ISSN 1982-3541
2013, Vol. XV, nº 2, 45-63

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento

Bipolar Disorder: Evaluation of a Psychoeducational Program under a Behavior Analysis focus

Samir Vidal Mussi ✉
Mestre em Análise do Comportamento – Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Psicólogo graduado pela Universidade Federal de São João Del-Rei.

Maria Rita Zoéga Soares
Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado em Psicologia da Saúde – Universidade de Valência – Espanha. Docente do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento – Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

Renata Grossi
Doutorado em Psicologia Clínica – Universidade de São Paulo. Pós-Doutoranda em Psicologia – Universidade de Brasília. Docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

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

Palavras-chave: Psicoeducação; Grupo; Transtorno Afetivo Bipolar; Análise do Comportamento

✉ samirmussi@gmail.com

ABSTRACT

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

Keywords: Psychoeducation; Group; Bipolar Affective Disorder; Behavior Analysis

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

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

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

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

2004; Knapp & Isolan, 2005; Gomes & Lafer, 2007; Figueiredo, Souza, Dell´Aglio & Argimon, 2009).

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

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

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

O outro estudo avaliou um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental para pacientes com TAB. Desse estudo participaram 50 pacientes, sendo que 23 receberam, além do tratamento farmacológico, 18 sessões de terapia cognitivo-comportamental. Os outros 27 pacientes foram submetidos apenas ao tratamento farmacológico. As avaliações foram feitas por meio de entrevistas telefônicas. Ao final do estudo, o protocolo não se mostrou eficaz na profilaxia de novos episódios de humor para esse grupo (Gomes, 2010).

Diante desses dados apresentados, e da gravidade do TAB, torna-se necessária a realização de mais estudos que avaliem intervenções psicoeducacionais para pacientes com esse transtorno, colaborando para melhorar e adaptar modelos de intervenção. Além disso, a psicoeducação em grupo é um tratamento que pode beneficiar um grande número de

indivíduos e auxiliar no atendimento da elevada demanda do sistema de saúde no Brasil.

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

MÉTODO

Participantes

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

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

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

Instrumentos

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

Para avaliar a depressão, foi utilizada a versão de 17 itens da escala de HAMILTON - HDRS (Gorenstein, Andrade, & Zuardi, 2000). Além de ter sido utilizada em outros estudos, essa escala também é conhecida mundialmente, pois é um instrumento que demonstra, de forma consistente, as modificações do paciente durante o tratamento (Moreno & Moreno, 2000). Os 17 itens da escala de HAMILTON podem ser pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4. Hamilton (1960) nunca definiu um escore para a

escala; porém, segundo Del Porto, (1989), valores entre 7 e 17 podem colaborar para o diagnóstico de uma depressão leve, enquanto valores entre 18 e 24 indicam depressão moderada, e valores acima de 25 podem sugerir pacientes gravemente deprimidos.

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

O instrumento utilizado para a avaliação da qualidade de vida foi a escala *WHOQOL-bref*, por demandar pouco tempo de aplicação e possuir características psicométricas satisfatórias (WHOQOL Group, 1998). A versão abreviada dessa escala possui 26 itens com alternativas de respostas que variam de 1 a 5 pontos. Dessas 26 questões, duas dizem respeito a questões gerais e o restante avalia quatro domínios da vida (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente).

Procedimento

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

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

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

Intervenção

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

Optou-se no presente estudo pelo formato de grupo fechado, no qual participam sempre os mesmos pacientes. Os atendimentos foram realizados por um terapeuta com formação em Psicologia (aluno

do programa de mestrado em Análise do Comportamento) e por duas coterapeutas (alunas do curso de Residência em Psiquiatria da UEL), responsáveis pelo atendimento psiquiátrico desses pacientes.

De forma geral, o programa psicoeducacional teve como objetivos: incentivar os pacientes a descrever topograficamente seus comportamentos em episódios de mania, hipomania, depressão e estado misto (quando presentes), identificar variáveis para a ocorrência desses comportamentos, e oferecer informações sobre estratégias e técnicas comportamentais a serem aplicadas nesses períodos.

As sessões sempre se iniciavam com uma vivência (10 a 15 minutos), com objetivo de preparar os participantes para a atividade principal (aproximadamente 60 minutos). Para finalizar, era aplicada uma atividade com o objetivo de descontrair e avaliar a compreensão do conteúdo apresentado (10 a 15 minutos).

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

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

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

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

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

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

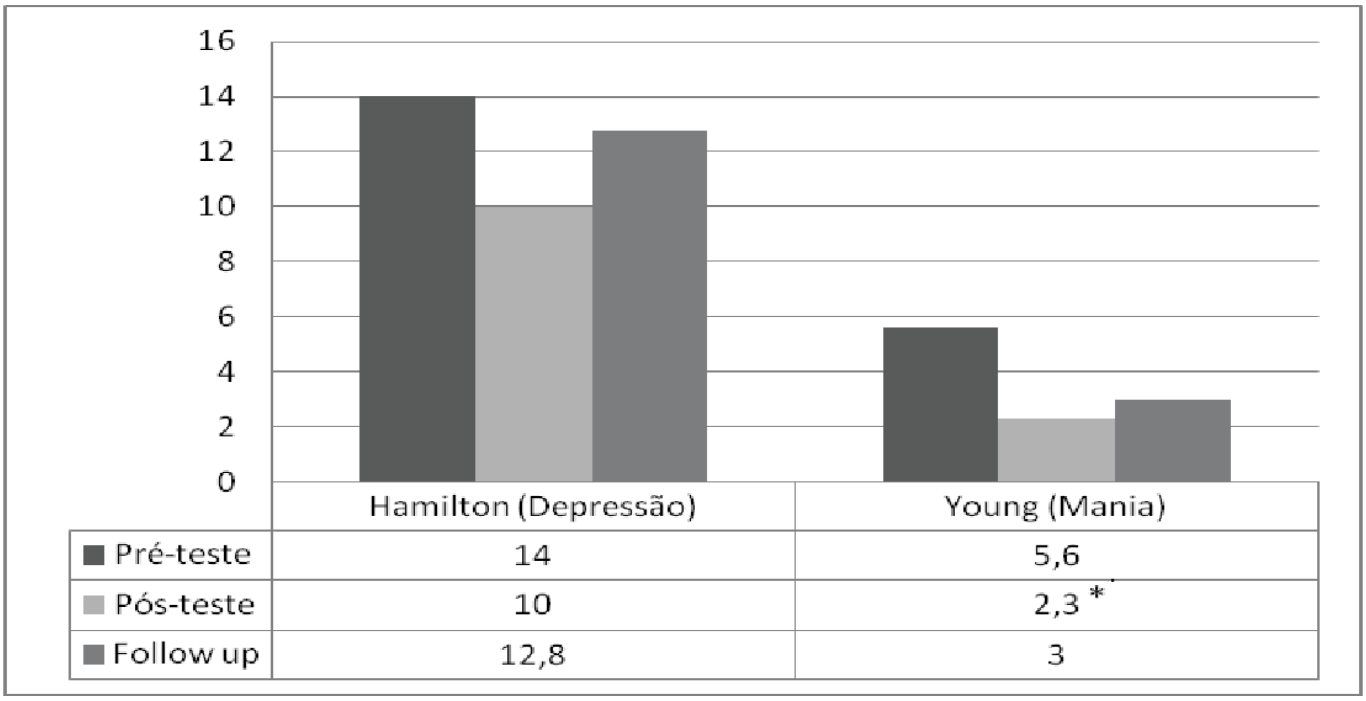
No 6º encontro, optou-se por diferenciar os conceitos de estímulo antecedente e causa biológica (influência da genética). Com isso, os pacientes identificaram em quais situações da sua história de vida (SAs) determinados comportamentos (sintomas) ocorreram, e quais foram as consequências, aprendendo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

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

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

No 12º encontro, os participantes foram orientados a detectar os primeiros sintomas, os sinais prodrômicos e as estratégias que deveriam ser utilizadas

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



	Hamilton (Depressão)	Young (Mania)
Pré-teste	14	5,6
Pós-teste	10	2,3 *
Follow up	12,8	3

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

nesta situação. No 13º e 14º encontros, foram abordados de modo informativo temas relacionados à resolução de problemas e assertividade. Sobre resolução de problemas, buscou-se informar sobre como inibir a tendência a responder impulsivamente, gerar maior número de soluções possíveis e escolher a solução mais apropriada. Em relação à assertividade, buscou-se diferenciar os comportamentos assertivos, não assertivos e agressivos.

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

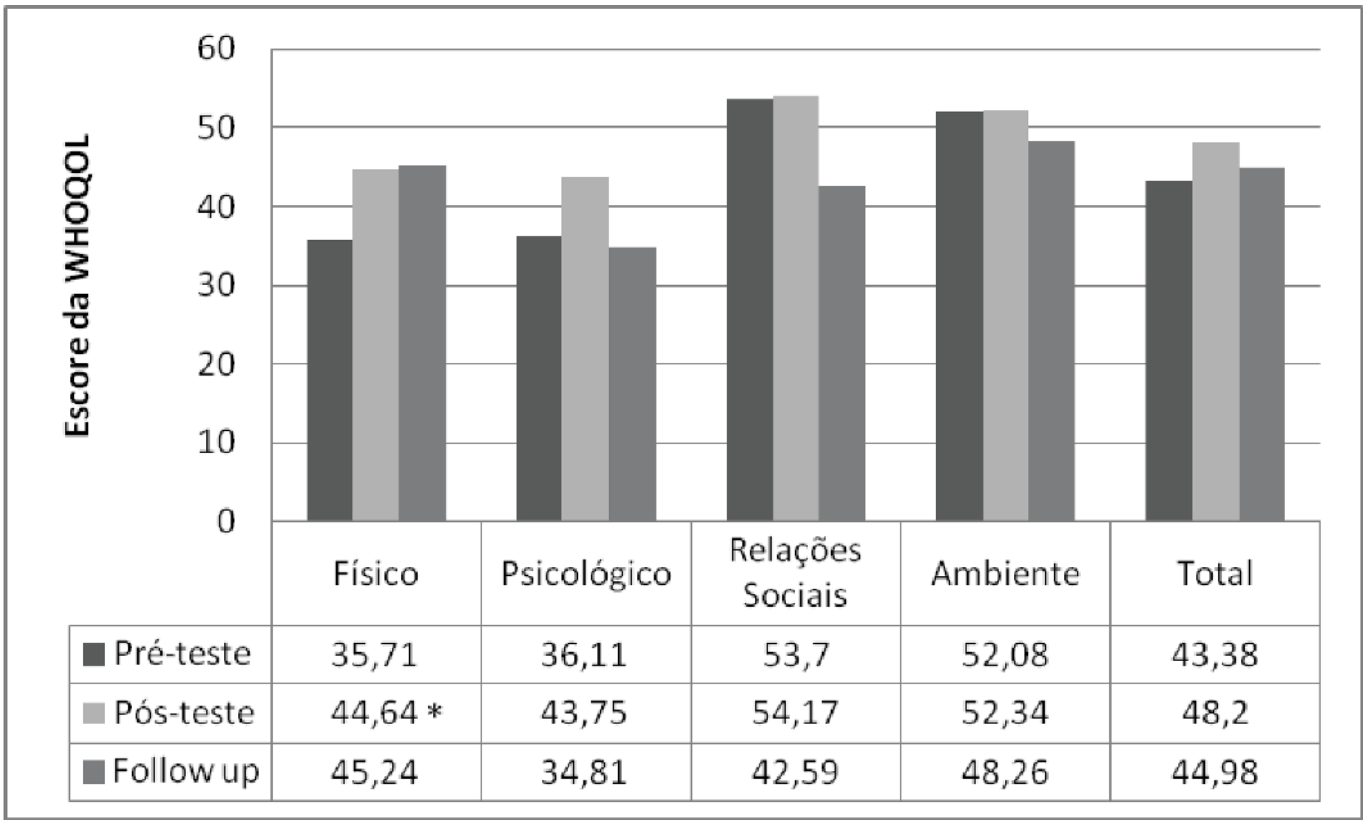
Os resultados dos escores médios das respostas às avaliações Hamilton, Young e WHOQOL antes, após e seis meses depois da intervenção (*follow up),* estão ilustrados nas figuras 1, 2, 3 e 4.

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

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

Essa suposição é corroborada pela identificação de estímulos antecendentes descritos nos gráficos do humor pelos pacientes do grupo, os quais demons-

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



	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente	Total
Pré-teste	35,71	36,11	53,7	52,08	43,38
Pós-teste	44,64 *	43,75	54,17	52,34	48,2
Follow up	45,24	34,81	42,59	48,26	44,98

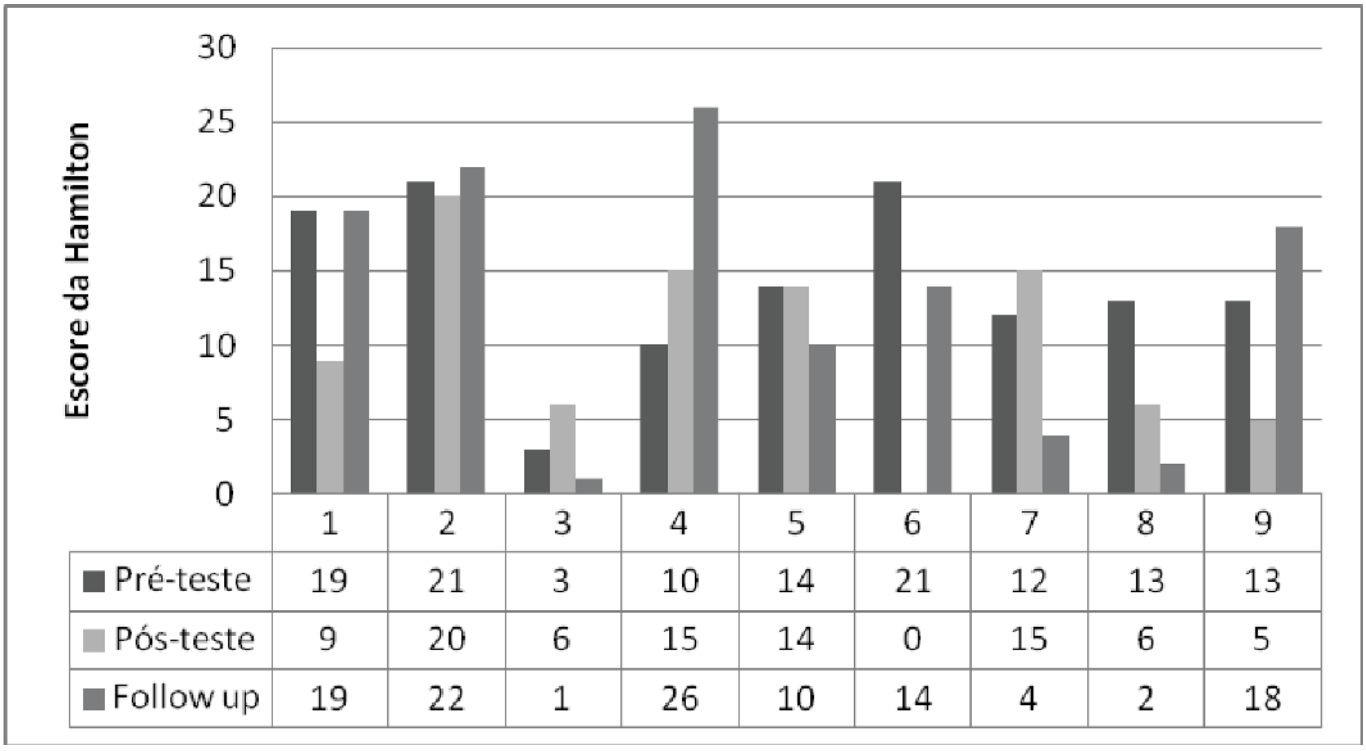
p<0,05 para diferença no domínio "Físico" antes e após a intervenção

tram que conflitos familiares podem estar associados a episódios de depressão. Entre os estímulos antecedentes trazidos pelos pacientes para estes episódios, destacam-se conflitos com os familiares (brigas com pai, mãe, filhos e separação dos pais) e conflitos com o cônjuge (separação, traição e término de relacionamento). Isto justificaria o fato de as intervenções focadas nos familiares contribuírem para prevenção de episódios de depressão**.**

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

Quanto aos SA's para a depressão, é possível notar que a maioria dos pacientes relatou problemas com o cônjuge e ou familiares. Esses dados, em conjunto com os da Figura 3 (maioria dos pacientes estavam deprimidos), sugere a necessidade de intervenções focadas na família para melhora do quadro depressivo, conforme é demonstrado nas pesquisas de Davenport et al. (1977), Clarkin et al. (1998) e Miller et al. (2008). É interessante notar que este resultado é reforçado pelos resultados apresentados no estudo de Pelegrinelli (2010), que

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



	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pré-teste	19	21	3	10	14	21	12	13	13
Pós-teste	9	20	6	15	14	0	15	6	5
Follow up	19	22	1	26	10	14	4	2	18

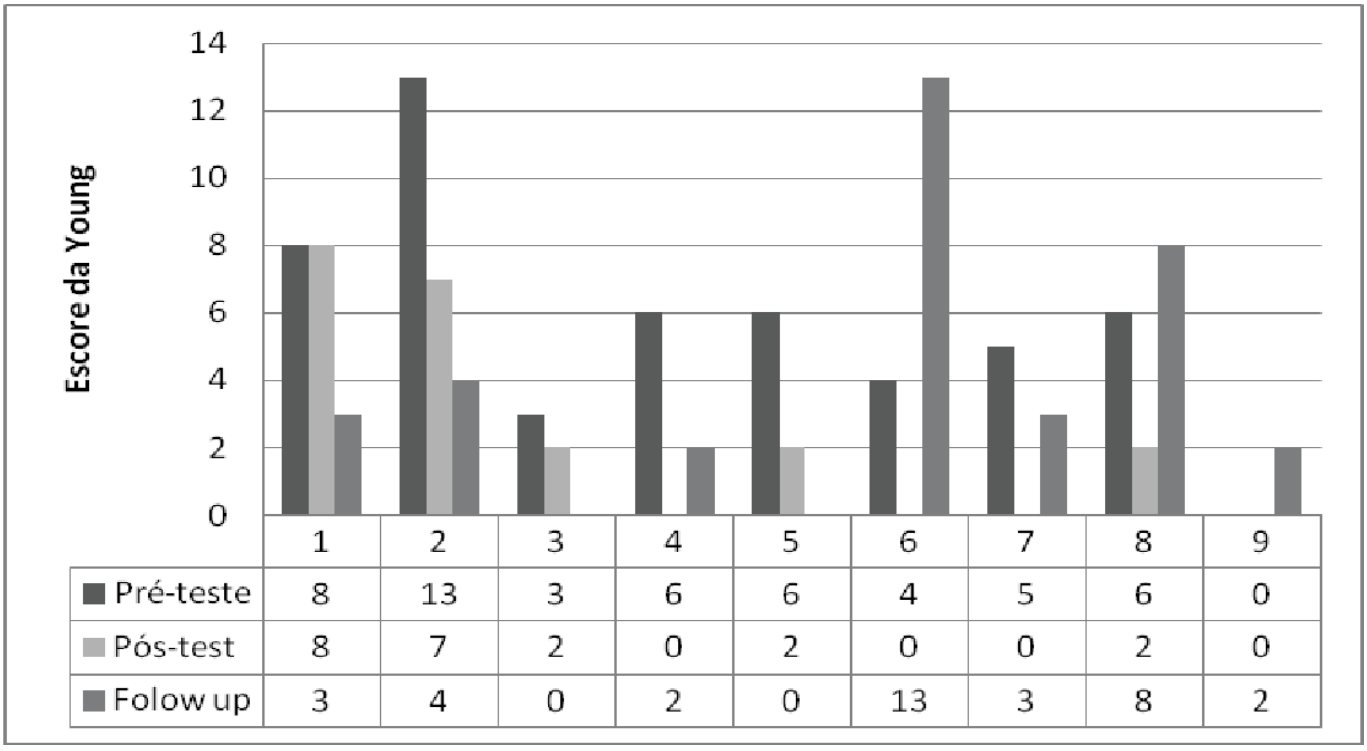
aponta problemas familiares como preditores da baixa adesão ao tratamento. Além disso, pacientes com TAB apresentam dificuldades em manter relacionamentos íntimos e escores reduzidos de habilidades sociais em alguns domínios, como é descrito na literatura (Suppes et al., 2001; Rocca et al., 2008). Escores que sugerem piora no domínio "Relações Sociais" da escala de Qualidade de Vida (WHOQOL), estão de acordo com estes resultados. A Figura 2 mostra os resultados obtidos nesta escala, antes e após a intervenção, e no *follow up,* para cada domínio da vida (Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiente), e item total.

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

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

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

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



	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pré-teste	8	13	3	6	6	4	5	6	0
Pós-test	8	7	2	0	2	0	0	2	0
Folow up	3	4	0	2	0	13	3	8	2

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

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

Para a mania (Young), os resultados individuais do pré e pós-teste e follow up encontram-se na Figura 4. Os escores individuais de dois pacientes (6 e 8) pioraram da avaliação antes do tratamento para o *follow up*. Foram identificadas variáveis que podem ter favorecido tais resultados. Um dos participantes encontrava-se em fase pós-operatória (6) de cirurgia bariátrica, e o outro (8) havia sido aprovado em concurso público, e por isso mudou de cidade. É importante salientar que o participante (8) apresentou escores de melhora em todos os domínios da escala de Qualidade de Vida.

Os pacientes 1, 2 e 5 apresentaram melhora ao final das avaliações para os sintomas da mania. A participante 2 queixava-se frequentemente do marido e de dificuldades de relacionamento com a filha e familiares: "Me sinto excluída"..., "ninguém gosta de mim" (sic).

Durante o processo de intervenção, os membros do grupo passaram a dar sugestões sobre o que poderia ser feito, como se cuidar e se valorizar mais. Quando esta paciente começou a apresentar menos queixas, os participantes reconheceram e demonstraram verbalmente tal condição: "Eu acho que a ...(paciente 2) foi a que mais melhorou no grupo" (sic). Essas verbalizações podem ter influenciado nos resultados de melhora desta participante. Ainda assim, os prováveis motivos de alterações nos dados, tanto para melhora quanto para piora do quadro, são hipóteses levantadas neste estudo e que indicam a necessidade de serem mais bem investigadas.

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

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

Um indicativo do crescente interesse pela participação nos encontros foi o fato de que, com o passar do tempo, os participantes se reuniam informalmente antes e após a intervenção. Neste período geralmente conversavam entre si sobre assuntos pessoais, sugeriam nomes de terapeutas para atendimento individual, relatavam problemas familiares. Comportamentos verbais e não verbais (abraços, gestos de carinho, tocar violão), observados nestas situações, sugerem que, para muitos membros, esta interação passou a ser uma condição reforçadora, que pode ter auxiliado na adesão ao processo.

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

Gráfico do Humor construído pelo Paciente 1

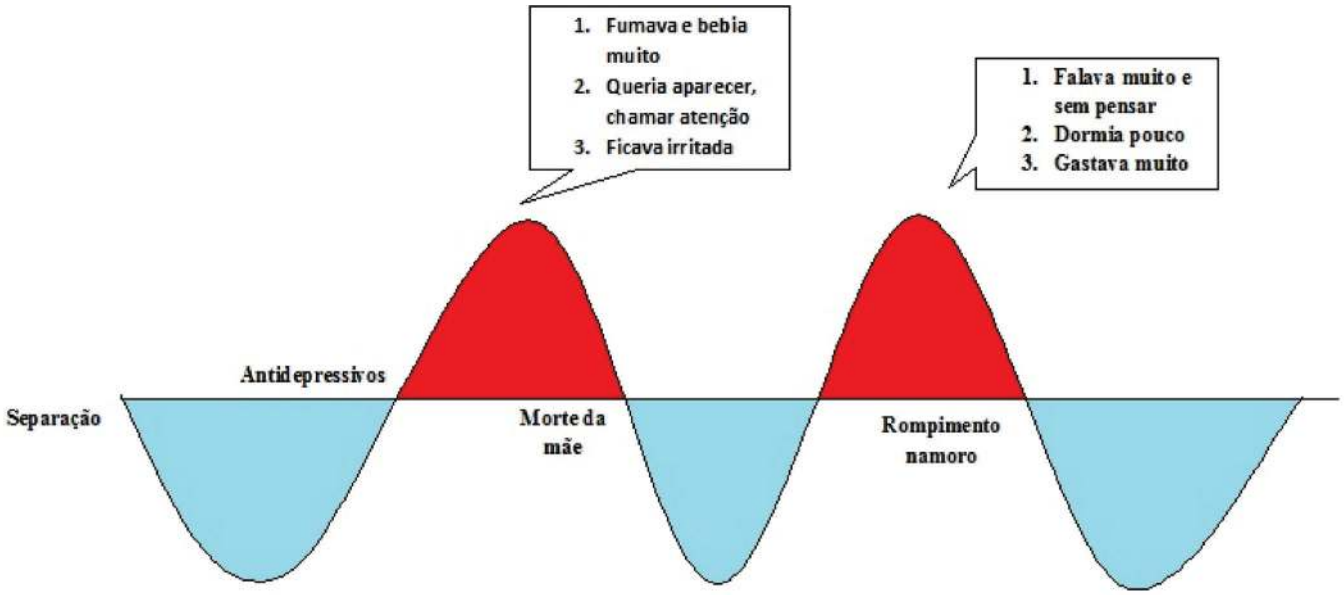


Gráfico do Humor construído pelo Paciente 2

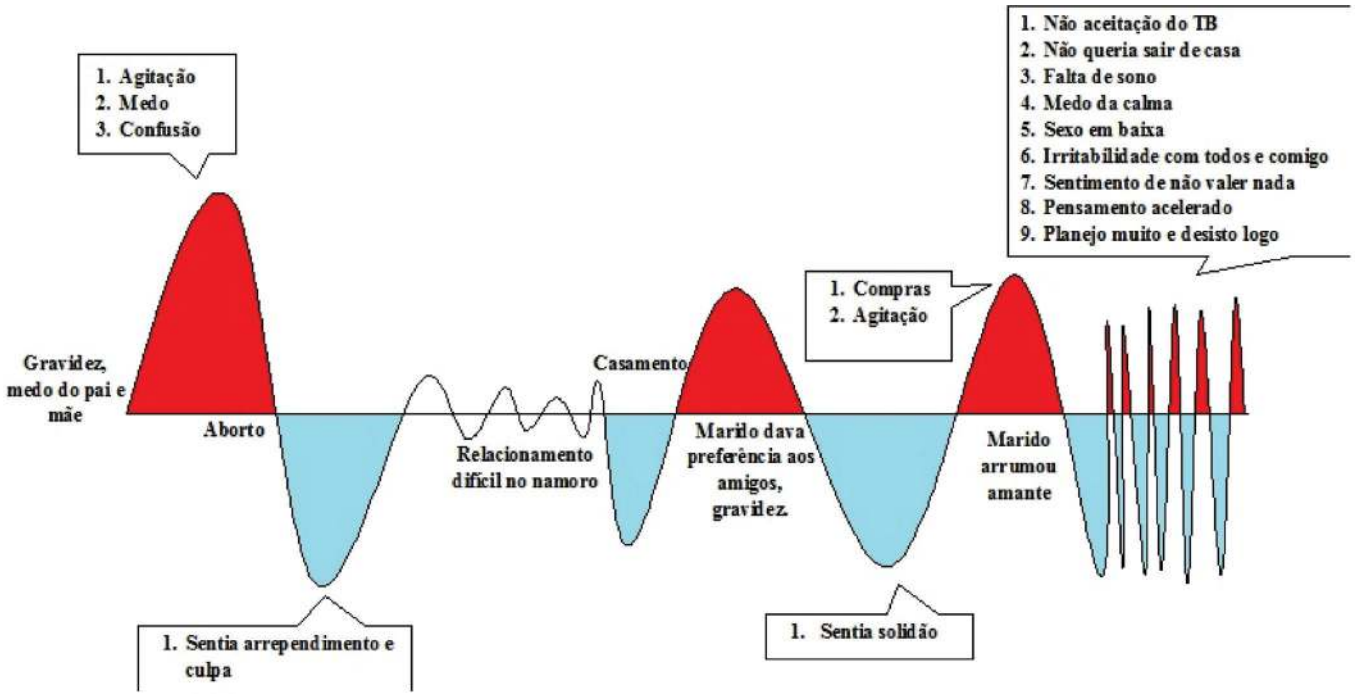


Gráfico do Humor construído pelo Paciente 3

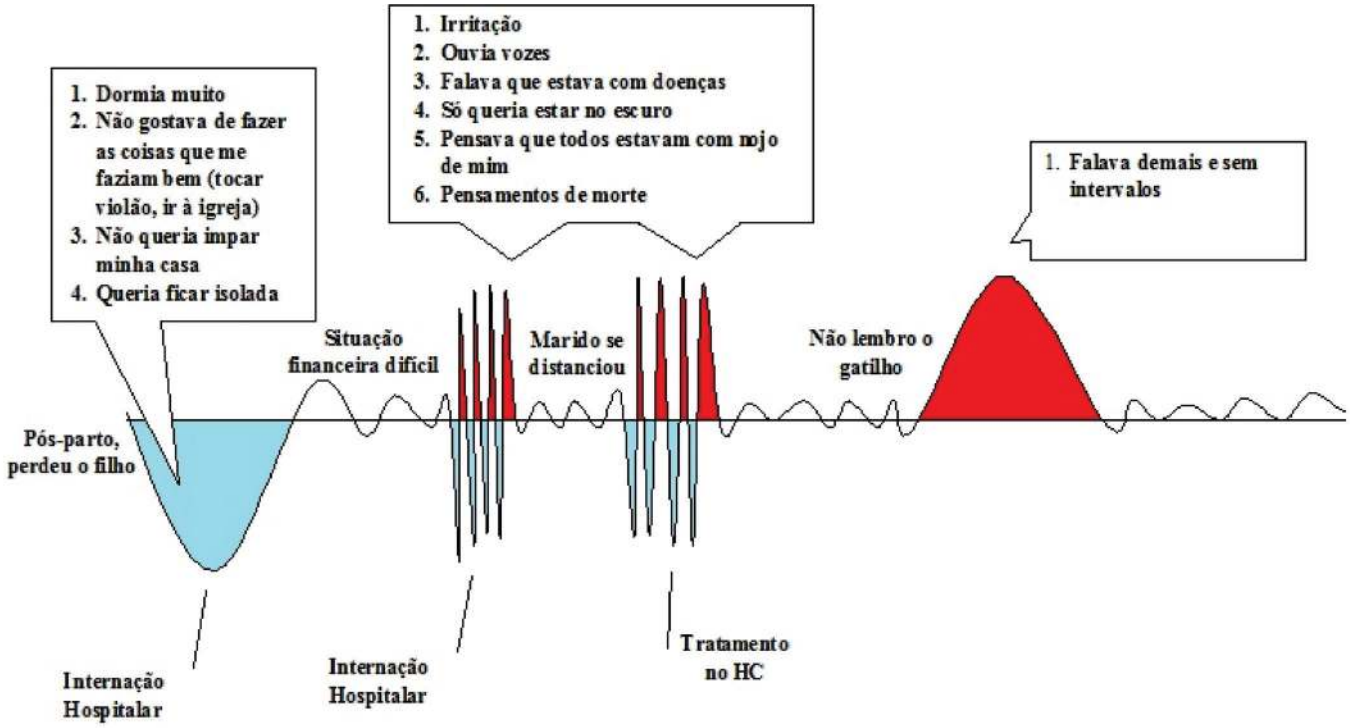


Gráfico do Humor construído pelo Paciente 4

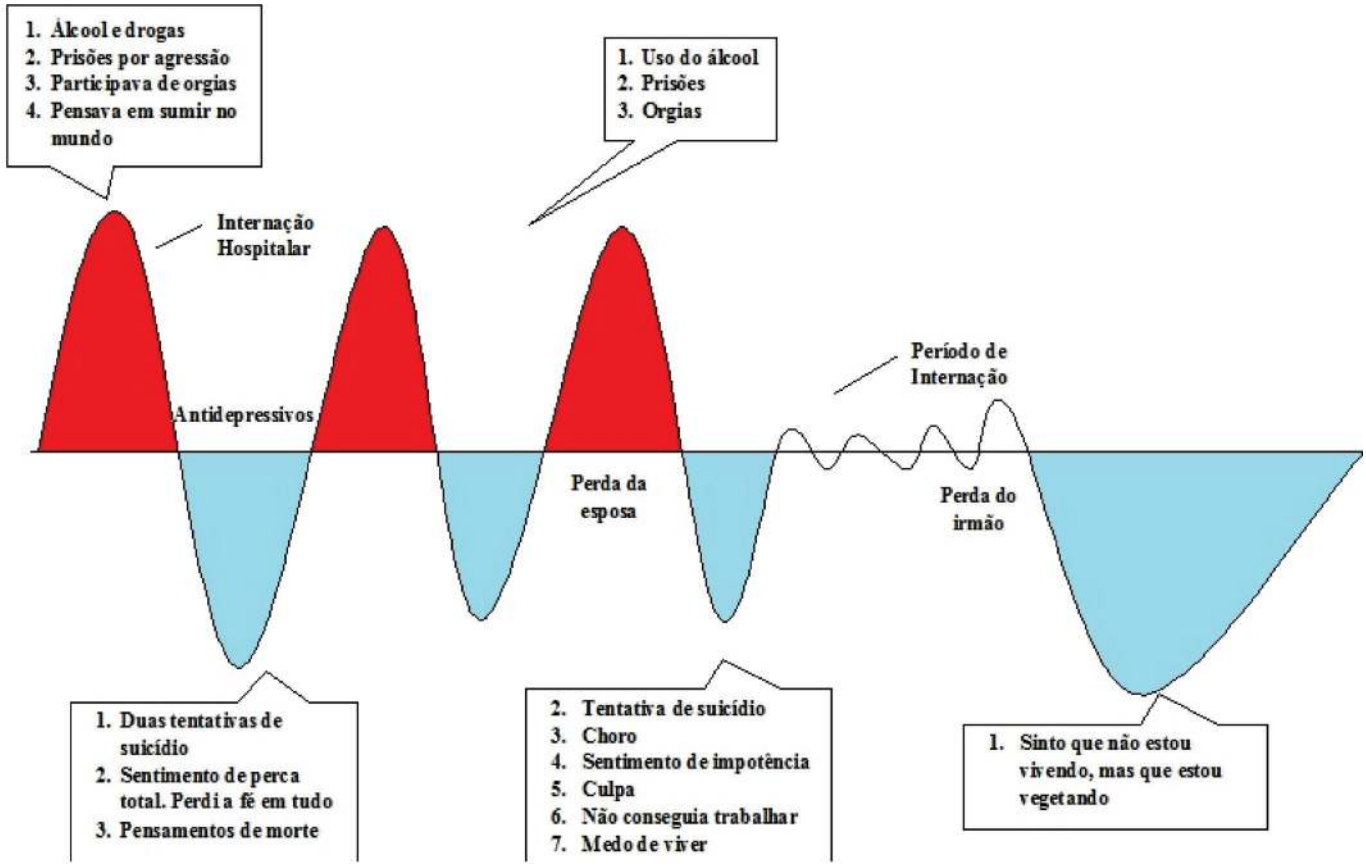


Gráfico do Humor construído pelo Paciente 5

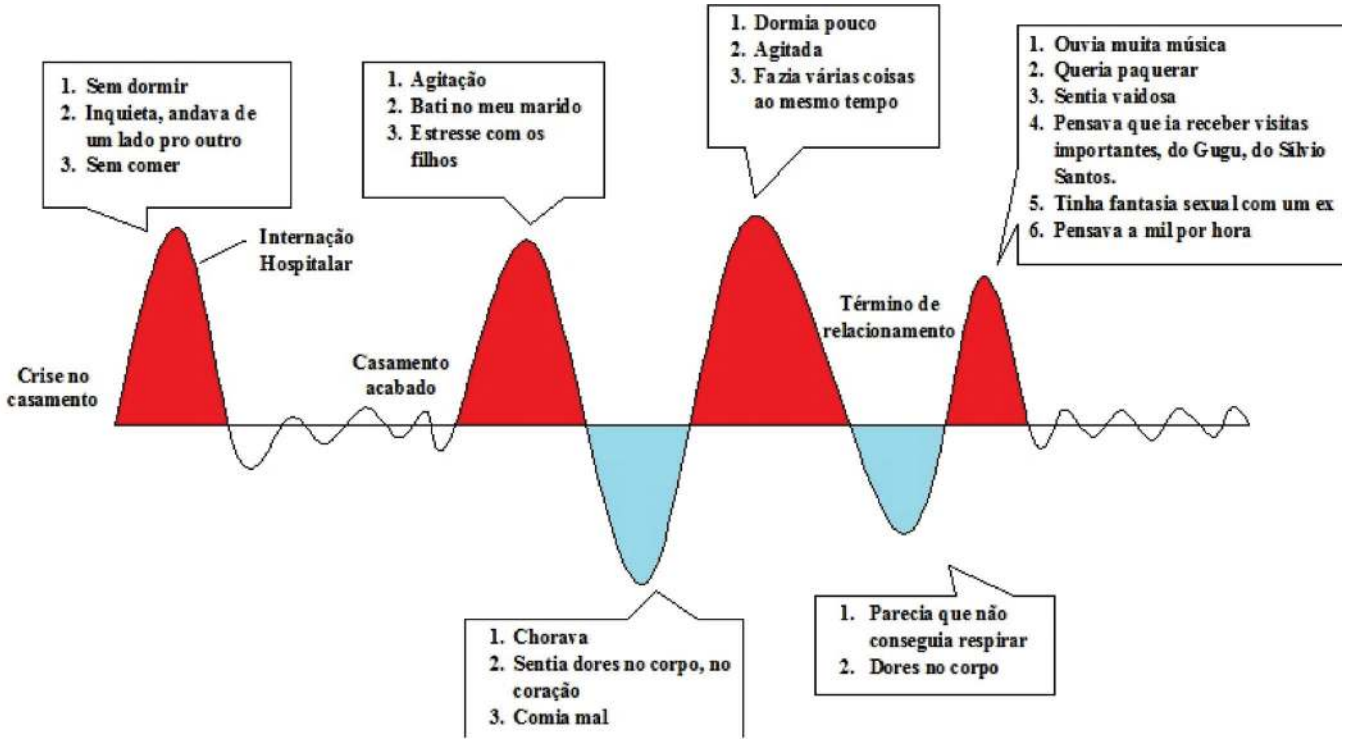
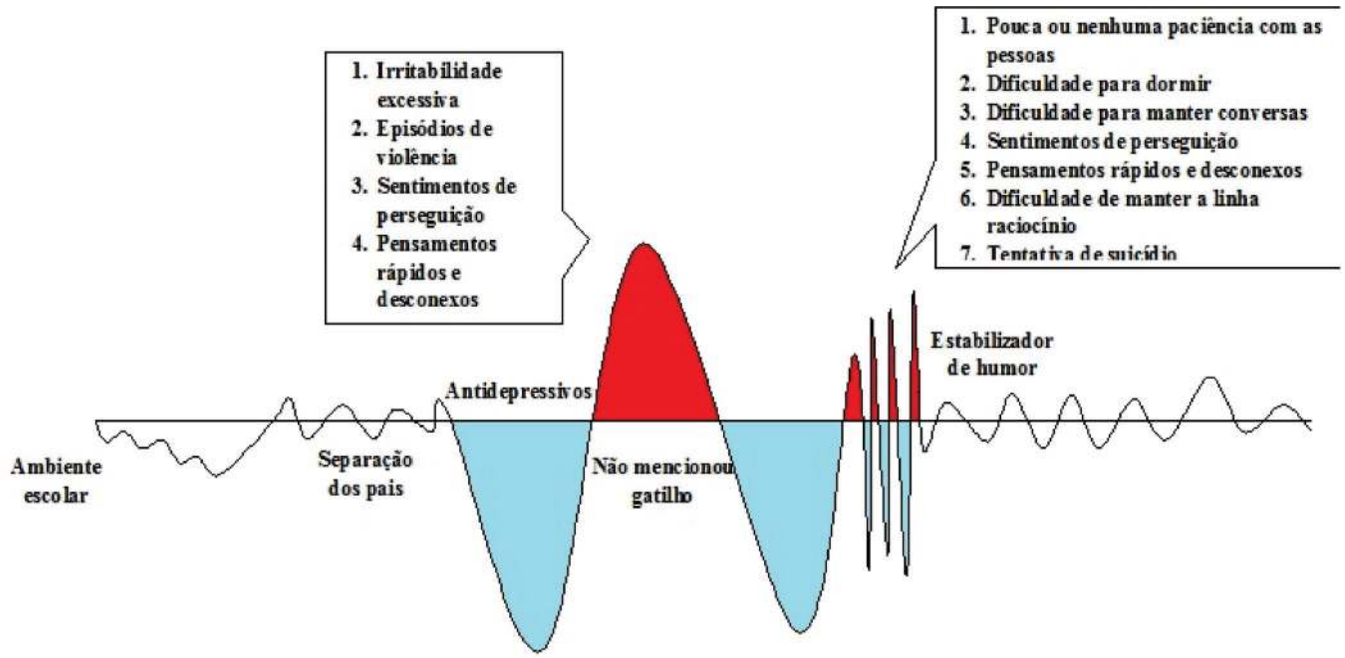


Gráfico do Humor construído pelo Paciente 8



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

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

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

Nos gráficos dos participantes 1 e 2, foi possível observar que os estímulos antecedentes mais frequentes para a depressão foram a separação, rompimento de relacionamento e conflitos conjugais. Neste sentido, é importante esclarecer que a paciente 1 residia sozinha e sua medicação estava sendo administrada por um colega de serviço. Além disso, relatava ser ignorada no ambiente de trabalho, com indicativos de que era alvo de assédio moral pelos colegas. A paciente 2 se queixava frequentemente de conflitos com o cônjuge e ou familiares. Durante o processo de intervenção, o grupo se mostrou receptivo às duas pacientes, oferecendo modelos e sugestões de como lidar com conflitos conjugais e familiares, diferentemente do meio social no qual viviam. Tal condição pode ter contribuído para a melhora que apresentaram na dimensão "Relações Sociais" (WHOQOL) no pós-teste. Todavia, os resultados do *follow up* apontam uma piora, o que pressupõe que a relação estabelecida com os participantes do grupo não tenha sido generalizada para outros contextos.

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

O paciente 4, além de apresentar um quadro de alcoolismo associado ao transtorno, possuía também um histórico longo de internações e episódios maníacos e depressivos, o que pode ter influenciado um pior prognóstico (Gomes & Lafer, 2007). Esta informação pode ser observada nas avaliações realizadas com o paciente com relação à depressão

e à Qualidade de Vida (WHOQOL). Outros fatores que podem ter influenciado neste resultado foram: conflitos com o filho (também com diagnóstico de TAB), diferentes turnos no trabalho, e perda do irmão no decorrer das intervenções. Vale ressaltar, no entanto, que este paciente colocou em prática estratégias apresentadas no grupo para lidar com depressão, procurou o psiquiatra para rever a medicação, evitando possível internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o programa de intervenção não tenha tido um impacto significativo sobre as diferenças nas médias para a escala de depressão, os resultados indicam melhora grupal quanto à internação (nenhum paciente foi internado no período de intervenção) e individual (pacientes eutímicos ao final do processo). Somado a isso, os principais objetivos do programa foram alcançados, quais sejam: informar os pacientes, favorecer a adesão ao tratamento e prevenir internações. Além de este estudo ter contribuído para a implementação metodológica de intervenção com grupo de pacientes com TAB.

Entre as contribuições para futuros estudos, é possível destacar: a necessidade de incluir os familiares no processo de tratamento, visto que um histórico de vida sem muitos estressores e o bom relacionamento familiar influencia no bom prognóstico do transtorno, a importância de intervenções em Habilidades Sociais, visto a dificuldade para lidar com "problemas" interpessoais relatada em grupo e nos gráficos de humor e por fim, a necessidade de aumentar o número de sessões para trabalhar conteúdos e repertórios comportamentais relacionados a autocontrole e assertividade, pois estes temas necessitam de um enfoque psicoterapêutico e não apenas psicoeducativo.

Quanto às dificuldades para a realização deste trabalho, é possível dizer que, embora a existência de um grupo controle como base de comparação seja o mais recomendado pela literatura, este estudo encontrou dificuldades para a sua realização devido à ausência de condições necessárias para esta avaliação (auxílio passagem para os pacientes, localização do hospital, desinteresse dos pacientes em responder às avaliações). Contudo isto não invalida a importância do mesmo, pois além de ser exploratório, possibilitou realizar pesquisa em clínica para pacientes com TAB sob enfoque da Análise do Comportamento, além de atender à alta demanda do sistema público de saúde.

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

REFERÊNCIAS

Alcantara, I.; Schmitt,R.; Schwarzthaupt, A.W.; Chachamovich,E.; Sulzbach, M.F.V.; Padilha, R.T.L.; Candiago, R.H.; Lucas, R.M. (2003). Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *25*(suplemento 1), 22-32.

APA (American Psychiatric Association). (2002). *Transtornos do humor.* DSM-IV-TR: Manual estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, RS: Artmed, 345-417.

Bauer, M. S. & McBride, L. (2003). *Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program* (2a ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.

Brandão, M. Z. S. (2008). Esquiva experiencial do cliente no grupo terapêutico e promoção da aceitação emocional. In: Delitti, A. M. C. (Org.) ; Derdyk, P. R. (Org.) . *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. 1. ed. Santo André: ESETec Editores Associados.

Clarkin, J. F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P. & Glick, I. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services, 49*(4), 531-533.

Colom, F. & Vieta, E. P.. (2004). *Manual de Psicoeducación para el Transtorno Bipolar*. Barcelona: Ars Medica.

Colom, F.; Vieta, E. (2003). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. *26*(suppl.3), 47-50.

Colom, F.; Vieta, E.; Martinez-Aran, A.; Reinares, M.; Goikolea, J.M.; Benabarre, C. Torrent, Gomes M., Corbella B., Parramon G., J. Corominas. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives General Psychiatry*, *60*(4), 402-407.

Davenport, Y., Ebert, M., Adland, M., et al. (1977). Couples Therapy as an Adjunct to Lithium Maintenance of the Manic Patient. *Journal of Orthopsychiatry*, 47, 495-502

Del-Ben, Cristina Marta et al. (2001). *Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português*. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2001, vol.23, n.3, pp. 156-159.

Del Porto, J. A. (1989). Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão. In Escalas de Avaliação para Monitorizarão de Tratamento com Psicofármacos. *Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina* 93-100.

Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* vol.21, 06-11.

Figueiredo, Â. L.; Souza, L.; Dell´Aglio Jr, J. C. E Argimon, I. I. L.. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, *11*(1), 15-24.

Delitti, A. M. C. (2008). Terapia Analítico Comportamental em Grupo. In Delitti, A. M. C. (Org.) ; Derdyk, P. R. (Org.) . *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo.* 1. ed. Santo André: ESETec Editores Associados.

Gomes, B. C. (2010). *Estudo controlado de terapia cognitivo comportamental em grupo no tratamento de pacientes com transtorno bipolar*. Tese apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Gomes, B. C.; Lafer, B.. (2007) Psicoterapia em Grupo de Pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar*. Revista Psiquiatria Clínica*. *34*(2), 84-89.

Gorenstein, C., Andrade, L., Zuardi, Antonio, W. (2000). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.* 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial.

Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *23*, 56-62.

Kaplan Hi, S. Bj, Grebb Já. (1997) *Compêndio De Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

Knapp, P.; Isolan, L.. (2005). Abordagens Psicoterápicas no Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *32*(Suppl.1), 98-104.

Lotufo Neto, F.. (2004). Terapia Comportamental Cognitiva para Pessoas com Transtorno Bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(Suppl.3), 44-46.

Miller, I., Keitner, G., Ryan, C., Uebelacker, L., Johnson, S. & Solomon, D. (2008). Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(5), 732-740.

Moreno, A. R. & Moreno, D. H. (2000). Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Åsberg (MADRS). Em Gorestein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A. W. (Orgs.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia* (71-87). São Paulo: Lemos - Editorial.

Pelegrinelli, K. B. (2010) *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares.* Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Perry A., Tarrier N., Morriss R., McCarthy E., Limb K. (1999) Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, *318*(7177),149-53.

Rocca C. A., Macedo-Soares M., Gorenstein C., Tamada, R., Issler, C., Dias, R., et al. (2008). Social dysfunction in bipolar disorder: pilot study. *Australia, New Zealand Journal of Psychiatry*. 42(8):686-92.

Simon, G.E., Ludman, E.J., Bauer, M.S., Unützer, J., Operskalski, B., (2006). Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63 (5): 500 - 8.

Suppes, T., Leverich, G.S., Keck, P.E., Nolen, W.A., Denicoff, K.D., Altshuler, L.L., McElroy, S.L., Rush, A.J., Kupka, R., Frye, M.A., Bickel, M., Post, R.M. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders* 67(1-3):45-59.

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

Recebido em 8 de agosto de 2012
Revisado em 28 de janeiro de 2013
Aceito em 8 de fevereiro de 2013