., Hummel, R., Franz, D. Z., & Gross, A. M. (1998). A review of methods and instruments for assessing externalizing disorders: theoretical and practical considerations in rendering a diagnosis. *Clinical Psychology Review, 18* (5), 555-584.

Rocha, G. P. & Neto, P. de T. da L. F (2007). Transtornos de humor bipolar na infância. *Rev. Psiquiatr.* 29(3), 263-264.

Sampaio, A. A. S., Azevedo, F. H. B. de., Cardoso, L. R. D., Lima, de C., Pereira, M. B. de R., & Andery, M. A. P. A. (2008). Uma Introdução aos Delineamentos Experimentais de Sujeito Único. *Interação em Psicologia, 12*(1), 151-184.

Serrano E., Ezpeleta L., Alda J.A., Matalí J.L., & San L. (2011). Psychometric properties of the Young Mania Rating Scale for the identification of mania symptoms in Spanish children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychopathology, 11*(3), 125- 132.

Shaffer D., Madelyn S. G., Brasic J., Ambrosini P., Bird H., & Aluwahlia S. (1983). Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry, 40* (11), 1228-1231.

Souza, I. G. de S., Serra-Pinheiro, M. A., Mousinho, R., & Mattos, P. (2009). A versão brasileira do “Children’s Interview for Psychiatric Syndromes” (ChIPS). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58* (2), 115-118.

Staton D., Volness L. J., & Beatty W. W. (2007). Diagnosis and classification of pediatric bipolar disorder. *J Affect Disord. 105*(1-3), 205-212.

Suppers, T., Manning, J. S., & Keck, P. E. J. (2007). *Decoding Bipolar Disorder: Pratical Treatment and Management*. Kansas, Estados Unidos.

Vilela, J. A. A.; Crippa, J. A. S.; Del- Ben, C. M. & Loureiro, S. R. (2005). Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Brasilian Journal of Medical and Biological Reserch, 38*, 1429-1439.

Weller, E. B., Kloos, A. L. , Weisbrot, J. L., & Weller, R. A. (2006). Mood Disorders In. M. K. Dulcan, & J. M. Wiener (Eds.), *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry* (pp.

267-319). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, M.A., Rooney, M.T., & Schecter J. (2000). Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(1), 76-84.
- West, A. E., Jacobs, R. H., Westerholm, R., Lee, A., Carbray, J., Heidenreich, J., Pavuluri, M. N. (2009). Child and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Pilot Study of Group Treatment Format. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 18(3), 239-246.
- West, A.E, & Pavuluri, M.N. (2009). Psychosocial treatment for childhood and adolescent bipolar disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 471-482
- World Health Organization. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorder: Setting WHO Directions*. Geneva.
- Youngstrom, E.A., Freeman, A.J., & Jenkins, M. M. (2009). The assessment of children and adolescents with bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 18(2), 353-390.
- Zalsman, G., Misgav, S., Sommerfeld, E., Kohn, Y., Brunstein-Klomek, A., Diller, R., Sher, L., Schwartz, J., Shoval, G., Ben-Dor, D.H., Wolovik, L., & Oquendo, M.A. (2005). Children's Depression Inventory (CDI) and the Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R): reliability of the Hebrew version. *Int J Adolesc Med Health*, 17 (3), 255-257.
- Zazula, R. (2011). *Obediência de crianças com dermatite atópica às instruções do cuidador para realizar tratamento médico*. Dissertação de Mestrado não publicada Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.
- Zazula, R., Moraes, R. G. de A., Machado, B. D. G., Andrade, P. de, Frasson, L., & Gon, M. C. C. (2011). Educação terapêutica para a pacientes com dermatite atópica e seus cuidadores: uma revisão sistemática. *Acta Comportamental*, 19, 241-252.

ANEXOS

ANEXO A

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM- IV-TR E CID-10

(apud, Carr, 2009).

DSM-IV-TR	CID-10
<p>Transtorno Bipolar I: pelo menos um episódio maníaco, hipomaníaco ou misto.</p> <p>Transtorno Bipolar II: um ou mais episódios de depressão maior e hipomania, mas nenhum maníaco ou episódio misto. Um padrão sazonal ou ciclagem rápida deve ser especificado para bipolar I e II. O padrão sazonal representa uma evolução da doença, onde os principais episódios depressivos ocorrerem de forma consistente em um determinado momento do ano. A ciclagem rápida envolve pelo menos quatro episódios de uma perturbação do humor (depressão, mania, mistos ou hipomania) durante um período de 12 meses.</p> <p>Ciclotimia: Inúmeros episódios hipomaníacos e caracterizada também por sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior com duração mínima de 2 anos em adultos e 1 ano para crianças e adolescentes.</p> <p>O transtorno bipolar não especificado (TB-NOS): Transtornos com características bipolares que não satisfazem os critérios para bipolar I ou II ou ciclotimia.</p> <p>Episódio maníaco: (A) Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável com duração mínima de uma semana (ou qualquer duração se a hospitalização é necessária).</p> <p>(B) Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. auto-estima inflada ou grandiosidade 2. diminuição da necessidade de sono 3. mais falador do que o discurso habitual ou pressão 4. fuga de idéias ou pensamento acelerado 5. Distração 6. aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora 7. envolvimento excessivo em atividades prazerosas irresponsável (por exemplo, compras, bebedeiras ou indiscrição sexual) <p>(C) A perturbação do humor não faz parte de um episódio maníaco-depressivo misto.</p> <p>(D) A perturbação do humor provoca acentuado prejuízo no sistema educacional, funcionamento ocupacional ou social. Isso pode incluir a necessidade de internação ou a presença de sintomas psicóticos.</p> <p>(E) Os sintomas não são devido aos efeitos diretos de uma substância (por exemplo, de drogas abuso de medicamentos, anti-depressivo) ou a uma condição médica geral.</p> <p>Episódio hipomaníaco: tem sintomas semelhantes ao maníaco, mas difere nos critérios de gravidade e duração. Os sintomas devem ser presentes por pelo menos 4 dias e devem produzir uma mudança inequívoca no funcionamento do paciente que é observável por outros. No entanto, por definição, não há sem deterioração acentuada no funcionamento ou sintomas psicóticos, necessidade de internação, caso contrário, um episódio maníaco é diagnosticado.</p>	<p>O transtorno bipolar é caracterizado por (pelo menos dois) episódios repetidos em que o humor do paciente e os níveis de atividade são significativamente perturbados, este distúrbio consiste em algumas ocasiões, de uma elevação do humor e aumento da energia e atividade (mania ou hipomania) e de outros de um rebaixamento do humor e diminuição da energia e da atividade (depressão).Caracteristicamente, a recuperação geralmente é completa entre os episódios.</p> <p>Episódios maníacos usualmente começam abruptamente e duram entre duas semanas e 4-5 meses (duração mediana- 4 meses). Depressões tendem a durar mais tempo (duração mediana- 6 meses), embora raramente por mais de um ano, exceto nos idosos. Episódios de ambos os tipos, muitas vezes seguem eventos estressantes na vida, porém, a presença do estresse não é indispensável para o diagnóstico.</p> <p>A frequência dos episódios e o padrão de remissões e recidivas são ambas variam muito, embora remissões tendem a ficarum periodo de tempo mais curto e a depressao se torna mais comum e mais duradoura após a meia idade.</p> <p>Episódio maníaco: Distingões são feitas entre hipomania, mania, mania psicótica com sintomas, episódios mistos e episódios de depressão.</p> <p>Mania: A elevacao do humor varia de acordo com cada indivíduo e as circunstâncias, pode oscilar entre uma jovialidade descuidada a uma quase incontrolável excitação. Euforia é acompanhada de aumento da energia, pressão, resultando em excesso de atividade, de expressão e uma diminuição da necessidade de sono. Inibições sociais normais são perdidas, dificuldade de atencao e grande distração. Auto-estima é inflada com idéias grandiosas ou mais otimistas livremente expressas. Distúrbios Perceptuais podem ocorrer, tais como a valorização das cores, especialmente vivas e de rara beleza, uma pré-ocupação com detalhes de superfícies ou texturas e hiperacusia subjetiva. O indivíduo pode embarcar em esquemas extravagantes e pouco prático, gastar dinheiro com imprudência ou tornar-se agressivo ou amoroso. Em alguns episódios maníacos o humor é irritável 'e suspenso, em vez de exaltados. O episódio deve durar pelo menos 1 semana e deve ser grave o suficiente para atrapalhar o trabalho ordinário e social. A mudança de humor deve ser acompanhado de aumento da energia e vários dos sintomas referidos acima (diminuição da necessidade de sono, grandiosidade e excesso de otimismo).</p> <p>A hipomania: é um grau menor de mania, em que alterações de humor e comportamentos são muito persistentes podendo ser incluídos na ciclotimia, mas não são acompanhadas de alucinações ou ilusões. Há uma elevação ligeira mas persistente do humor por pelo menos vários dias a fio, aumento da energia e atividade e, normalmente, sentimentos marcados de bem-estar físico e mental. Aumento da sociabilidade, tagarelice, excesso de familiaridade, o aumentoda energia sexual e uma diminuição da necessidade de sono estão freqüentemente presentes, porém não levando a problemas graves de trabalho ou no ambito sociais. Irritabilidade, vaidade e comportamento grosseiro podem substituir a sociabilidade. Concentração e atenção podem ser prejudicadas, diminuindo a capacidade de estabelecer-se a trabalhar ouenvolver-se em atividades como, relaxamento e lazer, mas isso não impossibilita o aparecimento</p>

Episódio misto: é diagnosticado quando os critérios forem cumpridos, de um episódio maníaco e um episódio depressivo grave, no período de pelo menos uma semana. A exigência de significativo comprometimento e a exclusão de causas orgânicas são

as mesmas que para um episódio maníaco.

Episódio depressivo maior: (A) Cinco ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes durante duas semanas, quase todos os dias e representa uma mudança no funcionamento anterior, em pelo menos um dos sintomas : (1) humor deprimido ou (2) Perda de interesse ou prazer. Os sintomas podem ser observados ou relatados.

1. O humor depressivo. Em crianças e adolescentes pode ser humor irritável.

2. Redução acentuada do interesse ou prazer em quase todas as atividades diárias.

3. Significativa perda de peso ou ganho (de 5% ao mês), diminuição ou aumento no apetite. Em crianças, considerar falha em esperar ganho de peso.

4. Insônia ou hipersonia.

5. Agitação ou retardo psicomotor.

6. Fadiga ou perda de energia.

7. Sentimentos de inutilidade, culpa excessiva.

8. Pobre concentração e indecisão

9. Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio.

(B) Os sintomas não satisfazem os critérios para episódio misto, de mania e depressão.

(C) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional, de ensino ou em outras áreas importantes.

(D) Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma droga ou um condição médica geral, tal como hipotireoidismo.

(E) Os sintomas não são melhor explicados por luto sem complicações.

de interesses em novos empreendimentos e atividades ou leve excesso de gastos.

Mania com sintomas psicóticos: O quadro clínico é o de uma ou mais formas graves de mania, como descrito acima. Auto-estima inflada e idéias grandiosas podem evoluir para delírios, irritabilidade e desconfiança ou delírios de perseguição. Em casos severos delírios religiosos de identidade ou de papel pode ser proeminente e a fuga de idéias pode resultar em no indivíduo tornando-se incompreensível. Grave e exacerbada a atividade física e emoção pode resultar em agressão ou violência e negligência de comer, beber, higiene pessoal causando estados perigosos de desidratação e auto-negligência. Um dos problemas mais comuns é a diferenciação deste transtorno para a esquizofrenia, particularmente se as fases de desenvolvimento através da hipomania foram atendidas o paciente é visto apenas no apice da doença, quando desilusão, fala incompreensível e emoção violenta pode obscurecer o distúrbio básico do afeto. Pacientes com mania que estão respondendo à medicação neuroléptica podem apresentar um problema semelhante na fase de diagnóstico, quando voltarem aos níveis normais de atividade física e mental, mas ainda apresentando delírios ou alucinações.

Transtorno bipolar nos jovens terceiro episódios de mania tiveram quase um ano de duração e foram caracterizados por psicose e ciclismo (ultradian) diariamente.

O transtorno bipolar pode ocorrer em qualquer ponto do outro lado da vida a partir dos anos pré-escolares até a idade adulta.

Estudos de crianças pré-escolares com transtorno bipolar mostram que crianças de até cumprem os critérios do DSM- IV TR critérios diagnósticos para bipolar I e BD- NOS. Os sintomas mais comuns são irritabilidade, agressividade e estados de humor misto.

Até 90% dos casos de TDAH têm co-mórbidades. Em adultos com transtorno bipolar, há evidências para três diferentes idades e sub-grupos e provavelmente, cada um esta associado a uma distinta etiologia. Essas idades são de início na adolescência, meados dos 20 e entre 30 e 40 anos. Estudos realizados em adultos com transtorno bipolar têm mostrado que o intervalo entre os episódios diminui conforme a doença progride, um fenômeno explicado pelo modelo de kindling. **Ainda não se sabe se o mesmo padrão ocorre no transtorno bipolar pediátrico.** Na tentativa de investigar os limites do

transtorno bipolar em crianças estudos longitudinais, Leibenluft et al. têm operacionalizado o amplo fenótipo do modo severo e a desregulação do comportamento (SMD), tal diagnóstico é atualmente controverso. Na infância e na adolescência esses casos mostram –se incessantemente graves e socialmente prejudiciais, mostram também sintomas do TDAH, como, hipervigilância, envolvendo três dos seguintes elementos: insônia, intromissão, pressão da fala, pensamentos acelerados, distração e agitação psicomotora. Para SMD, os sintomas devem começar antes da idade de 12 anos ocorrendo pelo menos três dias por semana. Carlson e Meyer concluíram que apenas alguns, mas não todos os casos que mostram a características de SMD desenvolverão transtorno bipolar na idade adulta. Alguns desenvolverão depressão unipolar, transtorno de personalidade anti-social, sintomas afetivos e transtorno de personalidade borderline. Assim, as crianças que preenchem os critérios para SMD podem ter episódios mistos, embora a forma mais comum de distúrbio bipolar seja constituída por alternância de episódios maníacos e depressivos separados por períodos de humor normal, não é incomum o humor depressivo ser acompanhado por dias ou semanas consecutivas, com excesso de atividade e na fala ou do humor maníaco e grandiosidade de ser acompanhado por agitação, perda de energia e libido. Os sintomas depressivos, de hipomania ou mania podem também alternar rapidamente, dia a dia, ou ate mesmo a cada hora.

Episódio depressivo: o indivíduo geralmente sofre de humor deprimido, perda de interesse, prazer, tem energia reduzida levando

	<p>ao aumento da fadiga e diminuição da atividade. É marcado por cansaço após pequenos esforços. Outros sintomas mais comuns são: (A) concentração e atenção reduzidas (B) auto-estima e confiança reduzidas (C) idéias de culpa e indignidade (D) visões sombrias e pessimistas do futuro (E) idéias ou atos de auto-agressão ou suicídio (F) distúrbios de sono (G) apetite diminuído.</p> <p>O humor depressivo varia pouco de dia-a-dia e muitas vezes é responde a circunstâncias e pode mostrar uma característica de variações diurnas, com o passar do dia.</p> <p>Podem ocorrer também os sintomas somáticos, que são: perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente eram agradáveis; falta de reatividade emocional normalmente a um ambiente agradável, acordar durante o sono a cada 2 horas ou a depressão ser ainda pior no período da manhã.</p> <p>Retardo ou agitação psicomotora, perda acentuada de apetite ou peso; perda da libido. Normalmente a síndrome somática é considerada , apenas quando quatro desses sintomas estão presentes.</p> <p>Apresentações atípicas são particularmente comuns na adolescência. Em alguns casos ansiedade, angústia e agitação motora podem ser mais proeminentes quando a alteração de humor pode ser mascarada por características como, a irritabilidade, consumo excessivo de álcool, comportamento histriônico, fobia, sintomas obsessivos ou hipocondríaco. São necessárias 2 semanas para um diagnóstico.</p>
--	--

APÊNDICES

APÊNDICE A

Resultados do levantamento de estudos empíricos sobre tbia.

Base de Dados	Palavras-chave	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Limitadores
Academic Search Premier	Bipolar disorder + child* + adolescence	108	11	
	Bipolar disorder + child + Psychoeducational intervention	1	1	
	Bipolar disorder + child + Psychological intervention	5	0	
	Bipolar disorder + child+ Adolescent + Psychoeducational program	0		
	Bipolar disorder + child + Psychosocial intervention	20	3	
MEDLINE/ PubMed	Bipolar disorder	2931		Data:01/01/1999 a
	Bipolar disorder+ treatment	1784		31/12/2011
	Bipolar disorder + treatment + comorbidity	372		Espécie: humana
	Bipolar disorder + treatment + comorbidity + assessment	96	47	Idades: All child (0-18 anos).
	Bipolar disorder + child + psychosocial intervention	20	4	
	Bipolar disorder + child + psychological intervention	8	1	
	Bipolar disorder + child + education program	16	0	
	Bipolar disorder + child + psychoeducationalintervention	6	2	
MEDLINE (via Bireme)	Bipolar Disorder	0		
	Bipolar + Disorder + child	4221		
	Bipolar+ Disorder + child + treatment + comorbidity + assessment	26	5	
	Bipolar + Disorder + child +Psychosocial + intervention	23	7	
	Bipolar + Disorder + child + Psychological + intervention	8	0	
	Bipolar Disorder + child + Educational program	12	4	

	Bipolar Disorder + child + therapeutic + education	0		
MEDLINE (via Ovid)	Bipolar Disorder + treatment + assessment + comorbidity	17	0	Ano: 1999-2011
	Bipolar disorder + assessment	175	0	Idade do desenvolvimento:
	Bipolar disorder + comorbidity	0		chilanda do
	Bipolar disorder + treatment	642	4	scent
	Bipolar disorder + psychosocial intervention	11	1	
	Bipolar disorder + psychological intervention	1	0	
	Bipolar disorder + education program	3	0	
	Bipolar disorder + psychoeducation intervention	0		
Web of Science	Bipolar disorder+ child*+ adolesc*	1552		Data: 1999 a 2011
	Bipolar disorder+ child*+ adolesc*+ comorbidity	299		
	Bipolar disorder + child*+ adolesc*+ treatment	701		
	Bipolar disorder + child*+ adolesc*+ assessment	250		
	Bipolar disorder +child*+ adolesc*+ comorbidity+ treatment+ assessment	27	19	
	Bipolar disorder child*+ Psychoeducation	11	11	
	Bipolar disorder child*+ adolescent+ Psychoeducation	15	2	
	Bipolar disorder child*+ adolescent+ psychoeducational program	3	0	
	Bipolar disorder child*+ adolescent+ educational program	3	1	
	Bipolar disorder child*+ adolescenc*+ psychosocial intervention	17	6	
Scopus	Bipolar disorder +child*+ adolescenc*	21.227		Data: 1999 a 2011
	Bipolar disorder+ child*+ adolescenc*+ treatment	261		
	Bipolar disorder+ child*+ adolescenc*+ treatment+ comorbidity+assessment	50	15	
	Bipolar disorder+ child*+ psychosocial	69	69	

	intervention			
	Bipolar disorder+ child*+ psychological intervention	80	0	
	Bipolar disorder+ child*+ psychoeducational intervention	15	1	
	Bipolar disorder+ child*+ education program	15	11	
	Bipolar disorder+ child*+ therapeutic education	10	0	
Lilacs	Transtorno bipolar	1005		
	Transtorno bipolar + criança + adolescente	45	21	
	Transtorno bipolar + criança+ intervenção psicoeducacional	0	0	
	Transtorno bipolar infantil+ psicoeducação	0	0	
	Transtorno bipolar+ infantil+ intervenção psicossocial	0	0	
	Transtorno bipolar+ infantil+ intervenção psicológica	0	0	
	Transtorno bipolar+ infantil+ tratamento psicológico			
	Transtorno bipolar+ infantil+ educação terapêutica			
	Transtorno bipolar+ infantil+ programa educacional			
PsycINFO	Bipolar disorder+ comorbidity	67	48	Idades:
	Bipolar disorder+ assessment	72	9	childhood
	Bipolar disorder+ comorbidity+ treatment+ assessment	115	68	(nascimento aos 12 anos)
	Bipolar disorder+ psychosocial intervention	7	6	OR
	Bipolar disorder+ psychological intervention	3	0	Adolescence
	Bipolar disorder+ psychoeducational intervention	3	0	(13 aos 17 anos)
	Bipolar disorder+ education program	1	0	EmpiricalStu
	Bipolar disorder+ therapeutic education	1	0	dys
				Data:1999 a 2011.

APÊNDICE B

Categorias de dados (Zazula, et al., 2011)

Informações básicas sobre o estudo				Método						
Artigo Número	<i>Journal</i>	Ano de publicação	Objetivo do artigo	Local	Público-alvo	Número Particip antes	Idade média(id ade do mais novo - do mais velho)	Duração (sessões)	Duração (tempo)	Profissionais/ condutores
Artigo Número	Critérios para participação	Delineamento experimental Medidas pré e pós intervenção?	Follow-up (sim ou não), quanto tempo após término da intervenção	Tema Trabalhados Principais temas trabalhados			Resultados Principais resultados			