



Tenho Transtorno Bipolar, e agora?

O que é Transtorno Bipolar

Como será o tratamento

O que é Psicoeducação



ABRATA

Associação Brasileira de Familiares,
Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos

Rua Dr. Diogo de Faria 102,
Vila Clementino | São Paulo | SP
Tel.: (11) 3256-4831 | (11) 3256-4698

O conteúdo desta revista foi elaborado pelo Conselho Científico da Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA) – Gestão 2017/2019: Dra. Rosilda Antonio, CRM-SP: 45.154, presidente; Dra. Sônia M. Palma, CRM-SP: 44.219, vice-presidente; membros: Dra. Alexandrina Meleiro, CRM-SP: 36.139; Dra. Aline Valente Chaves, CRM-SP: 92.077; Dra. Elisabeth Sene-Costa, CRM-SP: 21.458; Dr. Luís Felipe de Oliveira Costa, CRM-SP: 112.977; Dr. Teng Chei Tung, CRM-SP: 65297; psicólogas Denise Petresco, CRP 06/55.985-9; Yara Garzuzi, CRP 06/69.442; e fisioterapeuta Janette Canales, CREFITO 3/60.600-F.

As opiniões emitidas nesta publicação são de inteira responsabilidade dos autores e não refletem, necessariamente, a opinião da editora.



PARTNERS
PUBLISHERS

© 2018. Todos os direitos reservados. OS 21372.

Rua Verbo Divino, 2001 | Conj. 408 | Torre B | Chácara Santo Antônio | São Paulo | SP | CEP 04719-002 | 55 11 5181.6369 | partners@partnerspublishers.com.br.

É proibida a reprodução total ou parcial sem a autorização por escrito dos editores.



TENHO TRANSTORNO BIPOLAR, E AGORA?

O que é Transtorno Bipolar?

O Transtorno Bipolar (TB) ou Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma doença, que atinge diversas áreas da vida de seus portadores: o humor, o comportamento, a cognição e a psicomotricidade. Apresenta como principal característica oscilações de humor entre os dois polos – como uma montanha-russa, eufórico ou agitado e depressivo –, e pode também apresentar-se como uma mistura dos sintomas de ambas as polaridades.¹ Difere do Transtorno Depressivo Unipolar, em que o humor ocorre apenas em um polo (Depressões Unipolares).

Embora as causas do TB não tenham sido completamente esclarecidas, sabe-se que a sua etiologia é múltipla e envolve fatores hereditários, psicossociais e ambientais, que se combinam para formar a vulnerabilidade pessoal.² Essa vulnerabilidade confere ao portador uma maior dificuldade de adaptação a situações diversas de estresse.

O Transtorno Bipolar é muito frequente?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lista o TB como sexta causa mais comum de incapacidade entre os adultos jovens, e a Depressão Bipolar parece ser a fase em que esse prejuízo é maior.³ Estudos indicam uma prevalência ao longo da vida de TB tipo I de cerca de 1%. Estudos sobre espectro bipolar indicam taxas de prevalência mais altas, de 3% a 8,3%.⁴

“A família é peça-chave no processo de mudança e melhora da qualidade de vida, pois ela é que vai proporcionar um bom sistema de suporte para o bipolar, ajudando a lidar com a doença.”

Não há diferenças marcantes de prevalência entre homens e mulheres, e entre classes sociais ou grupos raciais. Tabagismo, álcool e abuso de outras substâncias são mais prevalentes entre indivíduos portadores de TB comparados à população geral. Nas mulheres, os períodos de vida como gravidez e menopausa podem representar fases de maior vulnerabilidade. História positiva de TB em parentes de primeiro grau representa maior possibilidade de desenvolvimento desse transtorno apontando o caráter genético do TB.⁵

Como identificar os sintomas?

A pessoa acometida, quando tem episódios de depressão, apresenta-se com: humor deprimido e/ou irritado; acentuada diminuição do interesse ou da capacidade de sentir prazer por atividades que antes lhe eram prazerosas; sentimento de vazio e desesperança; sensação de desânimo, fadiga ou perda de energia.⁴ Há alterações do apetite para mais ou para menos, com consequente perda ou ganho significativo de peso, e mudança do sono, com insônia ou excesso de sono quase todos os dias. Ocorrem lentificação do pensamento, redução da produtividade e da capacidade de se concentrar e de se cuidar, e indecisão para os atos rotineiros da vida. Pode-se apresentar agitação ou retardo psíquico e da capacidade de se movimentar. Podem estar presentes sentimentos de ansiedade, angústia, choro, baixa autoestima, pensamentos negativos e de culpa, ideias suicidas e até mesmo comportamento suicida.¹ Também pode haver pensamentos e ideias delirantes.

No outro polo do TB estão os episódios maníacos ou hipomaníacos, em que o indivíduo se sente com humor eufórico ou irritado, fica excessivamente ativo, com grande energia para realizar tarefas diversas.¹ O portador sente-se excessivamente confiante, fica impulsivo e, nesses momentos, faz coisas sem refletir, pensando que não corre riscos ao se envolver em atividades perigosas. Pode ter ideias grandiosas e fazer planos mirabolantes, nos quais acredita que terá pleno sucesso. Pode ficar agitado, com pensamento acelerado e excessivamente falante, impondo aos demais as suas ideias e opiniões e não aceitando ser contrariado em suas vontades. Nesses episódios, a necessidade de sono está bastante reduzida e até mesmo ausente nos casos mais graves. A libido fica muito elevada e pode acontecer de o portador se envolver em inúmeros relacionamentos sexuais sem qualquer cuidado com a saúde ou com situações de perigo.⁴

O TB é classificado em dois subtipos, cujas características podem ser observadas no Quadro 1.¹

Quadro 1. Classificação do TB e características¹

Tipo I: Um ou mais episódios maníacos ou mistos, geralmente acompanhados por episódios depressivos maiores durante o curso da vida.

Tipo II: Um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida.

Podem ocorrer comorbidades?

Sim, podem ocorrer algumas comorbidades, representando agravamento da sintomatologia depressiva, maníaca ou mista, ou constituindo unicamente estado misto ou mania.¹ Abuso de substâncias, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno de Personalidade *Borderline* são os mais comuns.

Como será o tratamento?

É necessário avaliar, a partir da história clínica do paciente, como foram os tratamentos anteriores e ter em vista pelo menos quatro níveis de abordagens.⁶

No primeiro nível faz-se o controle da fase aguda. Se o paciente estiver em um episódio depressivo, a preocupação será tratar esse episódio; se, ao contrário, estiver em fase de mania, esta deverá ser tratada. O segundo nível envolve a preocupação com a evolução do quadro clínico ao longo da vida, com foco essencialmente na prevenção de novos episódios, para promover a estabilização do humor.⁷ As crises devem ficar de intensidade mais leve e com espaços cada vez maiores de normalidade, isto é, período livre de sintomas (de eutimia), o mais natural possível. O terceiro nível tem o objetivo de tratar os transtornos psiquiátricos associados, que são muito frequentes e podem prejudicar a evolução dos episódios afetivos e da estabilização do humor, sendo, portanto muito importante uma escolha cuidadosa por parte do médico. Por fim, na quarta fase, se houver alguma doença clínica, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, hipotireoidismo ou qualquer outra doença, precisa ser bem avaliada. Diversas classes farmacológicas podem ser muito úteis no tratamento do TB, como anticonvulsivantes, antipsicóticos, indutores de sono, antidepressivos (que devem ser usados com cautela).⁷

Por que devo continuar tomando o medicamento se já me sinto melhor?

O tratamento geralmente necessita ser realizado em longo prazo pelo médico psiquiatra, para não apresentar novos episódios da doença, que podem ser de maior gravidade, se interrompido antes do planejado com o médico. O TB é uma doença de complexidade e, para uma boa evolução, exige uma habilidade específica para um resultado mais favorável.

Existem outras formas de tratamento?

O tratamento medicamentoso é fundamental e prioritário, pois sem ele não é possível alcançar o controle da sintomatologia da doença e levar o portador a uma estabilidade clínica, ou seja, manter o indivíduo estável e prevenir a ocorrência de novas crises. Entretanto, isoladamente, pode não ser suficiente para conseguir controlar os diversos fatores de risco da doença, entre eles a dificuldade para entender o diagnóstico psiquiátrico.⁸

Para tratar das consequências psicológicas e sociais dos Transtornos de Humor são indicados os tratamentos psicossociais, ou seja, as intervenções psicoeducacionais e as psicoterapias individuais ou em grupo, tanto para portadores como para familiares. Um fator importante é que o terapeuta tenha conhecimento do TB e possa reconhecer os seus sintomas e sinais significativos, a fim de orientar-se na condução da psicoterapia (Quadro 2).⁷

Quadro 2. Objetivos do tratamento psicossocial para pacientes bipolares⁷

Primeiro nível
<ul style="list-style-type: none">• Ter consciência da enfermidade• Detectar precocemente os sintomas prodrômicos• Aderir ao tratamento• Prevenir a conduta suicida
Segundo nível
<ul style="list-style-type: none">• Controlar o estresse• Evitar o abuso de substâncias• Alcançar uma regularidade no estilo de vida
Terceiro nível
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer e enfrentar as consequências psicossociais dos episódios passados e futuros• Melhorar a atividade social e interpessoal entre os episódios• Enfrentar os sintomas residuais subsindrômicos e a deterioração• Aumentar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida

O que é psicoeducação?

A psicoeducação consiste em encontros individuais ou em grupo nos quais são prestadas informações sistemáticas e estruturadas ao paciente, à família e aos amigos sobre os transtornos mentais e seu tratamento. O objetivo é fornecer

aos pacientes, familiares e profissionais recursos para lidar com a doença por meio da troca de informações e experiências relevantes, o que possibilita desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde.⁹

Sua importância é marcada pela percepção sobre a doença, diminuição do número de recidivas e internações, melhora do funcionamento social, manejo das situações de crise e aumento da adesão ao tratamento. Quando aplicada aos familiares ou cuidadores, os resultados mostram que estes passam a conhecer e compreender a doença. Todos aprendem a lidar com situações do cotidiano com maior adequação, a manejar melhor as situações de crise e tendem a ser mais continentos com o tratamento. Estudos demonstram que a psicoeducação para familiares traz benefícios ao tratamento do portador.¹⁰

Como a família pode auxiliar?

A família é peça-chave no processo de mudança e melhora da qualidade de vida, pois ela é que vai proporcionar um bom sistema de suporte para o bipolar, ajudando-o a lidar com a doença, reduzindo recorrências de mania e hipomania e apoiando no momento da depressão.

A fase e a gravidade da doença irão influenciar o tipo de apoio de que a pessoa necessitará; por exemplo, ser acompanhada nas consultas médicas, auxiliar no bom relacionamento com a equipe de tratamento (médico, psicólogo e outros) ou mesmo apenas estar ao lado.³ O familiar atento e presente consegue identificar o que é melhor para cada situação, e reconhecer os

sinais de alerta rapidamente pode permitir a prevenção da ocorrência de um novo episódio. Às vezes a emoção expressa de forma descontrolada estressa o ambiente familiar e causa conflitos constantes, separações, comunicação inadequada, aumentando assim o risco de desencadeamento de uma fase maníaca ou depressiva. Mudanças ocorrem gradativamente considerando os limites de cada família e de cada pessoa dentro dela.¹¹ Por isso, o foco deve ser para as melhoras, sem dar ênfase aos problemas.¹¹ Valorizar qualquer progresso, mesmo que ele seja mínimo, é um passo para o próximo. As mudanças dependem de alterações consistentes, contínuas e permanentes nas relações familiares. Faz-se necessário que a família também se cuide. Cuidar

do cuidador de quem tem TB significa qualidade de vida para todos os membros da família.¹¹

Fica a dica!

As alterações de comportamento do TB trazem imensos problemas de relacionamento familiar, social e profissional, com sérias e prejudiciais consequências para a vida do portador e de seus familiares. O indivíduo com transtorno pode auxiliar evitando abuso de álcool e outras drogas, bem como seguir as instruções do tratamento, assim poderá ter sua vida com qualidade. Todos os médicos psiquiatras, psicólogos clínicos e assistentes sociais psiquiátricos devem ser competentes na detecção de Transtornos Bipolares.


Referências bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. DSM-5. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Rutten BP, Mill J. Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2009;35(6):1045-56.
3. Berk L, et al. *Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar*. São Paulo: Segmento Farma; 2011.
4. Goodwin FK, Jamison KR. *Doença Maníaco-Depressiva: Transtorno Bipolar e Depressão Recorrente*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
5. Kelsoe JR. Mood disorders: Genetic. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
6. Melzer DL, Freitas AL, Teng CT. Psicofarmacologia do Transtorno Afetivo Bipolar. In: Teng CT, Demetrio FN (Eds.). *Psicofarmacologia aplicada*. São Paulo: Atheneu; 2011.
7. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2018;20(2):97-170.
8. Justo LP, Calil HM. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2004;31(2):91-9.
9. Pellegrinelli KB. *Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares*. São Paulo. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
10. Figueiredo AL, et al. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Rev Bras Ter Comport Cogn* 2009;11(1):15-24.
11. Bio DS, Pellegrinelli KB, Roso M. O papel da família no transtorno bipolar. In: Moreno RA, et al. *Aprendendo a Viver com o Transtorno Bipolar – Manual Educativo*. São Paulo: Artmed; 2015.



Compromisso com o acesso à medicação de qualidade é
destinar **8% DO FATURAMENTO PARA PESQUISA**
de novas moléculas.

É ter **MAIS DE 14.000 COLABORADORES** distribuídos
em mais de **40 PAÍSES** e capacidade de produção de mais
de **21 BILHÕES DE COMPRIMIDOS** anualmente.



E contar com **3 UNIDADES
FABRIS** aprovadas pela
ANVISA, FDA e outros órgãos
da Europa.

**RIGOROSO CONTROLE
DE QUALIDADE:**
credenciado nas principais
agências de saúde do mundo.

São **16 anos** de **TORRENT** no Brasil
com **47 produtos** registrados.