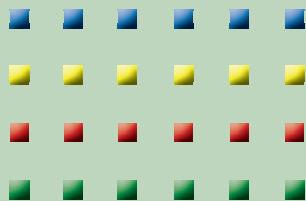




ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos



Transtorno Bipolar

Manual Informativo

O que é?

Sintomas e os riscos associados:

Consumo de álcool e outras drogas

Entendendo as comorbidades

Diagnóstico

Tratamento – dificuldades e variantes

O apoio da família e dos amigos

O trabalho da ABRATA de informação e apoio



Apresentação

O conteúdo deste livreto foi elaborado pela Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos – ABRATA, que agradece o trabalho voluntário do Prof. Dr. Teng Chei Tung, presidente do seu Conselho Científico como coordenador do grupo de colaboradores voluntários, membros do Conselho Científico e convidados, todos especialistas na área de saúde mental, Drs.: Elisabeth Sene-Costa, Fabiano Nery, Frederico Navas Demétrio, Luis Pereira Justo, Luis Russo (psic.), Márcia Britto de Macedo Soares e Odeilton Tadeu Soares.



O que é?

O transtorno bipolar acomete de 1% a 4% da população. É caracterizado por oscilações de humor: episódios depressivos alternando com episódios de euforia (também chamada de mania ou hipomania, dependendo da intensidade e da duração).

A depressão tem como sintomas: humor depressivo ou irritável; desinteresse ou falta de prazer nas atividades habituais; desânimo; falta de concentração, esquecimentos, dificuldade para tomar decisões; isolamento social; pessimismo, ideias de culpa, inutilidade, fracasso; alterações do apetite e de peso (perda ou ganho); redução de libido; insônia ou aumento do sono; ideias de que a vida não vale a pena, pensamentos de suicídio; delírios e alucinações podem acontecer em casos graves. A euforia (ou mania) é um estado de exaltação do humor, com aumento de energia, humor eufórico, expansivo ou irritável; pensamento acelerado, com muitas ideias, planos novos, não usuais; ideias de grandeza, otimismo exagerado, aumento da autoestima; fala rápida, difícil de interromper, com frequentes mudanças de assunto; impulsividade, gastos excessivos, maior interesse sexual; desinibição exagerada ou comportamento inadequado; delírios e alucinações podem acontecer em manias mais graves.

Sintomas e riscos associados

Está claro que, para fazer o diagnóstico de transtorno bipolar, precisamos ter pelo menos uma fase de mania ou de hipomania, pelos critérios oficiais da OMS ou da Associação Americana de Psiquiatria. Até algum tempo atrás essa afirmação era correta. Hoje, os especialistas em transtornos do humor concordam que existe uma síndrome na qual os portadores apresentam sintomas afetivos de hipomania (euforia leve), mas não preenchem os critérios operacionais para esse transtorno. Por exemplo, quando a duração de um episódio de hipomania é de 1 a 3 dias e não os 4 dias exigidos pelo DSM-IV (critério norte-americano oficial), ou quando o portador apresenta menos de 3 sintomas exigíveis para o diagnóstico pelo DSM-IV (de uma lista de 6), esses portadores são reconhecidos como portadores de bipolaridade, ou ainda é dito que pertencem ao espectro bipolar.

A importância em reconhecer esses portadores como bipolares é fundamental, pois muitos portadores bipolares só são reconhecidos após 10 anos do início da doença. Como permanecem a maior parte de suas vidas com sintomas depressivos, frequentemente são tratados com uso de antidepressivos isoladamente, sem o uso concomitante de um estabilizador do humor. Isso pode ser responsável pelas chamadas “viradas maníacas”, que podem ser evitadas caso o diagnóstico correto seja feito precocemente.

Consumo de álcool e outras drogas

O consumo de álcool e de outras substâncias modificadoras do comportamento existe entre os seres humanos desde períodos remotos da Antiguidade. A relação do homem com o álcool pode ter naturezas diferentes, variando desde consumo social controlado, em que não ocorrem danos, até um padrão de uso abusivo, e em situações mais graves há dependência, com consequências desastrosas para o usuário, aqueles que com ele convivem e a sociedade. Além disso, o beber excessivo pode implicar alterações do comportamento, com aumento de atitudes de risco e, no âmbito do organismo, pode causar lesões importantes de diversos órgãos, com consequências graves para a saúde e para o funcionamento social dos indivíduos. O uso de drogas como maconha, cocaína, crack, LSD, ecstasy, entre muitas outras, com fins recreativos, é sempre uma potencial ameaça para a saúde global das pessoas. Estima-se que algo em torno de 15% da população faça uso problemático de álcool, considerando-se muitos países, em diferentes continentes. O consumo de drogas tem aumentado nos últimos anos e, apesar de ser menos comum que o de álcool, também atinge parcela significativa das sociedades ao redor do planeta. Problemas sociais complexos, a redução dos custos e dificuldades de controle do tráfico vêm facilitando o amplo acesso às drogas ilícitas. Devemos lembrar que o tabaco também é uma droga, embora lícita, que causa forte dependência e é a principal causa de câncer de pulmão.

Além da ameaça que as substâncias de abuso podem representar para quem não tem outros problemas de saúde, ainda há a possibilidade de serem ainda mais prejudiciais quando usadas por pessoas que sejam portadoras de transtornos psiquiátricos, ou que tenham risco maior de os ter. No caso dos transtornos do humor, e mais es-

pecificamente os transtornos depressivos e transtornos bipolares, o uso problemático de álcool e de outras drogas é ocorrência mais comum do que na população geral, e acarreta prejuízos consideráveis para essas pessoas. É possível que os indivíduos com depressão ou acometidos por episódios de hipomania ou mania recorram ao álcool e outras drogas até para tentarem aliviar seus sintomas (normalmente quando não estão fazendo tratamento adequado). Por outro lado, alguém que está sofrendo devido a um episódio de alteração patológica do humor também se torna mais vulnerável ao uso dessas substâncias.

São muitas as consequências prejudiciais do uso problemático do álcool e do consumo de drogas para quem tem um transtorno de humor. Antes de tudo, as drogas como maconha e cocaína podem funcionar como desencadeadores de episódios agudos, mesmo nas pessoas que, tendo uma predisposição biológica para esses transtornos, ainda não tenham chegado a desenvolver nenhum episódio de depressão, hipomania ou mania. Nas situações em que um transtorno de humor já se manifestou, o uso de drogas pode fazer com que as crises agudas sejam mais frequentes e piora a evolução da doença. Mais ainda, os usuários abusivos de álcool e consumidores de diversas drogas não conseguem tão boa resposta aos tratamentos quanto aqueles que não usam essas substâncias. O lítio tende a ser muito menos eficaz no tratamento das crises e em sua prevenção, para dependentes de álcool e usuários de drogas. As pesquisas científicas têm mostrado que as pessoas bipolares que usam drogas tornam-se mais impulsivas e explosivas, aumentando suas chances de terem comportamentos violentos voltados contra outros ou contra si mesmas. Também as taxas de suicídio são maiores quando há consumo dessas substâncias, e especialmente de álcool, dentro da população que tem um transtorno do humor.

Sendo assim, é desejável que se tente prevenir essas dificuldades, consumindo álcool com moderação (e isso só vale para quem nunca chegou à dependência, pois, nesse caso, o álcool deve ser totalmente excluído da vida da pessoa), e não usando nenhum outro tipo de droga, sob qualquer que seja o pretexto. Quando uma pessoa com transtorno do humor já está fazendo uso problemático de substâncias, é necessário tratamento adequado, especializado para o abuso ou dependência, ao mesmo tempo em que ela não pode negligenciar o tratamento para o transtorno do humor com o qual convive. Vale lembrar que algumas vezes é necessário modificar os medicamentos em uso, para obter melhores resultados, como, por exemplo, a eventual troca do lítio pelo valproato de sódio, para melhor estabilização do humor. E, ainda, os tratamentos psicossociais, com enfoque em psicoterapias que possam abordar os dois problemas de modo conjunto, podem ser muito úteis.

Entendendo as comorbidades

O transtorno bipolar pode coexistir com outros problemas de saúde que acabam por interferir em sua evolução ou resposta a tratamento. Esses outros problemas são chamados de comorbidades.

Pesquisar a existência de comorbidades é imprescindível, pois seu reconhecimento e tratamento podem ser decisivos para o bem-estar da pessoa com transtorno bipolar. Isso é feito por meio do cuidado do psiquiatra ao entrevistar o portador e pela colaboração deste, dando amplas informações a seu respeito.

As comorbidades podem ser de muitos tipos diferentes, como abuso e dependência de álcool e outras drogas, doenças endócrinas, como hipotireoidismo, hipogonadismo, entre muitas outras, obesidade, doenças cardiovasculares, doenças renais, doenças reumáticas, para citar somente algumas possibilidades.

As comorbidades podem interferir na evolução da doença facilitando o aparecimento de episódios de depressão, mania ou hipomania, ou dificultando seu controle. Quando estas comorbidades são também doenças crônicas, do mesmo modo que o transtorno bipolar, podem representar obstáculos importantes para a estabilização do humor, especialmente se não forem adequadamente tratadas.

Os tratamentos do transtorno bipolar e das comorbidades devem ser feitos simultaneamente, sempre que possível. É muito importante que se levem em conta as potenciais interações entre medicamentos que tratam do transtorno bipolar e aqueles usados para combater outras doenças coexistentes. Por isso, o psiquiatra e os médicos que cuidam das comorbidades devem estar informados sobre os tratamentos feitos pelo portador e eventualmente fazer contato entre si para discutir e, assim, garantir o bom gerenciamento da situação.

Diagnóstico

O diagnóstico da bipolaridade depende da presença de um episódio da polaridade oposta à depressão, ou seja, de um episódio maníaco, hipomaníaco ou misto. O episódio maníaco é caracterizado por um período distinto de humor irritável, expansivo, anormal ou persistentemente elevado, que dura no mínimo 1 semana (ou qualquer duração se for necessário hospitalizar); durante o período de transtorno de humor, 3 (ou mais) dos seguintes sintomas persistem (4 se o humor for apenas irritável) e têm estado presentes num grau significativo: (1) autoestima exagerada ou grandiosidade; (2) diminuição da necessidade de dormir (por exemplo: sente-se descansado após 3 horas de sono); (3) mais falante do que de costume ou com pressão por falar; (4) fuga de ideias ou sensação de que os pensamentos estão acelerados; (5) distração (isto é, atenção perdida facilmente devido a estímulos externos irrelevantes ou sem importância); (6) aumento de atividades direcionadas a um objetivo (seja socialmente, no trabalho ou escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora; (7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas que tenham um alto potencial para consequências desastrosas (ex.: compras compulsivas, indiscrições sexuais ou investimentos tolos em negócios). O episódio hipomaníaco é caracterizado por um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durante todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não deprimido; durante o período da perturbação do humor, 3 (ou mais) dos sintomas de (1) a (7) acima descritos para um episódio maníaco persistiram (4 se o humor é apenas irritável) e estiveram presentes em um grau significativo; além disso, a perturbação do humor e a alteração no funcionamento são observáveis por outros e não são suficientemente severas para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos (nesse caso, seria um episódio maníaco). Um episódio misto satisfaz os critérios tanto para o episódio maníaco quanto para o episódio depressivo maior (exceto pela duração), quase todos os dias, durante um período mínimo de uma

semana e é suficientemente grave para causar acentuado prejuízo no funcionamento ocupacional, em atividades sociais costumeiras ou no relacionamento com outros, ou para exigir hospitalização para prevenir danos ao indivíduo e a outros, ou existem aspectos psicóticos. Formas mais sutis de bipolaridade ainda não podem ser diagnosticadas pelos critérios vigentes, mas já estão previstas para o DSM-5 (a ser publicado em 2013) e para a CID-11 (sem data prevista para publicação), como a depressão mista (depressão mais 3 dos sintomas acima descritos para hipomania) e a hipomania com duração menor do que 4 dias.

Tratamento: dificuldades e variantes

A base do tratamento do transtorno bipolar é o tratamento medicamentoso. Sem ele, a tendência do transtorno bipolar é a repetição de novos episódios de depressão e/ou de mania. A adesão ao tratamento medicamentoso é fundamental para conseguir a estabilidade. No entanto, muitas pessoas com transtorno bipolar têm dificuldade em aceitar que têm uma doença crônica e que precisam tomar medicamentos continuamente para tratá-la. Outras pessoas com transtorno bipolar abandonam o tratamento por causa dos efeitos colaterais dos medicamentos estabilizadores do humor, como por exemplo, o ganho de peso e os tremores finos das mãos. É importante saber que, na maioria das vezes, é possível diminuir ou interromper os efeitos colaterais com a diminuição da dose do medicamento, ou com a troca do medicamento por outro que seja mais bem tolerado. Algumas formas de psicoterapia, como a terapia cognitivo-comportamental, a terapia interpessoal e de ritmo biológico, a terapia familiar, e a psicoeducação, quando associadas ao tratamento medicamentoso, ajudam a diminuir a frequência de novos episódios da doença e a frequência de hospitalizações. Outras formas de psicoterapia não foram sistematicamente estudadas, mas podem ajudar o paciente na aceitação da doença e da necessidade de tratamento continuado, bem como na busca de uma melhor qualidade de vida e bem estar pessoal.

O apoio da família e dos amigos

Com o avanço das medicações no tratamento dos transtornos de humor, diminuiu o tempo de internação do(a) paciente e foi designado à família – e em alguns casos aos amigos mais próximos – o papel de “Cuidador”.

A família e os amigos próximos, quando estão devidamente esclarecidos sobre a doença em si e suas manifestações por meio de sintomas, podem colaborar muito na continuidade, manutenção e desenvolvimento do tratamento.

Exemplos:

1. evitar atitudes de impaciência, hostilidade e negatividade;
2. no relacionamento interpessoal, procurar não desqualificar nem rejeitar a mensagem do outro;
3. evitar a superposição de papéis familiares, a qual ocorre na comunicação emaranhada na qual todos falam ao mesmo tempo e ninguém ouve ninguém;
4. dar um voto de confiança ao(à) portador(a) que demonstra estar seguindo o tratamento, evitando assim a hipervigilância (nesses casos).

O trabalho da ABRATA de informação e apoio

- O transtorno afetivo bipolar é uma enfermidade cíclica do humor caracterizada por sintomas depressivos e maníacos (eufóricos) ao longo da vida. De 10 anos, aproximadamente, até os dias de hoje, o tratamento do transtorno bipolar tem tido um grande avanço na área da Psiquiatria. A intervenção psicossocial – suporte para os portadores da doença, familiares e amigos – associada ao tratamento biológico é um dos fatores dessa mudança (neste livreto serão fornecidas mais informações sobre o tema).
- A Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA) é uma instituição fundada em 1999 por um grupo de portadores, familiares e profissionais do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas (GRUDA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e é coordenada por voluntários. Seu objetivo é ministrar apoio psicossocial a todas as pessoas que apresentam qualquer tipo de transtorno afetivo, bem como a seus familiares e amigos. As atividades psicossociais atuais da ABRATA são as seguintes:
 1. **atendimento telefônico e eletrônico:** auxiliam o solicitante a receber apoio e esclarecimentos diversos a respeito da ABRATA e demais instituições ligadas ao suporte psicossocial;
 2. **grupos de acolhimento:** reuniões abertas à população, a cada 15 ou 30 dias, com o intuito de passar informações sobre a ABRATA e suas diversas atividades;
 3. **grupos de autoajuda:** grupos constituídos de pessoas que apresentam problemas em comum, ligados ao transtorno afetivo, cuja finalidade é trocar experiências, compartilhar vivências, buscar soluções e prestar ajuda, apoio e conforto. São dois tipos de grupos: um para os portadores da doença e outro para os familiares, ambos dirigidos por facilitadores e cofacilitadores, voluntários portadores e familiares de portadores que se especializaram na função;
 4. **encontros psicoeducacionais:** palestras ministradas uma vez por mês, por médico psiquiatra ou psicólogo, cujo objetivo é informar e esclarecer os presentes sobre a doença, como também auxiliar os portadores e seus familiares a uma adaptação funcional conforme a evolução do transtorno;
 5. **desenvolvimento do papel de facilitador e cofacilitador:** curso aberto a voluntários (portadores da doença e familiares de portadores) interessados em desenvolver estes papéis para a direção dos grupos de autoajuda;
 6. **curso aberto sobre transtornos do humor:** palestras informativas de base científica sobre os transtornos do humor, para portadores das doenças, familiares e profissionais, ministradas por médico psiquiatra ou psicólogo;
 7. **interatividade entre familiares e portadores:** grupo vivencial mensal com portadores e familiares de portadores.



ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos
www.abrata.org.br - contato@abrata.org.br
Rua Borges Lagoa, 74, cj 2. – S. Paulo - SP
Fone: 11 3256-4831 (seg./sex. 13:30 às 17:00h)

ATIVIDADES:

Informação & formação:

Atendimento telefônico e eletrônico
Curso Aberto sobre Transtornos do Humor
Encontros Psicoeducacionais
Grupos de Acolhimento
Palestras em empresas e escolas – parcerias
Workshop para cuidadores

Apoio:

Grupos de Auto Ajuda ou apoio mútuo de familiares e de portadores
Interatividade entre familiares e portadores

Voluntariado & Treinamento:

Treinamento de voluntários, equipes de atendimento
Eventos
Desenvolvimento do papel de facilitador e co-facilitador.

APOIO
achē

7005930 - Janeiro/2012