



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

“MEU DEUS, POR QUE EU FIZ ISTO?”

Um Estudo de Caso sobre Transtorno Bipolar

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES MOTA

BRASÍLIA-DF
JUNHO/2005

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES MOTA

“MEU DEUS, POR QUE EU FIZ ISTO?”

Um Estudo de Caso de Transtorno Bipolar

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília Professora Orientadora: Virgínia Turra.

Brasília/DF, junho de 2005

Dedicatória

Dedico esta obra ao meu amado Senhor Jesus Cristo, que tem me conduzido continuamente. Ele é a fonte do conhecimento e da sabedoria, e sem Ele eu nada poderia fazer. Assim seja a Ele a glória, a majestade, o domínio e o poder para todo sempre.

Agradecimento

Primeiramente agradeço a Deus pela sua graça e benevolência dispensadas a mim, e aos meus amados familiares que me apoiaram com amor e compreensão. A minha inesquecível orientadora Virgínia Turra, pelo exemplo de eficiência e dedicação, a minha amiga Darcilene pelo grandioso apoio, e a todos os amigos que me motivaram a prosseguir, a todos a minha eterna gratidão.

RESUMO

A presente produção tem como objetivo fazer um levantamento teórico sobre o Transtorno de Humor Bipolar e suas conseqüências, bem como um estudo de caso, identificando os aspectos psicossociais do sujeito em sofrimento psíquico. A seguir é discutido a importância da interação do sujeito, família e profissionais em saúde mental. Entendendo que a dor é uma experiência subjetiva, o que significa que a patologia, no seu aspecto orgânico, não é o único fator que determina a forma individual dessa experiência. Importantes fatores psicológicos e sociais interagem com os fatores físicos alternando essa vivência, sendo variável a maneira como essa interação ocorre em cada indivíduo. Estes fatores influenciam o curso da doença, a qual está associada com alguns estressores familiares, sociais e ocupacionais, especialmente quando o tratamento farmacológico não é realizado de forma continuada. Também se discute a importância da integração de todos os profissionais envolvidos e o respeito mútuo das diferentes especialidades no tratamento da bipolaridade, buscando, sobretudo o bem-estar do indivíduo. Desta forma, o presente trabalho optou por realizar um estudo de caso que mostra uma paciente com o diagnóstico de transtorno de humor bipolar. A coleta de dados realizou-se na forma de entrevistas semi-estruturadas com duas pessoas: a paciente e o seu cônjuge. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise de dados. Os resultados das entrevistas apontam para a importância de um tratamento adequado, bem como uma necessidade de uma interação eficiente entre os profissionais de atenção a saúde mental, tornando-se um grande desafio a ser superado por todos. Outro aspecto observado foi concernente ao episódio maníaco, o qual foi considerado pela família como o período de maior dificuldade, provocando um imenso sofrimento psíquico ao sujeito e a família.

SUMÁRIO

Introdução	06
1- Transtorno do Humor Bipolar	09
1.1. As Classificações do Transtorno Bipolar	10
1.2.1. Transtorno Bipolar Tipo I	10
1.2.2. Transtorno Bipolar Tipo II	11
1.2.3. Transtorno Bipolar Misto	12
1.2.4. Transtorno Ciclotímico	13
2- Principais Características do Transtorno Bipolar	16
2.1. Episódio Maníaco	16
2.1.1. Sintomas da Mania	17
2.2. Episódio Depressivo	20
2.3. Episódio Hipomaníaco	24
3- Teorias Etiológicas	26
3.1. Fatores Biológicos	26
3.2. Fatores Genéticos	27
3.3. Fatores Psicossociais	27
4- Tratamento do Transtorno Bipolar	28
4.1. Hospitalização	31
4.2. Medicamentos	31
4.3. ECT	32
4.4. Psicoterapia	32
5- Equipes de Trabalho	35
6- Conseqüências Psicossociais	36
7- Estudo de Caso	40
8- Discussão	43
9- Conclusão	55
10- Referências Bibliográficas	57

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA
MARIA DE FÁTIMA FERNANDES MOTA
RA: 2005983-7
PERÍODO: PRIMEIRO SEMESTRE DE 2005
TÍTULO: “MEU DEUS, POR QUE EU FIZ ISTO?” UM ESTUDO DE CASO
SOBRE TRANSTORNO BIPOLAR.
ORIENTADORA: VIRGÍNIA TURRA

A presente produção tem como objetivo fazer um levantamento teórico sobre o Transtorno de Humor Bipolar e suas conseqüências, bem como um estudo de caso, identificando os aspectos psicossociais do sujeito em sofrimento psíquico. A seguir é discutido a importância da interação do sujeito, família e profissionais em saúde mental. Entendendo que a dor é uma experiência subjetiva, o que significa que a patologia, no seu aspecto orgânico, não é o único fator que determina a forma individual dessa experiência. Importantes fatores psicológicos e sociais interagem com os fatores físicos alternando essa vivência, sendo variável a maneira como essa interação ocorre em cada indivíduo. Estes fatores influenciam o curso da doença, a qual está associada com alguns estressores familiares, sociais e ocupacionais, especialmente quando o tratamento farmacológico não é realizado de forma continuada. Também se discute a importância da integração de todos os profissionais envolvidos e o respeito mútuo das diferentes especialidades no tratamento da bipolaridade, buscando, sobretudo o bem-estar do indivíduo. Desta forma, o presente trabalho optou por realizar um estudo de caso que mostra uma paciente com o diagnóstico de transtorno de humor bipolar. A coleta de dados realizou-se na forma de entrevistas semi-estruturadas com duas pessoas: a paciente e o seu cônjuge. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise de dados. Os resultados das entrevistas apontam para a importância de um tratamento adequado, bem como uma necessidade de uma interação eficiente entre os profissionais de atenção a saúde mental, tornando-se um grande desafio a ser superado por todos. Outro aspecto observado foi concernente ao episódio maníaco, o qual foi considerado pela família como o período de maior dificuldade, provocando um imenso sofrimento psíquico ao sujeito e a família.

INTRODUÇÃO

Os sintomas psicológicos promovem de modo dominante, alterações no relacionamento do homem com o mundo, isso torna o transtorno mental diferente de outras enfermidades clínicas, em que o sofrimento do corpo constitui o aspecto fundamental. Historicamente, o transtorno mental foi sempre preocupação não só de profissionais da saúde como também de filósofos, escritores, curandeiros e religiosos.

As definições de depressão e mania existem há séculos, sendo que os sintomas de melancolia foram inicialmente descritos na Grécia antiga. Os de mania, tais como euforia, insônia, fala rápida e hiperatividade motora também foram descritos por Hipócrates na antiguidade, e no século XIX redefinidas por Kraepelin, denominado este quadro de “la folie circulaire”, ou seja, depressão e mania representando juntos dois estágios de uma mesma doença. Durante este período, Kraepelin denominou este quadro de psicose maníaco-depressiva, termo que foi utilizado até o início dos anos 80, quando passou a ser utilizado o termo transtorno de humor bipolar, já que a palavra psicose denotava gravidade muitas vezes desproporcional aos sintomas apresentados, além do estigma que o termo psicose representa até os dias atuais. Com a mudança na nomenclatura esse transtorno deixou de ser considerado uma perturbação psicótica para ser considerado uma perturbação afetiva. Os transtornos de humor são um grupo heterogêneo de doenças que tem como característica essencial uma alteração no humor. O termo humor indica a tonalidade dos sentimentos, o “estado de ânimo” mantido, global, constante e que pouco varia com o tempo. Nas alterações de humor, observam-se mudanças mantidas no estado de ânimo, que colorem a percepção de mundo da pessoa. Com base nestes conceitos, estes quadros passaram a ser denominados transtornos de humor nas classificações atuais (Neto, et al, 2003).

Embora possam existir constantes variações nos estados de ânimo de quase todos os indivíduos em determinados momentos da vida de cada um, somente são considerados quadros patológicos e denominados transtornos de humor, as alterações do humor (mantidas e globais por definição) que representem uma mudança no comportamento habitual da pessoa e que também causem sofrimento significativo e importante prejuízo no seu funcionamento social ou ocupacional do mesmo (Neto, et al, 2003).

O humor das pessoas sofre altos e baixos. Seus sentimentos de entusiasmo ou de

tristeza são reações compreensíveis aos acontecimentos do dia-a-dia e não afetam muito suas vidas. Em contraste, a alteração de humor das pessoas que sofrem transtornos de humor tende a perdurar por muito tempo. A maioria das pessoas com transtorno de humor sofre somente de depressão, um padrão chamado depressão unipolar. Não apresentam histórico algum de mania e voltam a um humor normal, ou quase normal, quando a depressão desaparece. Outras sofrem períodos de mania alternados com períodos de depressão, padrão chamado transtorno bipolar (Comer, 2003, p.136).

O termo transtorno do humor é aplicado a um grupo de condições clínicas nas quais há uma polarização do humor tanto para depressão quanto para a euforia. Pode-se dizer que o transtorno de humor é patológico quando existe uma constelação de sinais e sintomas (síndrome) com duração e gravidade tais que levam a uma perda substancial da capacidade funcional do indivíduo. Os problemas de humor são com frequência denominados transtornos afetivos, a depressão e a mania são amiúde consideradas como extremos opostos de um determinado aspecto afetivo ou do humor. Em geral é uma enfermidade na qual ocorrem alterações do humor, caracterizando-se por períodos de um quadro depressivo, que se alternam de quadros opostos, isto é, a pessoa se sente eufórico (mania), tanto o período de depressão quanto a mania pode durar semanas, meses ou anos. O transtorno de humor pode ocorrer ao longo da vida, dentro de um curso bipolar ou unipolar. O curso unipolar refere-se a episódios somente de depressão e, no bipolar, depressão e mania (euforia). O humor da pessoa oscila de muito eufórico (agitado), para muito triste (com desesperança, desmotivação e desvalia). Como em outras doenças, o transtorno de humor bipolar afeta não só quem o tem, como também, o cônjuge, familiares, amigos e empregadores (Comer, 2003).

Devido aos contínuos avanços terapêuticos, farmacológicos e etc, novos avanços trouxeram um alívio considerável ao sofrimento para os portadores de transtorno de humor. Como resultado, muitas pessoas com transtorno recorrentes do humor que teriam de outro modo ficado incapacitadas agora conseguem levar vidas produtivas. Esses resultados gratificantes, por sua vez, ajudaram a desestigmatizar este grupo de transtornos. A desestigmatização foi ainda mais facilitada pelo fato de que pessoas famosas (Van Gogh, Tchaikovsky, Miguel Ângelo, etc.) revelaram publicamente serem portadoras de transtorno depressivo ou transtorno bipolar (Kaplan & Sadock, 1999).

A última edição da classificação internacional das doenças (CID-10), realizada pela organização mundial de saúde sendo fruto de investigações e consensos em todo o mundo, adaptou-se a realidade clínica do paciente e possibilitou o diagnóstico de subtipos de depressões e manias (euforias) com gravidade e curso variáveis:

-Episódio maníaco (usado para episódio único de mania).

-Transtorno afetivo bipolar (o transtorno afetivo bipolar pode ser classificado, de acordo com o tipo do episódio atual, em hipomaníaco, maníaco ou depressivo. Os episódios são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos).

-Episódio depressivo (pode ser quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos).

-Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo).

-Transtornos persistentes do humor: ciclotimia, distímia.

A CID-10 inclui ainda códigos para “outros” transtornos do humor e para “transtornos não identificados” (Domingues, 1998).

Outra classificação também muito utilizada é da Associação Americana de Psiquiatria de 1994 (DSM-IV), de acordo com essa classificação os transtornos de humor são divididos em grandes grupos, cada um com várias subdivisões. São eles:

-Transtornos Depressivos (depressão maior, distímia e depressão maior sem outra especificação).

-Transtornos Bipolares (Bipolar I bipolar II, ciclotimia, Bipolar sem outra especificação).

-Outros transtornos do humor (transtorno do humor decorrente de uso de substâncias ou decorrente de uma condição médica geral). (Neto, et al, 2003, p.387).

Sabe-se da necessidade da contínua busca de um conhecimento mais aprofundado sobre a doença, uma vez que a significância da prevalência do THB é alta. Apesar de ser menos prevalente que o transtorno de depressivo unipolar, o transtorno bipolar está associado a um início mais precoce maior incapacitação dos pacientes, e elevada taxa de recorrência e cronicidade. Os custos diretos (diagnóstico e tratamento), assim como os indiretos (perda de produtividade no trabalho, mortalidade por suicídio), são imensos, além do sofrimento gerado nos indivíduos e seus familiares.

1. Transtorno do Humor Bipolar

Indivíduos que apresentam um episódio maníaco, hipomaníaco ou misto, que virtualmente têm uma história de um ou mais episódios depressivos maiores, recebem o diagnóstico de transtorno bipolar. Aqueles que apresentam episódios depressivos maiores e maníacos são diagnosticados com transtorno bipolar tipo I, e aqueles com episódios depressivos maiores e hipomaníacos (maníacos mais leves) são diagnosticados com transtorno bipolar tipo II. “Não se deve supor que o transtorno bipolar tipo II seja mais leve em todos os aspectos que o tipo I, embora a hipomania por definição seja menos severa que a mania. Especificamente, a função social e ocupacional e a qualidade de vida dos indivíduos com transtorno do tipo II são semelhantes aos indivíduos com transtorno bipolar do tipo I” (Kay et al, 2002).

O transtorno bipolar em diferentes momentos foi considerado um temperamento, um transtorno da personalidade e um transtorno localizado na extremidade menos grave do espectro bipolar. O TH bipolar não é um transtorno homogêneo, atualmente é considerado como parte do conjunto afetivo que inclui maior ou menor grau de agitação, euforia, grandiosidade, impulsividade, irritabilidade, aceleração do pensamento e da linguagem (Knapp, 2004).

Os transtorno de humor bipolar, segundo Davison (2003) ocorre com menor frequência do que a depressão, com uma taxa de prevalência de cerca de 1% da população. A idade média de aparecimento do THB situa-se na casa dos 20 anos, embora alguns casos se iniciam ainda na adolescência ou na infância, outros podem começar mais tardiamente após os 50 anos, contudo ocorre igualmente entre homens e mulheres. Tal como a depressão aguda, o THB tende a reincidir. O início pode ser tanto pelo episódio depressivo como pelo episódio maníaco, iniciando gradualmente ao longo de semanas, meses ou abruptamente em poucos dias. Além destes quadros, há também os quadros mistos (sintomas depressivos simultâneos aos maníacos) o que muitas vezes confunde os médicos retardando o diagnóstico da fase em atividade.

O THB é considerado uma doença mental grave, crônica, recorrente e incapacitante. Enquanto alguns indivíduos (raros) podem experimentar somente um único episódio de mania e depressão em suas vidas, mais de 95% das pessoas com THB têm episódios recorrentes de depressão e mania ao longo da vida. A probabilidade de experimentar novos episódios de

depressão ou mania, realmente aumenta com cada episódio subsequente, apesar do tratamento.

Há também evidências de que o tempo entre os episódios diminui durante o curso da doença. Isto significa que os indivíduos passarão mais tempo doentes e menos tempo bem enquanto o transtorno progride. Contudo as pessoas com THB podem levar uma vida saudável e produtiva se a doença for eficazmente tratada. Sem tratamento, porém, a evolução natural do transtorno tende a se agravar. Com o tempo a pessoa pode ter episódios maníacos e depressivos mais frequentes (de ciclos mais rápidos) e mais graves que aqueles apresentados ao início da doença. Em muitos casos, porém, o tratamento apropriado pode reduzir a frequência e a gravidade dos episódios e pode ajudar as pessoas com THB a manter uma boa qualidade de vida (Knapp, 2004, p.318).

1.2. As Classificações do Transtorno Bipolar

1.2.1. Transtorno Bipolar Tipo I

Períodos de mania (euforia) com humor elevado e expansivo, grave o suficiente para causar prejuízo no trabalho, relações sociais, podendo necessitar de hospitalização contrapostos por períodos de humor deprimido, sentimentos de desvalia, desprazer, desmotivação, alterações do sono, apetite entre outros. Geralmente, o estado maníaco dura dias ou pelo menos uma semana, e períodos de depressão de semanas a meses. O transtorno bipolar do tipo I é mais frequente do que o do tipo II. Os episódios maníacos costumam ter início súbito, com rápida progressão dos sintomas, frequentemente os primeiros episódios ocorrem associados da doença, os episódios podem se tornar mais frequentes, e os intervalos livres podem se encurtar (Davison, 2003).

“A característica essencial do THB I é um curso clínico caracterizado pela ocorrência de um ou mais episódios maníacos, episódios mistos. Com frequência, os indivíduos também tiveram um ou mais episódios depressivos maiores”. (Batista, pp.334,1995). Segundo o DSM-IV não existem relatos de uma incidência diferencial do THB I com base na raça ou etnia. Existem algumas evidências de que os clínicos podem tender a superdiagnosticar Esquizofrenia (ao invés de Transtorno Bipolar) em alguns grupos étnicos e em indivíduos mais jovens. O THB I é comum em homens e mulheres, existindo algumas particularidades do tipo; o gênero parece estar relacionado à ordem de aparecimento dos episódios Maníaco e

Depressivo. O primeiro episódio em homens tende mais a ser um Episódio Maníaco. O primeiro episódio em mulheres tende a ser mais um episódio Depressivo Maior. As mulheres com Bipolar I têm um risco aumentado para o desenvolvimento de episódios subseqüentes (em geral psicóticos) no período pós-parto imediato. A prevalência do THB I tem variado de 0,4 a 1,6%.

O Transtorno Bipolar I é recorrente. A maioria dos episódios Maníacos precedem ou seguem a episódios depressivos maiores em um padrão característico para a pessoa em questão. Embora a maioria dos indivíduos com Bipolar I retorne a um nível plenamente funcional entre os episódios, alguns (20 a 30%) continuam apresentando instabilidade do humor e dificuldades interpessoais ou ocupacionais. A recuperação incompleta entre os episódios é mais comum quando o episódio atual é acompanhado por aspectos psicóticos incongruentes com o humor.

Os parentes em primeiro grau de indivíduos com Bipolar I têm índices elevados do transtorno Bipolar I (4 a 24%), do Bipolar II (1 a 5%) e transtorno Depressivo Maior (3 a 24%). De acordo com o DSM-IV, com relação a estudos de gêmeos e de adoções, há evidências de uma influência genética para o Transtorno Bipolar I (Batista, 1995).

1.2.2. Transtorno Bipolar Tipo II

Períodos de hipomania, em que também ocorre estado de humor elevado e agressivo, mas de forma mais suave. Um episódio de tipo hipomania, ao contrario da mania, não chega a ser suficientemente grave para causar prejuízo em atividades de trabalho ou vida social.

“A característica essencial do Transtorno Bipolar II é um curso clínico marcado pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores, acompanhados por pelo menos um Episódio Hipomaníaco” (Batista, 1995, P.342,). Conforme o DSM-IV os indivíduos com THB II podem não ver os episódios hipomaníacos como patológicos, embora outras pessoas possam sentir-se perturbadas pelo comportamento errático do indivíduo. Muitas vezes os indivíduos não se recordam dos períodos de Hipomania se não forem lembrados por amigos ou parentes. O THB II pode ser mais comum em mulheres do que em homens. As mulheres podem estar em risco aumentado para o desenvolvimento de episódios subseqüentes no período pós-parto imediato. A prevalência é de aproximadamente 0,5% da população geral.

Embora a maioria dos indivíduos com Bipolar II retorne a um nível plenamente

funcional entre os episódios, aproximadamente 15% continuam apresentando humor instável e dificuldades interpessoais ou ocupacionais. Não ocorrem sintomas psicóticos nos Episódios Hipomaníacos, e estes parecem ser menos frequentes nos Episódios Depressivos Maiores do Transtorno Bipolar II do que nos do Transtorno Bipolar I. Os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos em Bipolar II têm índices elevados do devido transtorno, e do Transtorno Bipolar I e Transtorno Depressivo Maior, em comparação com a população geral (Batista, 1995).

Critérios do DSM-IV

- A. Presença (ou história) de um ou mais Episódios Depressivos Maiores.
- B. Presença (ou história) de pelo menos um Episódio Hipomaníaco.
- C. Jamais houve um Episódio Maníaco.
- D. Os sintomas de humor nos critérios A e B não são mais bem explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico sem outra especificação.
- E. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Batista, 1995, pp.345,346).

1.2.3. Transtorno Bipolar Misto

Períodos mistos, em que no mesmo dia haveria alternâncias entre depressão e mania. Em poucas horas a pessoa pode chorar, ficar triste, ou com sentimento de desvalia e desprazer e, no momento seguinte, estar eufórica, sentindo-se capaz de tudo, falante e agressiva (Filho, et al, 2000).

Crêterios do DSM-IV

Episódio Misto

A. São satisfeitos os critérios tanto para episódio maníaco quanto para episódio depressivo maior (exceto pela duração) quase todos os dias durante um período mínimo de uma semana.

B. A perturbação do humor   suficientemente severa para causar acentuado prejuízo no desempenho ocupacional, nas atividades sociais costumeiras ou nos relacionamentos com outros; ou para levar   hospitalização, a fim de evitar lesão ao próprio doente ou a terceiros; ou existem aspectos psicóticos.

C. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga, medicamentos, ou outro tratamento) ou uma condição médica geral (ex.hipotireodismo). (Kay, et al, 2002, p.292).

1.2.4. Transtorno Ciclot mico

Períodos em que haveria uma alteração crônica e flutuante do humor marcada por numerosos períodos com sintomas hipomaníacos e numerosos sintomas depressivos que se alterariam. Contudo, não seriam suficientemente graves nem ocorreriam em quantidade suficiente para se ter certeza de se tratar de depressão e mania. Isto  , pode ser facilmente confundida com o jeito de ser da pessoa.

O transtorno ciclot mico de humor caracteriza-se por episódios de depressão leve que se alternam com hipomania, como se fosse uma forma atenuada de transtorno bipolar de humor. A ciclotimia   geralmente diagnosticada após o período de hipomania que costuma desorganizar a vida sócio-familiar do paciente. A instabilidade de humor presente costuma causar dificuldades nos relacionamento familiar ou conjugal e interfere com a capacidade laborativa do paciente. O diagnóstico diferencial se baseia na intensidade e duração dos sintomas (Filho, et al, 2000).

Na ciclotimia, há necessidade de que o indivíduo nunca tenha tido transtorno bipolar I ou II, que nunca tenha apresentado episódio depressivo maior, mas que venha há pelo menos dois anos apresentando episódios hipomaníacos e inúmeros períodos com sintomas depressivos leves. Os dados disponíveis indicam claramente que o transtorno ciclotímico está relacionado a transtornos bipolares mais severos.

Deve-se observar que, apesar do nome, os episódios não precisam ser- e muitas vezes não são – realmente cíclicos; o diagnóstico baseia-se apenas no número de episódios. Esta subcategoria é importante, porque prediz uma evolução não muito satisfatória e pior resposta ao tratamento com lítio ou outras terapias. Os episódios são demarcados por uma remissão parcial ou completa por pelo menos dois meses, ou por uma mudança para um episódio de polaridade oposta (por exemplo, de episódio depressivo maior para episódio maníaco). O diagnóstico Transtorno Ciclotímico é feito apenas se o período inicial de dois anos de sintomas ciclotímicos está livre de Episódios Depressivos Maiores, Maníacos e Mistos (KAY et al, 2002).

O Transtorno Ciclotímico aparentemente ocorre na mesma proporção entre homens e mulheres. Em contextos clínicos, as mulheres podem estar mais propensas a buscar tratamento do que os homens. Geralmente inicia na adolescência ou começo da vida adulta. O início mais tarde na vida adulta sugere um Transtorno de Humor Devido a uma Condição Médica Geral, como esclerose múltipla. O Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Bipolar II parecem ser mais comuns entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com Transtorno Ciclotímico do que na população geral. Também pode haver um risco familiar aumentado de Transtornos Relacionados a Substâncias (Batista, 1995, p.347.).

Critérios do DSM-IV

Transtorno Ciclotímico

A. Durante pelo menos dois anos, presença de numerosos períodos com sintomas hipomaníacos e numerosos períodos com sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

B. Durante o período de dois anos mencionado acima (um ano em crianças e adolescentes), a pessoa não ficou sem os sintomas do critério A por mais dois meses consecutivos.

C. Nenhum episódio depressivo maior, episódio maníaco ou episódio misto esteve presente durante os primeiros dois anos da perturbação.

D. Os sintomas do critério A não são melhor explicados por um transtorno esquizoafetivo e não estão superpostos à esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, ou transtorno psicótico sem outra especificação.

E. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância.

F. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ao prejudicam as atividades sociais, ocupacionais ou de outras áreas importantes. (Kay et al, 2002, p.295).

2. Características do Transtorno de Humor Bipolar

Episódios de humor bipolar consistem de períodos distintos de alterações dos sentimentos, cognição, dos pensamentos e do comportamento. Costuma apresentar um início um fim bem definidos, começando em dias ou semanas e eventualmente terminando, aos poucos, após várias semanas ou meses. Como já foi observado, o TB é definido de episódios depressivos mais maníacos, hipomaníacos ou mistos.

2.1. Episódio Maníaco

A mania pode ser definida como um estado de hiperexcitação das funções nervosas, caracterizada por exaltação do humor vital. As crises de mania são comuns entre 20 e aos 50 anos. Durante a mania, a pessoa sente-se ótima e não consegue avaliar as conseqüências da irritabilidade, da desinibição e da sociabilidade na esfera pessoal. Atitudes tomadas durante a (hipo)mania podem resultar em rompimentos conjugais, com familiares e com amigos ou em ruína financeira e endividamentos. Há risco de adultério e de gravidez indesejada, de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Os pacientes podem perder o emprego, arruinar a sua reputação, passar a abusar de drogas, álcool, a combinação com álcool é desastrosa, pelo risco de acidentes, de violência ou de problemas com a polícia e a lei (Filho, et al, 2000).

O episódio maníaco pode se seguir a uma fase depressiva, instalar-se progressivamente, passando por um período de hipomania o instalar-se abruptamente, com o indivíduo se sentindo invadido por um sentimento eufórico de permanente bem-estar, atividade incessante, aceleração do curso do pensamento, fuga de idéias, descarrilhamento, relatando projetos mirabolantes, delírio de grandeza, irritabilidade e hipersexualidade. Por essa inefável sensação de bem-estar, não há consciência de estado mórbido no paciente maníaco. Um indivíduo é “promovido” de hipomania para mania (transtorno bipolar tipo II para o tipo I) pela presença de um entre três aspectos: psicose durante o episódio, gravidade suficiente para justificar hospitalização ou prejuízo acentuado do papel social.

O exame psíquico do paciente maníaco é dificultado pela exuberância dos sintomas e pela ausência de juízo crítico quanto ao estado mórbido. Seu humor oscila da euforia à irritabilidade e agressividade. O maníaco tem um baixíssimo limiar de frustração, refletido na labilidade de humor e na expressão de comportamento hostil.

Quadros delirantes ocorrem em mais de 75% dos pacientes e seu conteúdo é

geralmente de grandeza, envolvendo situações de superpoderes ou habilidades especiais que interessam ao bem-estar de toda a humanidade.

Os pacientes maníacos se apresentam autoconfiantes e superiormente dotados, capazes de dar “lições” de psicopatologia e de semiologia ao entrevistador.

O fluxo acelerado do pensamento, a extrema distraibilidade e a fuga de idéias podem levar a suspeita de distúrbios cognitivos. À medida que a mania se agrava, o paciente se apresenta mais incoerente, hostil e ameaçador. Na ausência de juízo crítico, o paciente pode executar atos anti-sociais, assédios sexuais, de exibicionismo, e partir para um consumismo exagerado, comprometendo a economia familiar. A impulsividade do paciente maníaco pode levá-lo a cometer auto-agressões e tentativas de suicídios ou, mais comumente, partir para a agressão de familiares ou de amigos (Filho, et al, 2000).

2.1.1.Sintomas da Mania

Ao contrário das pessoas que afundam no desânimo da depressão, os que se acham no estado de mania geralmente sofrem aumentos repentinos e impróprios de humor. Segundo Comer (2003) os sintomas da mania abrangem as mesmas áreas de funcionamento emocional, a motivacional, a comportamental, a cognitiva e a física – da depressão, porém a mania afeta essas áreas de maneira contrária.

Na mania, a pessoa tem emoções ativas e fortes em busca de uma saída. O humor da alegria eufórica e de bem-estar está totalmente fora de proporção com os verdadeiros acontecimentos da vida da pessoa. Uma pessoa que sofria de mania explicou: “não tenho senso de restrição ou de censura. Não sinto medo de nada nem de ninguém”. Alguns, em vez disso, ficam irritados e coléricos, especialmente quando outros atrapalham sua ambição exagerada.

No domínio motivacional

As pessoas com mania parecem querer estímulos, envolvimento e companhia constantes. Cheios de entusiasmos, conseguem achar amigos novos e velhos, interesses novos e antigos e mal percebem que seu estilo social é opressivo, dominador e excessivo.

No domínio comportamental

O comportamento é geralmente muito ativo. Elas andam com rapidez, como se o tempo não bastasse para fazerem tudo o que querem. Podem falar rápido e alto, com uma conversa cheia de piadas e tentando parecer espertas, ou, ao contrário, de reclamações e explosões verbais. O espalhafato não é incomum: vestem-se com roupas de cores berrantes, dão grandes somas de dinheiro a estranhos, ou até mesmo envolvem-se em atividades perigosas.

No domínio cognitivo

As pessoas com mania geralmente mostram fraca capacidade de julgar e planejar, como se elas se sentissem boas demais ou se movimentassem depressa demais para levarem em conta possíveis ciladas. Cheias de otimismo, raramente dão atenção quando os outros tentam moderá-las, interromper seus surtos de compra ou impedi-las de investir dinheiro de maneira imprudente. Podem também manter uma opinião altamente exageradas de si próprias e às vezes sua auto-estima se aproxima da mania de grandeza. Durante os episódios graves de mania, algumas têm dificuldade de permanecer coerentes ou em contato com a realidade.

No domínio físico

Elas sentem-se extraordinariamente cheias de energia. Em geral dormem pouco e ainda assim sentem-se e agem de maneira bem desperta. Mesmo que percam uma ou duas noites de sono, seu nível de energia pode permanecer elevado (Comer, 2003, pp.152,153).

Os sintomas da Mania incluem:

Mania clinicamente, “euforia patológica”, é muito confundida com o significado que o senso comum empresta à palavra: um hábito ou um maneirismo (Nardi, 2000).

- Humor para cima, exaltação, alegria exagerada e duradoura; irritabilidade (impaciência, “pavio curto”);
- Agitação, inquietação, física e mental;
- Aumento da energia, da produtividade, ou começar muitas coisa e não conseguir - terminar;
- Pensamentos acelerados, tagarelice;
- Achar que possuem dons ou poderes especiais de influência, grandeza e poder;

- Otimismo e autoconfiança exagerados;
 - Aumento dos gastos, endividamento;
 - Distratibilidade: tudo desvia a atenção;
 - Maior contato social e desinibição comportamento inadequado provocativo, agressividade, física ou verbal;
 - Erotização, aumento da atividade e necessidades sexuais;
 - Insônia, redução da necessidade do sono;
 - Provocador evasivo ou agressivo.
- Quando grave, ocorrem delírios ou alucinações. Estressores precedem, mais frequentemente, os primeiros episódios do transtorno do humor e poderiam provocar alterações nos estados funcionais de vários sistemas;

Crítérios do DSM-IV

Episódio Maníaco

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando pelo menos uma semana (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor for apenas irritável) e estiveram presentes em grau significativo:

1. auto-estima inflada ou grandiosidade
2. necessidade de sono diminuída
3. mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando
4. fuga de idéias ou experiência subjetiva de que o pensamento estão correndo
5. distratibilidade (isto é, atenção é desviada com muita facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)
6. aumento das atividades dirigidas a um objetivo (seja socialmente, no trabalho ou escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora

7. envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial para conseqüências dolorosas (surtos incontinentes de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos).

C. Estes sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto.

D. A perturbação do humor é suficientemente severa para causar prejuízo acentuado no desempenho ocupacional, nas atividades sociais costumeiras ou em relacionamentos com os outros, ou para necessitar de hospitalização a fim de evitar lesão a si próprio ou a terceiros, ou existem aspectos psicóticos.

E. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (drogas, medicamento ou outro tratamento) ou condição médica geral (ex. hipotiroedismo). (Kay et al, 2002, p.291).

2.2. Episódio Depressivo Maior

Segundo o DSM-IV a característica essencial do Episódio Depressivo Maior é um período de duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste. O episódio deve ser acompanhado por um sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo (Batista, 1995, p.306).

A depressão é um estado de abatimento e tristeza em que a vida parece sombria e seus desafios esmagadores. Sempre que as pessoas se sentem infelizes, são propensas a se descreverem como “deprimidas”, esse emprego vago do termo confunde uma oscilação perfeitamente normal de humor, com uma síndrome clínica. O desânimo é comum a todos, mas apenas alguns sofrem de depressão. Esta traz sofrimentos psicológicos graves e duradouros que podem intensificar-se com o passar do tempo. Os que sofrem dela podem perder a vontade de executar as mais simples atividades de suas vidas, e alguns até perdem a vontade de viver (Comer, 2003).

Os sintomas de um Episódio Depressivo Maior geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semanas. Um período padrômico que pode incluir sintomas de ansiedade e leves sintomas depressivos pode durar de semanas a meses antes do início de um Episódio Depressivo Maior. A duração de Episódio Depressivo Maior também é variável. Um episódio não tratado dura seis meses ou mais, não importando a idade de início. Na maioria dos casos

existe uma remissão completa dos sintomas, retornando o funcionamento ao nível pré-morbido normal.

O quadro de depressão pode diferir de uma pessoa para outra, algumas apresentam sintomas muito mais graves, e outras conseguem se sobressair, embora a depressão costume lhe roubar boa parte de sua eficiência e do seu prazer. A depressão apresenta sintomas além da tristeza. Segundo Comer (2003) os sintomas quase sempre agravam uns aos outros, cobrem cinco áreas de funcionamento: emocional, motivacional, comportamental, cognitiva e física.

Sintomas Emocionais

A maioria das pessoas deprimidas sentem-se tristes e desanimadas. Consideram-se como “infelizes” “vazias” e “humilhadas”; tendem a perder o senso de humor, o prazer em geral. Algumas sofrem de ansiedade, raiva ou agitação. Estes fatores podem levar as crises de choro.

Sintomas Motivacionais

As pessoas deprimidas costumam perder o desejo de levar adiante suas atividades rotineiras, relatam a falta de motivação, iniciativa e espontaneidade. Existem casos em que algumas pessoas não querem fazer nada, nem trabalhar, nem se alimentar, etc. Este estado é descrito como “paralisia da vontade”. No caso extremo, o suicídio, representando uma fuga final da vida. Muitas pessoas deprimidas se desinteressam pela vida ou desejam morrer.

Sintomas Comportamentais

Geralmente as pessoas costumam ser menos ativas e menos produtivas. Passam mais tempo sozinhas e podem ficar de cama por longos períodos. Elas podem também andar e falar mais devagar, parecendo relutantes e sem energia.

Sintomas Cognitivos

A tendência é manter uma visão negativa de si mesmo. As pessoas tendem a se julgarem inadequadas, indesejáveis, inferiores e até mesmo más. Costumam se culpar por quase todos os fatos infelizes, e raramente se valorizam por realizações positivas. Outros sintomas da depressão; o pessimismo, senso de inutilidade, desamparo e distração.

Sintomas físicos

As pessoas deprimidas podem ter incômodos físicos frequentes tais como; cefaléia, indigestão, prisão de ventre e dor generalizada, também alterações no apetite e no sono.

Os sintomas dos episódios depressivos incluem:

-Humor para baixo, tristeza ou sensação de vazio;

-Irritabilidade, desespero;

-Pouca ou nenhuma capacidade de sentir prazer alegria na vida;

-Cansaço mais fácil, desânimo, falta de energia física e mental;

-Falta de concentração, lentidão do raciocínio, memória ruim;

-Falta de vontade, falta de iniciativa e interesse, apatia;

-Pensamentos negativos repetidos amplificados, pessimismo, idéias de culpa, fracasso, inutilidade, falta de sentido na vida, doença morte (suicídio)

-Sentimentos de insegurança, baixa auto-estima;

-Interpretação distorcida e negativa do presente, de fatos ocorridos no passado e no futuro;

-Perda ou aumento de apetite e/ou peso, e redução da libido;

-Insônia, ou dormir demais sem se sentir repousado;

-Dores ou sintomas físicos difusos, sofridos, que não se explicam por outras doenças:

dor de cabeça, nas costas, no pescoço, e nos ombros, sintomas gastrintestinais, alterações menstruais, queda de cabelo, dentre outros;

Em depressões graves, alucinações e/ou delírios;

Crêterios do DSM-IV

Episódio Depressivo Maior

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estão presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas   (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Obs: não incluir sintomas claramente advindos de uma condi o médica geral ou de delírios ou alucina es incongruentes com o humor.

1. humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por exemplo, sentir-se triste ou vazio) ou observa o feita por terceiros (por exemplo, chora muito). Nota: em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.
2. interesse ou prazer acentuadamente diminuídos em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observa o feita por terceiros).
3. perda ou ganho de peso significativo sem estar em dieta (por exemplo, uma altera o de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou diminui o ou aumento do apetite quase todos os dias.
4. insônia ou hipersonia quase todos os dias.
5. agita o ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não apenas sentimentos subjetivos de inquieta o ou estar lentificado).
6. fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
7. sentimento inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não simplesmente auto-recrimina o ou culpa por estar doente).
8. capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observado por terceiros).
9. pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), idea o suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não satisfazem os cr terios para um episódio misto.

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida.

D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou uma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por luto (ou seja, após a perda de um ente querido); os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado dano funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos, ou retardo psicomotor. (Kay et al, 2002,p.304).

2.3. Episódio Hipomaníaco

Crítérios do DSM-IV

A. Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando o tempo ao longo de pelo menos quatro dias, nitidamente diferente do humor habitual não deprimido.

B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistiram (quatro, se o humor for apenas irritável) e estiveram presentes em grau significativo:

1. Auto-estima inflada ou grandiosidade
2. Necessidade de sono diminuída
3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando
4. Fuga de idéias ou experiência subjetiva de que o pensamento está correndo
5. Distratibilidade (isto é, atenção é desviada com muita facilidade para estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)
6. Aumento das atividades dirigidas a um objetivo (seja socialmente, no trabalho ou escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora
7. Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial para conseqüências dolorosas (surto incontinentes de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos).

C. O episódio está associado com uma alteração inequívoca do funcionamento que não é característica da pessoa quando assintomática.

D. A perturbação do humor e a alteração do funcionamento podem ser observadas pelos outros.

E. O episódio não é severo o suficiente para causar prejuízo acentuado no desempenho social ou ocupacional, ou para exigir hospitalização, e não existem aspectos psicóticos.

F. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou uma condição médica geral. (Kay et al, 2002, p.293).

3. Teorias Etiológicas

Apesar de se desconhecer a base causal, existe uma interação complexa entre fatores biológicos, genéticos e psicossociais para tentar explicar o Transtorno:

3.1. Fatores Biológicos

Supõe-se existir uma relação do transtorno com desequilíbrios químicos no cérebro, principalmente a níveis altos e baixos de determinados neurotransmissores. Esses fatores químicos influenciam a transmissão de impulsos nervosos de uma célula para outra e, quando seus níveis são alternados com medicação frequentemente os transtornos de humor podem ser tratados de maneira efetiva.

As teorias dos neurotransmissores, no sistema noradrenérgico, seratonérgico, dopaminérgico, que tem características semelhantes, pois todos se originam em núcleos localizados no tronco cerebral e se projetam para amplas áreas do pró-encéfalo, tem sido admitida na etiologia dos Transtornos Bipolares. Além destes, outros neurotransmissores, incluindo o glutamato, neuropeptídeos, como a colecistocinina e o hormônio liberado de corticotrofina, tem sido implicados assim como anormalidades no eixo hipotálamo- pituitário-tireóide são comuns no Transtorno Bipolar.

A mania pode estar relacionada com a atividade elevada de noradrenalina juntamente com um baixo nível de atividade da serotonina. Os pesquisadores também associaram o Transtorno Bipolar a um transporte inadequado de íons do exterior para o interior, e vice-versa, da membrana neuronal. Estudos genéticos sugerem que as pessoas podem herdar uma predisposição para anormalidades biológicas (Comer,2003,p.157).

Todavia não existem dados para indicar se o transtorno envolve basicamente um neurotransmissor específico, um local neuroanatômico particular ou um sistema fisiológico em especial. (Kay et. al,2002)

3.2. Fatores Genéticos

Quando um dos pais apresenta Transtorno Bipolar, existe de 25 a 50% de chance de o filho adquirir Transtorno Bipolar. Quanto maior à distância de o parentesco menor a possibilidade ter um Transtorno Bipolar. Estudos de gêmeos indicam que gêmeos monozigóticos apresentam maiores taxas de concordância para transtorno bipolar que gêmeos dizigóticos. Além disso, um estudo sobre adoção mostrou que as taxas de bipolaridade em indivíduos adotados longe de suas famílias biológicas é maior que às das famílias adotivas. Outra hipótese é que o THB pode estar ligado a genes específicos. Contudo apesar de todas as hipóteses levantadas não existem confirmações independentes. (KAY, et al , 2002).

3.3. Fatores psicossociais

Os acontecimentos vitais precedem, mais freqüentemente, os primeiros episódios de transtorno do humor, e poderiam provocar alterações nos estados funcionais de vários sistemas neurotransmissores e sinalizadores intraneurais. Dificuldades financeiras, doença na família, perda de uma pessoa importante, uso de drogas, entre outros, podem contribuir para o desencadeamento da doença. A base da causa do THB não é inteiramente conhecida, assim como não o é para os demais Transtornos do humor. Sabe-se que os fatores biológicos (relativos a neurotransmissores cerebrais), genéticos, sociais e psicológicos, somam-se no desencadeamento da doença. Em geral, os fatores genéticos e biológicos podem determinar como o indivíduo reage aos estressores psicológicos e sociais, mantendo a normalidade ou desencadeando a doença. O Transtorno Bipolar tem uma importante característica genética, de modo que a tendência familiar à doença pode ser observada (Holmes,1997).

4. Tratamento do Transtorno Bipolar

Atualmente não há cura para THB, entretanto, o tratamento diminui a morbidade e mortalidades associadas. Inicialmente o profissional deve realizar a avaliação diagnóstica verificando o nível funcional do paciente para chegar a uma decisão sobre o tratamento adequado. Os objetivos do tratamento incluem estabelecer e manter a aliança terapêutica, fornecer educação em relação ao THB, intensificar a adesão ao tratamento, promover padrões regulares de atividade e de sono, antecipar estressores, identificar precocemente novos episódios e minimizar os prejuízos funcionais, avaliar e tratar exacerbações agudas, prevenir recorrência, melhorar o funcionamento entre episódios e fornecer assistência e apoio para o paciente e família.

A avaliação para THB requer atenção cuidadosa e total à história clínica. Devido a uma tendência dos sintomas de depressão serem destacados pelos pacientes e nem sempre oferecem de forma espontânea informações sobre episódios maníacos ou hipomaníacos, portanto deve-se fazer um levantamento sobre períodos de tempo com desregulação de humor, labilidade ou ambos, que são acompanhados por sintomas maníacos associados. É importante destacar a avaliação quanto a segurança do paciente e de terceiros isto é os elementos da avaliação para o risco de suicídio, tendo em vista que a maioria de tentativas de suicídio está associada a episódios depressivos ou aspectos depressivos durante episódios mistos. A capacidade de prever risco de suicídio ou violência a partir de dados clínicos é um pouco limitada, conseqüentemente, pacientes que exibem idéias ou intenção de suicídio ou violência requerem monitoração rigorosa.

A hospitalização é indicada para aqueles que são considerados séria ameaça de dano a si próprio ou a outra pessoa. Se os pacientes recusarem podem ser hospitalizados involuntariamente, ou aqueles que não respondem adequadamente ao tratamento. Durante a fase maníaca, um ambiente calmo e estruturado é o ideal. Estímulos, como televisão, vídeos, músicas e até conversas animadas podem intensificar processos de pensamento e atividade maníaca. Os pacientes e suas famílias devem ser advertidos de que durante episódios maníacos, os pacientes envolvem-se em comportamentos imprudentes e que, às vezes, medidas devem ser tomadas para limitar o acesso a carros, cartões de crédito, contas bancárias e telefones.

Os indivíduos com THB costumam ser ambivalentes em relação ao tratamento, esta ambivalência pode tomar a forma de não-adesão ao medicamento e a outros tratamentos, o que pode levar a recaída. A ambivalência em relação ao tratamento deriva de muitos fatores, um dos quais é a falta de insight. Os indivíduos que não acreditam ter uma doença séria provavelmente não estarão dispostos a aderir a regimes de tratamento de longo prazo. Há pacientes que minimizam ou negam a realidade de um episódio anterior ou seus próprios comportamentos e suas conseqüências. A falta de insight pode ser especialmente pronunciada durante um episódio maníaco.

Outro fator importante para algumas pessoas é a relevância em desistir de experiência de hipomania ou mania. A energia aumentada, a euforia, a auto-estima elevada e a capacidade de centrar-se pode ser muito desejável e agradável. Os indivíduos com freqüência recordam este aspecto da experiência e minimizam ou negam os aspectos devastadores subseqüentes da mania, ou a prolongada “desmoralização” de um episódio depressivo, como resultado eles relutam em tomar medicamentos que previnam elevações no humor.

Os efeitos colaterais do medicamento, o custo e outras exigências do tratamento de longo prazo são difíceis de suportar e precisam ser discutidos de modo realísticos com o paciente e a família. Muitos efeitos colaterais são corrigidos com atenção cuidadosa a esquemas de dosagem e preparação. Os efeitos colaterais perturbadores que permanecem devem ser discutidos no contexto de uma avaliação informando dos riscos e benefícios do tratamento atual e suas possíveis alternativas.

Os pacientes e suas famílias também são beneficiados pelo entendimento do papel de estressores psicossociais e outras rupturas na precipitação ou exacerbação de episódios de humor. Sabe-se que os estressores psicossociais estão aumentados antes de episódios maníacos e depressivos, em geral eles precedem episódios em todas as fases da doença. Rupturas no ritmo social, com ciclo circadiano rompido podem desencadear episódios maníacos (mas não depressivos). É importante reconhecer sofrimento ou disfunção na família, uma vez que esse tipo de estresse contínuo pode exacerbar a doença ou interferir no tratamento.

Trabalhar com o paciente para antecipar e tratar sinais precoces de recaída. Essa identificação ajuda a aumentar o domínio sobre a doença e pode assegurar que um tratamento adequado seja instituído mais cedo possível no curso de um episódio. Os marcadores precoces de início de episódio variam de um paciente para o outro, mas são com freqüência previsível por meio de episódios para um indivíduo. Muitos deles experimentam alterações nos padrões de sono como primeiro sinal de desenvolvimento de um episódio. Outros sintomas podem ser

bastante sutis e específicos (p.ex., participar de atividades religiosas mais ou menos freqüentemente do que o usual). A identificação desses sinais e sintomas precoces é facilitada pela aliança terapêutica.

O tratamento de manutenção é recomendado após um único episódio maníaco. Ainda que tenham sido feitos poucos estudos envolvendo pacientes com THB II. A consideração do tratamento de manutenção para essa forma de doença também é justificada. Os objetivos primários do tratamento incluem prevenção de recaída, redução de sintomas subliminares e do risco do suicídio. Além desses, também se pretende reduzir a freqüência de ciclagem e instabilidade do humor, bem como melhorar o funcionamento global. A farmacologia é empregada de forma a gerar boa tolerabilidade e não predispor o paciente à não-adesão.

Em geral os objetivos para o tratamento de depressão aguda em pacientes com transtorno bipolar são idênticos aqueles com depressão não-bipolar. O objetivo primário é a remissão dos sintomas de depressão maior e o retorno a níveis normais de funcionamento psicossocial. Preocupações em relação à precipitação de episódio maníaco ou hipomaníaco introduzem questões de manejo no tratamento de depressão bipolar que não existem na depressão unipolar. (Dornelles, et al, 2005)

O aparecimento do TH bipolar deve-se a uma combinação de fatores, em que aspectos biopsicossociais desempenham papel importante no desencadeamento da doença. Assim sendo, tratamentos medicamentosos, orientações sobre a doença e orientação psicológica estão indicados. O importante é a combinação ideal para cada paciente. Há vários tipos de tratamento disponíveis para os THB. Podem ser usados isoladamente ou associados, dependendo da gravidade da doença. (Neto, et. Al. 2003, p398).

O curso é variável, habitualmente se experimentado o primeiro episódio maníaco aos 20 anos, mas pode começar na adolescência ou após os 50 anos de idade. O uso de álcool ou substâncias pioram o prognóstico clínico. A aderência ao tratamento é fundamental e, bastam alguns dias de interrupção de medicação ou diminuição para que o paciente apresente exacerbação de sintomas e mais períodos de novas crises. A boa relação medico-paciente, esclarecendo dúvidas, pedindo socorro em crises, discutindo fatores estressores, ajudam no melhor prognóstico.

4.1. Hospitalização

Indicada quando a gravidade dos sintomas durante as crises ameaça o bem estar do paciente. Nestes casos, o paciente receberá cuidados mais constantes por uma equipe especializada. Muitas vezes, porém, nas crises menos severas, o paciente pode ser tratado no ambulatório (Kaplan & Sadock, 1999,p.1267).

4.2. Medicamentos

As medicações designadas como “estabilizadoras do humor” são geralmente prescritas para ajudar a controlar o transtorno bipolar. Dispõe-se de vários tipos de estabilizadores do humor. De modo geral, as pessoas com THB mantêm o tratamento com estabilizadores do humor por um período prolongado. Outras medicações são adicionadas quando necessário, tipicamente por períodos mais curtos, para tratar episódios de mania ou depressão que irrompam apesar do estabilizador do humor. O lítio é com frequência muito eficaz no controle da mania e na prevenção da recorrência de episódios tanto maníacos quanto depressivos. Medicações anticonvulsivantes, como valproato ou carbamazepina, também podem ter efeitos estabilizadores do humor e podem ser particularmente úteis em episódios bipolares de tratamento difícil.

O tratamento envolve manejo nas fases agudas e na terapia de manutenção. Os quadros agudos demandam contenção imediata dos sintomas através da farmacologia: estabilizadores do humor, antidepressivos (se necessário) antipsicóticos (se necessário) e, muitas vezes internação hospitalar para proteção do paciente. Os episódios de depressão aguda são tratados, preferencialmente, com antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina, pois são maiores indutores de “virada” maníaca (eufórica) ou hipomaníaca. As fases maníacas podem ser controladas com carbonato de lítio, Acido valpróico, Carbamazepina, lomotrigina, gabapentina e topiramato. Existem substâncias que propiciam a desestabilização do quadro do humor e que devem ser identificados. (triciclicos, esteróides, álcool e os estimulantes). Se sintomas psicóticos estiverem presentes, é necessária a combinação de drogas, Isto é, mais de um estabilizador do humor associado, antidepressivos, mesmo na fase de manutenção.

Orientação psicoeducacional - Se o medicamento não for tomado, de nada adianta receita-lo. O objetivo é aumentar o sucesso do tratamento. O paciente precisa saber a doença que tem, quais sintomas iniciais, quais os benefícios da medicação, como lidar com a doença no ambiente social e identificação de fatores de risco individuais para novos episódios. O

tratamento deve ser planejado para atender necessidades a curto, a médio, e longo prazo. Na orientação acerca da doença, também deve ser abordado questões como preconceito (Neto, et al. 2003).

4.3. ECT

Segundo Davison (2003), a eletroconvulsoterapia provou ser útil àqueles pacientes que não respondam à medicação, que apresentam alto risco de suicídio, em gestantes e idosos (pois é mais seguro).

O seu uso ficou mais limitado com o incremento de novos psicofármacos. A maioria dos profissionais reconhece os riscos envolvidos (confusão e perda de memória, etc). Os clínicos geralmente só recorrem à ECT(eletroconvulsoterapia) quando a depressão persiste e depois de tratamentos menos drásticos terem sido tentados sem resultado. Dado que o suicídio é uma possibilidade real entre pessoas deprimidas e levando-se em conta a postura moral que dá valor à preservação da vida, o uso da ECT, pelo menos depois do fracasso de outros tratamentos, é considerado por muitos profissionais um procedimento adequado. Pacientes maníacos com sintomas severos como exaustão, agitação extrema e delírios e os que não toleram o uso de antipsicóticos e estabilizadores do humor, podem ter boa resposta a ECT no período agudo podendo, depois de atenuada a sintomatologia, continuar o tratamento medicamentoso. As principais indicações para o tratamento são; o insucesso do tratamento medicamentoso, efeitos adversos, agravamento das condições clínicas do paciente. A eletroconvulsoterapia contudo é considerado o tratamento mais controverso e polêmico da psiquiatria.

4.4. Psicoterapia

O transtorno bipolar não se limita meramente a um problema bioquímico, mas também psicológico e social, envolve dificuldades pessoais, familiares e sociais. Embora o tratamento psiquiátrico e farmacológico sejam componentes de suma importância, também existem algumas formas específicas de psicoterapias que são componentes essenciais ao plano de tratamento. Pacientes com o THB sofrem as consequências psicossociais de episódios passados, devido à contínua vulnerabilidade e episódios futuros e à sobrecarga de aderir a um plano de tratamento de longo prazo que pode envolver efeitos colaterais desagradáveis. Além disso, muitos pacientes têm sintomas residuais ou instabilidade de humor clinicamente

significativa entre episódios maiores. Os pacientes e familiares sofrem durante anos, acumulando ressentimentos, queda do poder aquisitivo como também perdas irreparáveis nos relacionamentos afetivos, nos estudos, e no trabalho, significando separações, repetências, incapacidade de adquirir uma profissão, perda do emprego, invalidez precoce ou mesmo morte (Neto, et al, 2003). Os objetivos primários dos tratamentos psicoterapêuticos são reduzir o sofrimento e melhorar o funcionamento do doente entre os episódios, bem como diminuir a probabilidade e a gravidade de episódios futuros. A maioria dos pacientes com transtorno bipolar luta com alguns dos seguintes problemas;

- Conseqüências emocionais de episódios de mania e depressão.
- Consciência de ter uma doença mental potencialmente crônica.
- Problemas associados à estigmatização.
- Atrasos ou desvios maiores no desenvolvimento.
- Medos de recorrência e conseqüente inibição de funcionamento mais autônomo.
- Dificuldades interpessoais, incluindo questões relativas a casamento, família.
- Problemas acadêmicos e ocupacionais.
- Outros problemas legais, sócias e emocionais decorrentes de comportamento imprudente, inadequado, retraído ou violento que pode ocorrer durante os episódios (Dornelles, et al, 2005).

A maioria dos pacientes maníacos não consegue beneficiar-se de intervenções psicoterápicas no meio de um episódio maníaco, pois a essência da mania reside na negação de problemas. Entretanto, depois que o paciente se tenha tornado eufímico em decorrência da estabilização farmacológica, as intervenções psicoterapêuticas podem ser tanto na prevenção de episódios futuros quanto em lidar com sentimentos de vergonha e culpa associados à conduta embaraçosa que tenha ocorrido durante o episódio maníaco (Kaplan & Sadock, 1999). Embora uma abordagem psicoterapêutica específica possa ser necessária para tratar esses problemas, a forma, a intensidade e o foco da psicoterapia variam com o passar do tempo para cada indivíduo. As abordagens de tratamento melhor estudadas foram desenvolvidas em torno de terapias psicoeducacionais, interpessoais, familiares, e cognitivo-comportamental.

As fortes mudanças no humor, na personalidade, nos pensamentos, e no comportamento inerentes ao THB frequentemente aprofundam efeitos nos relacionamentos interpessoais. A fragilidade afetiva, a extravagância financeira, as flutuações nos níveis de sociabilidade, as indiscrições sexuais e os comportamentos violentos são todos claramente fonte de desordem, confusão e conflito e se refletem naqueles que sofrem dessa doença e em seus

relacionamentos. Neste sentido a terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, apresenta alguns objetivos no tratamento do bipolar:

- Educar pacientes relacionados ao TB sobre abordagem do tratamento e dificuldades comuns associadas a patologia.
- Ensinar para os pacientes um método para monitorar a ocorrência, a severidade e o curso dos sintomas maníacos e depressivos.
- Facilitar a aderência aos regimes medicamentosos prescritos.
- Fornecer estratégias não-farmacológicas, especificamente habilidades cognitivas, para dar conta de problemas cognitivos, afetivos e comportamentais associados com sintomas maníacos e depressivos.

A abordagem da TC ao tratamento está baseada em muitas suposições subjacentes. A questão é que os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos das pessoas estão fortemente conectados, cada um influencia o outro. Mudanças de humor e alterações no processo cognitivo, com o início da depressão e mania, inevitavelmente influenciam o comportamento. As respostas comportamentais podem reforçar o defeituoso processo de informações e estados afetivos que estimulam o comportamento (Dorneles, et al, 2005).

Na terapia de grupos, alguns terapeutas acreditam que tratar simultaneamente várias pessoas é melhor que tratar cada uma sozinha. A terapia de grupo permite tanto ao paciente quanto ao terapeuta ver como a pessoa interage com as outras se ela é extremamente ansiosa e calada, cronicamente autocrítica ou hostil e agressiva, essas tendências aparecerão rapidamente em um grupo. Outra vantagem é que um bom grupo oferece apoio social, um sentimento de que a pessoa não é a única no mundo com problemas. Os membros também podem ajudar uns aos outros a aprender novos comportamentos sociais. As interações podem levar as pessoas a insights sobre seu próprio comportamento.

A psicoterapia de grupos, em conjunto com medicamentos adequados, também ajuda pacientes a tratar de problemas como; adesão ao tratamento, adaptação a uma doença crônica, regulação da auto-estima e manejo de problemas conjugais, bem como outras questões psicossociais. Os grupos de apoio fornecem informação útil sobre THB e seu tratamento. Os pacientes nesses grupos beneficiam-se de ouvir as experiências de outras que estão lutando com questões como negação versus aceitação da necessidade de medicamentos, problemas com efeitos colaterais e como suportar outros aspectos associados à doença e ao seu tratamento (Dornelles, et al, 2005).

5. Equipes de trabalho

A necessidade de trabalho em equipe na área de saúde mental surge da constatação de que não se pode conhecer tudo sobre o sujeito que sofre, com apenas uma disciplina, ou seja com apenas um campo do saber (seja ele a medicina, a psicologia ou a enfermagem).

Ao cuidar de um paciente, é preciso ter em vista não só os aspectos clínicos relacionados a sua doença, mas também os aspectos psicológicos, sociais, e econômicos e culturais do problema. Dessa maneira para contornar esses problemas, os profissionais de saúde se reúnem em equipes para poder ter uma visão mais ampla do paciente e do contexto no qual ele está inserido. É importante lembrar que o fato de profissionais de diferentes especialidades trabalharem juntos, no mesmo local, não quer dizer que eles estejam trabalhando de forma integrada.

Em um hospital, centro de saúde, e outros, podem existir profissionais de várias disciplinas, de várias formações, mas eles nem sempre trabalham juntos, pois não trocam informações sobre o paciente. O paciente pode passar pelo médico, pelo auxiliar de enfermagem, pelo nutricionista, psicólogo, mas cada um só vê a sua parte. Pode até ocasionar erros pela falta de sintonia entre os vários profissionais. Este tipo de trabalho é conhecido como pluridisciplinar, ou seja, várias disciplinas trabalhando juntas, mas sem trocar informações.

Outra maneira de trabalhar em equipe é o trabalho multidisciplinar. Neste caso, às várias disciplinas, os vários profissionais trocam idéias e informações sobre a sua prática. Reúnem-se regularmente, debatem os seus pontos de vista e complementam os seus conhecimentos sobre os problemas em questão, indo além dos limites restritos às suas profissões. Existem também as equipes interdisciplinares, ou seja, equipes nas quais os métodos e técnicas de uma determinada disciplina são utilizados por profissionais de áreas diferentes. Elas são muito comuns em serviço de atenção diária em saúde mental, nas quais os profissionais trabalham em conjunto, atuando de acordo com os procedimentos acertados na equipe (D'INCAO,1992).

6. Conseqüências psicossociais

Pensar a respeito de THB, nos remete a várias questões que envolvem o sujeito, a família, e o seu convívio social. O sujeito, a princípio, terá que vivenciar uma doença mental, para a qual o tratamento ainda é sintomático, isto é, tratam-se os sintomas e não a causa da patologia, pois, permanece desconhecida. Também não se fala em cura, mas em controle dos sintomas e diminuição do sofrimento. Concernente ao controle de sintomas, o paciente é submetido a tratamentos medicamentosos, que nem sempre são eficazes, além de ter uma série de efeitos colaterais, e assim o sujeito acaba fazendo uso de uma infundável relação de remédios, o que pode provocar uma maior resistência no mesmo quanto aos fármacos. É importante destacar que a vivencia desta incerteza para o paciente, é uma vivencia dolorosa. A sua recusa muita das vezes esta relacionada aos efeitos indesejáveis da medicação (fato este, que às vezes pode ser ignorado pelos cuidadores). Muita das vezes o paciente é forçado a tomar o remédio. Esta violência trará danos na relação terapêutica, que se baseia na confiança e o próprio tratamento poderá ser comprometido.

O sujeito é cercado por uma serie de limitações; terapêuticas, psicossociais, etc. Além dele ser portador de um transtorno para o qual ainda não se fala de cura, mas de diminuição do sofrimento, esta questão por si só configura um sofrimento para o sujeito, e para a família. Além disso, existe o “peso” do estigma social para o termo doente mental.

A sociedade apresenta os seus padrões de normalidade, ou seja, o que é aceitável dentro dos padrões estéticos, de comportamento e atitudes, e outros, para os membros dessa comunidade. Essas formas podem variar em relação ao gênero, ao poder aquisitivo e até a ocupação do indivíduo. Contudo toda pessoa que não estiver dentro desses padrões é vista como diferente ou anormal. Os indivíduos fora da norma são chamados “estigmatizados” porque apresentam alguma característica física, social ou cultural que o diferenciam do grupo; marca ou estigma. Essa característica os faz serem percebidos como diferentes do resto do grupo e dificultam, quando não inviabilizam, a sua plena integração naquela comunidade. O que é comum a todos esses grupos é que a pessoa que apresenta o estigma se relaciona com a comunidade através dele. Aquela característica física, cultural ou familiar que o distingue das pessoas ditas normais, obscurece todas as suas outras características pessoais.

A relação com a sociedade com o estigmatizado pode ser de super proteção ou de rejeição, mas nunca de indiferença. E, de um jeito, ou de outro, o grupo estará, mesmo sem se dar conta, impedindo aquela pessoa de ter um desenvolvimento e uma vida dentro dos padrões

de normalidade que aquela comunidade adota assim o sujeito é “cristalizado” em sua condição de doente, onde na maioria das vezes a sua fala perde a “importância”, o que ele pensa, muito menos, mas este sujeito pode ser reduzido a sua patologia? A impressão que se tem é que esse sujeito acabará lutando com o estigma de doente, e a sua “imutabilidade”, com a sociedade, e as vezes com a família, trata-se de uma luta de sobrevivência, de sobreviver como um sujeito, de ter o seu lugar, a sua individualidade, a sua identidade preservada (Melman, 2001).

O trabalho com portadores de transtorno mental, deve ser uma luta constante contra o preconceito (que pode parecer, por exemplo, na forma de medo em relação ao sujeito) que a sociedade apresenta em relação a essas pessoas. A doença mental traz consigo vários estigmas, como o da periculosidade (todo doente mental é perigoso) e o da incapacidade(o doente mental não é capaz de trabalhar ou estudar). Cabe ao profissional, a família, combater essas idéias e garantir a plena inserção do sujeito na sua comunidade. Acontece, no entanto, que muitas vezes o próprio profissional e a família, não se sentem muito seguros e acabam reproduzindo esses preconceitos e lidam com o sujeito ou de maneira superprotetora, infantilizando-o, ou rudemente, escondendo o medo que eles mesmos sentem. Segundo Melman(2001), nossa sociedade não esta preparada para o desafio de acolher e cuidar das pessoas que adoecem mentalmente. Ainda predomina uma visão preconceituosa em relação a doença mental, o que acaba resultando na marginalização afetiva e social de um grande numero de pessoas que necessitam de cuidados terapêuticos.

Segundo Melman(2001) o universo de pacientes com história de cronicidade, é comum alguns elementos como isolamento, preconceito, distanciamento das relações afetivas, exclusão social. Para o autor, romper com o pessimismo e com a imagem de imutabilidade que envolve a todos os participantes (profissionais, pacientes, parentes, amigos) torna-se uma questão prioritária. Nesse sentido, o trabalho de reabilitação psicossocial passaria a ser entendido como um processo visando reabilitar e desenvolver novas atitudes e comportamentos nos pacientes, mas também nos familiares e nos técnicos, de maneira a promover movimentos inovadores de produção de trocas afetivas e de sociabilidade.

Quando se fala que, para entender melhor uma pessoa, tem de tentar compreender o contexto no qual ela vive, atentar para os grupos aos quais ela pertence. É importante saber que essas pessoas têm idéias, valores, concepções sobre a vida, saúde e doença que nem sempre são iguais as da maioria. É necessário ter a sensibilidade de entender e respeitar essas diferenças, já que, se esses valores ou padrões são diferentes, e com isto poderá gerar um conflito. Este conflito pode surgir quando um profissional em uma posição assimétrica, pode

ter uma visão de mundo diferente, e com isso através do ele venha usar o seu poder para impor a sua visão, a sua cultura, etc.

A família aparece nesse cenário, como um grupo muito importante na sociedade. É ele quem vai formar o indivíduo, preparando-o para a vida em comunidade. Assim toda mudança social se reflete no grupo familiar e toda mudança na estrutura familiar tem reflexos na sociedade. A família do sujeito estará sempre presente no convívio terapêutico. Estará presente tanto fisicamente, ou no discurso do sujeito, fazendo com que até mesmo a sua ausência seja significativa. Desta maneira é importante atentar para a dificuldade enfrentada por algumas famílias, de lidar com um parente diagnosticado como sofrendo de transtorno mental. Os preconceitos que sofre o sujeito vão refletir na família, que pode, por isso, querer negar a doença, ou ainda, abandonar o paciente. A efetiva participação da família e dos amigos como os grupos mais importantes na vida do sujeito será uma ferramenta fundamental para o sucesso da prática terapêutica.

É importante trabalhar a competência da família, pois, geralmente no seu desespero se acha impotente. Geralmente o ambiente desses familiares é permeado por vários sentimentos decorrentes do preconceito, da exclusão, e pelas inúmeras barreiras encontradas no decorrer do tratamento. Aproximar-se dessas famílias implica tomar contato com sentimentos de muita dor e sofrimento. Elas se sentem paralisadas, fechadas em um universo tenso, reduzido, carentes de informação qualificada e amparo social, etc. Com o tempo, estes familiares acabam empregando a maior parte de seu tempo no cuidado com o sujeito adoecido, essa dinâmica leva essa família a se organizar em torno das vivências da doença, desestruturando as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano.

Os familiares precisam de ajuda, e muita. Às vezes os parentes que cuidam de uma pessoa adoecida, ainda são desrespeitados, não são devidamente escutados, são até mesmo responsabilizados e julgados por eventuais danos, etc. Contudo essa família precisa ser acolhida, escutada e informada acerca do transtorno, passando a entender melhor o sujeito e as configurações da doença. Criar um vínculo terapêutico com a família também é importante, e, além disso, potencializar suas capacidades. O processo terapêutico em parceria com a família torna-se mais eficiente, mesmo porque o indivíduo em tratamento está inserido numa família, e esta precisa de uma base, de um suporte.

Quando um familiar procura um profissional de saúde mental para tratar de seu parente enfermo, surge a oportunidade de que este profissional possa acolher o sofrimento não somente da pessoa adoecida, mas também do familiar que o acompanha. Abrem-se as portas

para um pedido de ajuda e suporte para enfrentar as dificuldades no relacionamento com a patologia. Esse é um momento delicado e fundamental.

Os familiares precisam de muita compreensão. É muito comum as dúvidas, os questionamentos sobre a doença e o seu tratamento. Por isso é importante que os profissionais ofereçam informação detalhada, ou qualificada acerca da ação dos fármacos e de seus possíveis efeitos colaterais. É necessário explicar o significado de um determinado diagnóstico, não explicam os motivos dos procedimentos terapêuticos. Além disso, os familiares se sentem sozinhos e impotentes para compreender suas vivências. É necessário ajudar a família, sem, contudo culpabilizar ou vitimizá-la. Nem culpada, nem inocente, nem vítimas. É possível escapar da necessidade de encontrar um responsável por todos os eventuais infortúnios da vida. Os resultados de algumas investigações permitem afirmar que o ambiente familiar é um estressor, e não um agente causal, o que de fato reforça a questão de um suporte terapêutico familiar adequado (Melman, 2001).

7. Estudo de caso

Identificação: Maria, sexo feminino, 61 anos, nascida em 24 de fevereiro de 1944, natural de Luziânia (GO), evangélica, é casada com Pedro, 62 anos, residente em Brasília, Asa norte (um bairro de classe média alta), do lar, primeiro grau completo. Tem uma filha casada, que tem um casal de filhos, e um filho, também casado, com três filhas (estava em crise conjugal durante a crise da paciente). A paciente nasceu de parto normal, é a quarta filha de uma prole de nove filhos. Durante a infância não teve doenças graves. Apresentou apenas viroses comuns e sem complicações, teve uma infância normal. Na fase adulta, foi internada diversas vezes, devido a complicações gestacionais (hemorragias).

O pai faleceu com 65 anos, com complicações cardíacas, era etilista. A mãe é aposentada, nega etilismo, tabagismo. Nega outras doenças. A sua irmã mais velha (com 65 anos de idade), refere episódios frequentes de insônia, faz uso de medicamentos, e a irmã mais nova já foi hospitalizada (com algum transtorno mental), não faz uso de nenhum medicamento. A paciente relata:

“eu não sei se isto tem alguma coisa haver, eu tenho parentes que já foram internados com esta doença. Dois tios, por parte do meu pai, os outros me disseram que eles eram loucos, mas não eram agressivos, eles faziam as coisas sem saber” sic.

A paciente foi diagnosticada como portadora do transtorno de humor bipolar. Apresentou a primeira crise no ano de 2003, e a segunda no ano de 2004. A primeira crise, segundo a paciente; começou quando a família mudou-se para o condomínio de casas em Sobradinho (bairro de classe média situado no Distrito Federal), a casa era bastante grande, e o lugar era muito isolado, e neste período ela começou a sentir angústia e insônia. Segundo a percepção dos familiares ela começou a gritar e a bater palmas (a paciente disse que não se lembra do fato ocorrido), e também logorréica (pressão sobre o discurso), e hiperativa (aumento na atividade). Segundo eles, ela ficou muito agitada, e depois teve queda da energia, apresentava muita tristeza e não queria sair de casa, às vezes nem se levantar da cama. Nesta época realizou tratamento medicamentoso, não necessitando de hospitalização.

O esposo relata que a paciente *“não fazia uso adequado dos remédios” sic.* A duração da crise foi de aproximadamente oito meses. E em menos de seis meses, uma outra crise iniciou-se. Nesta época a família havia retornado ao bairro da Asa Norte, residindo na casa anterior. Segundo o Sr. Pedro; *“começou com a insônia, e depois foi piorando... aí ela ficou*

uma parte da noite sem dormir, e os remédios já não faziam mais efeito” sic. Neste período de caráter episódico, caracterizado por acessos de inquietação, comportamento impulsivo, provocador e evasivo, às vezes agressivo (não aceitava que sua opinião fosse contrariada).

A paciente fez vários planos, que na maioria das vezes ficaram inacabados, a exemplo de uma viagem para São Paulo, a fim de comprar mercadorias, para fazer um “*grande negócio” sic.* Com isto predatou muitos cheques, e não vendeu a mercadoria. Fez um grande evento, com muitos convidados, inclusive de vários estados e também dos EUA. A razão deste evento era a divulgação de um grande projeto (segundo a paciente era um projeto que traria muitos benefícios para a sua família e para a comunidade). Fez muitos compromissos com cheques, e até mesmo com nota promissória, e outros que a família prefere não falar. Em função das muitas dívidas, o seu esposo vendeu o automóvel e alguns objetos de uso pessoal.

A princípio a paciente se mostrava muito confiante, com aspecto dominante, parecendo estar sempre alerta, se sentia muito importante, ria muito, um humor bastante alterado. Costumava falar com muita gente, principalmente durante os cultos. Em uma ocasião saiu abraçando quase todos os membros da igreja. Queria sempre falar ao microfone (conforme a liturgia do culto da igreja na qual a paciente é membro, é comum durante os cultos que sejam dadas algumas oportunidades a algumas pessoas que desejam se expressar para as demais, porém, a paciente não gosta de se expor publicamente em seu estado assintomático), segundo a família estes comportamentos são atípicos, ela é uma pessoa bastante quieta, recatada e tímida. Neste período não fazia uso da medicação, pois se considerava “ótima”, inclusive se desfez de grande parte da medicação. Costumava dar objetos a terceiros.

Neste episódio a paciente apresentou hipatividade motora, batia palmas continuamente, e devido a estes aspectos foi levada ao serviço de pronto-socorro de um hospital geral de Brasília, e lá ela dizia que estava ouvindo Deus falar com ela pelas caixas de som do hospital. Segundo relato, “*ninguém podia ouvi-lo, somente ela” sic.* Foi devidamente medicada e retornou para sua residência. Apresentou bastante resistência à medicação, devido aos efeitos colaterais. Chegou a conversar com as formigas do seu jardim, e estava ficando bastante agitada e até mesmo agressiva. Como persistia o quadro de logorréia, impulsividade, insônia, foi cogitada a internação da mesma, sem o seu consentimento.

A paciente ficou muito aborrecida, irritada, por ter sido hospitalizada. Dizia; “*não estar doente, e por isso não havia sentido estar ali, lugar que só tinha drogado e doidos”, chegou a chamar o seu esposo de “traíra” sic.* Ela ficou internada oito dias numa clínica particular (sem convênio). Este momento foi vivenciado com muita dor, segundo o esposo, disse se sentir “arrasado”, ele relata o fato muito emocionado. Disse que não tinha coragem de visitá-

la, não tinha coragem de vê-la naquela situação. *“Ela me ligava pedindo para retirá-la de lá, dizia que eu não a amava. Cada vez que ela me ligava eu não dormia” sic.* Na primeira visita que conseguiu “forças” para visitar a sua esposa, ele disse que ficou noites sem dormir, necessitando de cuidados médicos.

Durante este período a família todos os dias visitava a paciente, com exceção do seu esposo, que disse que sabia que se fosse lá, não teria coragem de deixá-la. Desta forma, na segunda visita do senhor Pedro, a sua esposa o convenceu de retirá-la da clínica, alegando que iria em casa apenas para pegar algumas roupas, e que depois voltaria, o que de fato não ocorreu, contudo este aspecto foi visto positivamente pela família; *“eu acho que em casa ela teve uma melhor recuperação” sic.* A paciente aderiu ao tratamento medicamentoso, mesmo não estando internada. E segundo a paciente, ela está voltando ao seu ritmo anterior, apesar da persistência da insônia e dos efeitos indesejados de alguns remédios. Está fazendo uso de carbolitium 300mg, daforin 20mg, e rivotril. O acompanhamento ambulatorial é realizado na psiquiatria em hospital da rede pública de saúde.

Durante a entrevista a paciente respondeu às perguntas prontamente, embora tenha apresentado algum constrangimento em falar da patologia. Estava apreensiva, contudo quando foi perguntado sobre o ocorrido, relatou os fatos de maneira clara, compreensiva, embora tenha respondido vagamente, a algumas perguntas. Ao contar os fatos que antecederam sua internação demonstra vergonha, e diz não gostar de falar do que já passou.

8. Discussão

A paciente Maria com 61 anos de idade, teve a primeira crise de Transtorno de Humor Bipolar aos 60 anos. Neste período foi diagnosticado THB tipo II, com episódios de hipomania e depressão. De acordo com a teoria a idade média do aparecimento do THB é entre 20 a 50 anos, acima disto pode indicar alguma condição médica geral, por exemplo; hipotireodismo, o que neste caso não foi observado (Batista,1995).

Eventos da primeira crise

Segundo relato da paciente na entrevista, a crise começou depois da mudança da Asa Norte (bairro de classe média alta de Brasília) para um condomínio em Sobradinho (bairro de classe média do Distrito Federal), e diz ter sentido falta do seu convívio social; “*senti muita falta, lá eu era muito isolada, muito sozinha*”sic. É importante observar que os fatores psicossociais, como dificuldade financeira, rupturas com o ritmo social, com o ciclo circadiano rompido, e outros, podem desencadear o transtorno (Dornelles, et al, 2005). De fato, a paciente havia voltado a poucos meses dos EUA, e estava com a qualidade do sono prejudicada, passando a dormir menos do que o habitual. Um tratamento adequado ao paciente pode identificar certos indicadores precoces, que neste caso é a insônia. Muitos pacientes experimentam alterações nos padrões de sono como primeiro sinal de desenvolvimento de um episódio, e além da identificação, que é um processo facilitado através da aliança terapêutica, os sinais precoces devem ser devidamente tratados (Dornelles, et al, 2005).

Outro aspecto citado pela paciente foi o da mudança do seu convívio social. Segundo a família, a paciente desempenhava junto à comunidade, um papel social muito importante, fator que a levava a ser constantemente requisitada por várias pessoas. Ela se destacava pelo seu dinamismo e habilidades na organização de eventos, como; almoços, reuniões, e festas em sua comunidade. No entanto, após a mudança, ela se sentiu isolada e deslocada do seu meio e das suas atividades, de fato este aspecto pode ser considerado como um estressor social, mas não um fator causal, tendo em vista que a base causal do THB não é conhecida, no entanto os fatores biológicos, genéticos, e psicossociais somam-se no desencadeamento da doença. Em

geral, os fatores genéticos e biológicos podem determinar como um indivíduo reage aos estressores psicológicos e sociais, mantendo a normalidade ou desencadeando a doença.

Ainda falando da etiologia, um dos aspectos consideráveis é o fator genético. A paciente relata ter dois tios, por parte de seu pai, e duas irmãs, com transtorno mental, contudo não sabe identificá-los; *“Dois tios, eu não convivi com eles, os outros me disseram que eles eram loucos, não eram agressivos, eles faziam as coisas sem saber” sic.* Segundo Kay (2002), quando um dos pais apresenta Transtorno Bipolar, existe 25 a 50% de chance do filho adquirir o devido transtorno. Outra hipótese é que o THB pode estar ligado a genes específicos. Contudo apesar destas hipóteses levantadas, não existem confirmações independentes.

Neste período, houve muita resistência por parte tanto da paciente, como da família, em buscar tratamento clínico, especialmente da psiquiatria e do serviço de psicologia. Como o quadro evoluiu, e a paciente ficou depressiva, a família procurou atendimento, a princípio com o neurologista (devido à insônia), o qual a encaminhou aos serviços psiquiátricos. Houve uma remissão do episódio depressivo, devido à medicação. Contudo com esta “estabilização”, a paciente passou a recusar o uso da medicação, com exceção do Frontal (para insônia), por talvez considerar-se recuperada.

Observa-se aqui, a dificuldade da família e da paciente em aceitar a doença, que além de ser “mental” é crônica. Talvez tenha sido um dos motivos que os fez procurarem em último caso os recursos psiquiátricos. A doença mental traz consigo vários estigmas, como o de periculosidade (“todo doente mental é perigoso, a paciente fez distinção quando falou que os seus tios não eram agressivos”) e o da incapacidade, cabe ao profissional, a família, combater essas idéias e garantir plena inserção do sujeito em sua comunidade (Melman,2001).

A aliança e o vínculo terapêutico também são instrumentos necessários para o êxito de um tratamento. No caso em questão a paciente foi atendida, medicada, mas não houve um vínculo, nem a aliança com os profissionais. Foi atendida por diversos profissionais, sem, contudo ser informada acerca da patologia, do tratamento, apenas fazia o uso da medicação. Segundo o seu esposo eles receberam apenas uma orientação superficial. É importante saber, que neste período (na primeira crise), a família já havia aderido ao tratamento, porém estava enfrentando inúmeras barreiras, principalmente a falta de orientação.

O paciente precisa saber a doença que tem. Quais os sintomas iniciais, quais os benefícios das medicações, como lidar com a doença no ambiente social e identificação dos fatores de risco individuais para novos episódios. O tratamento deve ser planejado para atender necessidades a curto, a médio, e em longo prazo (Neto, et al, 2003). Na orientação sobre o transtorno, também devem ser abordadas questões como o preconceito. Segundo

Melman (2001), os preconceitos que sofre o sujeito vão refletir na família, que pode, por isso, querer negar a doença, ou ainda abandonar o paciente. A efetiva participação da família e dos amigos como os grupos mais importantes na vida do sujeito será uma ferramenta fundamental para o sucesso da prática terapêutica. Foi perguntado ao cônjuge se houve preconceito e ele respondeu; *“sim, muitos olhavam diferente, a gente encontra algumas barreiras, mas graças a Deus a maioria foi bastante compreensiva, tive o apoio de muitos amigos” sic.*

Os indivíduos com THB costumam ser ambivalentes em relação ao tratamento, esta ambivalência pode tomar forma de não-adesão, principalmente se o paciente não tiver sido bem esclarecido. Os indivíduos que não acreditam ter uma doença séria, provavelmente não estarão dispostos a aderir a regimes de tratamento em longo prazo. Há pacientes que minimizam ou negam a realidade de um episódio anterior ou seus próprios comportamentos e conseqüências (Dornelles, et al, 2005).

A segunda crise

A segunda crise ocorreu em menos de um ano, a princípio com episódios leves de hipomania, evoluindo para um episódio maníaco e depressivo. Segundo a família a paciente não fez um bom acompanhamento médico, e logo parou de usar a medicação. O fato dela ter interrompido a medicação pode ter sido devido a alguns motivos, tais como achar que já está melhorada, ou a questão do estigma que acompanha os remédios “psiquiátricos”, de ser vista como uma pessoa doente, e também pelos efeitos causados pelos fármacos. A orientação qualificada é fundamental para dar sustentação ao tratamento farmacológico. O tratamento diminui a morbidade e a mortalidade associadas. Os objetivos do tratamento incluem estabelecer e manter a aliança terapêutica, fornecer educação em relação ao THB, intensificar a adesão ao tratamento, promover padrões regulares de atividade de sono, antecipar estressores, identificar precocemente novos episódios e minimizar os prejuízos funcionais, avaliar e tratar exacerbações agudas, prevenir recorrência, melhorar o funcionamento entre episódios e fornecer assistência e apoio ao paciente e a família (Dornelles, et al, 2005).

A recorrência e a gravidade do transtorno bipolar

De acordo com o observado, a paciente teve o seu quadro agravado, pois houve uma evolução de THB II (episódios hipomaníacos e depressivos) para o THB I (episódios maníacos e depressivos). O Transtorno Bipolar é recorrente, e geralmente se não for eficazmente tratado evolui para crises mais severas e mais frequentes. Há evidências de que o tempo entre os episódios diminui durante o curso da doença, isto significa que um indivíduo que não tiver um devido acompanhamento, passará mais tempo doente e menos tempo bem, enquanto o transtorno progride. Em muitos casos, porém, o tratamento apropriado pode reduzir a frequência e a gravidade dos episódios e pode ajudar as pessoas com THB a manter uma boa qualidade de vida (Knapp, 2003).

Tal como depressão aguda, o THB pode reincidir. O início pode ser tanto pelo episódio depressivo como pelo episódio maníaco, iniciando gradualmente ao longo de semanas, meses ou abruptamente em poucos dias. A mania pode se seguir a uma fase depressiva, de hipomania, ou instalar-se rapidamente. Com o indivíduo se sentido invadido por um sentimento eufórico de permanente bem-estar, agitação, inquietação, logorreico, projetos mirabolantes, delírio de grandeza. Um indivíduo pode ser “promovido” de hipomania para mania, pela presença de um entre três aspectos; gravidade suficiente para justificar a hospitalização, ou prejuízo acentuado do papel social, e a presença de aspectos psicóticos (Filho, et al, 200).

Na paciente, a segunda crise desencadeou-se através de um episódio hipomaníaco, o que fez com que muitas pessoas confundissem os sintomas com o jeito de ser da paciente.

“... depois dizem que eu comecei a gritar e a bater palmas. Na verdade eu não vi, é o que falam, eu não me lembro de ter feito estas coisas” sic. Segundo Batista (1995), muitas vezes os indivíduos não se recordam dos períodos de hipomania se não forem lembrados por amigos ou parentes. O episódio não é severo o suficiente para causar prejuízo acentuado ou a hospitalização, desta forma, como a paciente não estava sob orientação médica ou psicológica os sintomas evoluíram severamente, levando a um episódio maníaco. Os episódios maníacos costumam ter início súbito, com rápida progressão dos sintomas, geralmente precedem ou seguem os episódios depressivos maiores em um padrão característico para a pessoa em questão (Davison, 2003).

Alguns fatores dificultam o exame psíquico do paciente maníaco; a exuberância dos sintomas, a ausência de juízo crítico quanto ao estado mórbido. Outro aspecto dificultante, é a tendência de alguns clínicos em superagnosticar esquizofrenia, ao invés de THB (Batista,

1995). Portanto a avaliação para THB requer atenção cuidadosa e total à história clínica. Devido, também, uma inclinação de se destacar os sintomas de depressão, pelos pacientes, e nem sempre oferecem de forma espontânea informações sobre episódios maníacos ou hipomaníacos, portanto deve-se fazer um levantamento sobre períodos desde regulação de humor, labilidade ou ambos, que são acompanhados por sintomas maníacos associados.

Características do Transtorno Bipolar

Os quadros delirantes ocorrem em mais de 75% dos pacientes e seu conteúdo é geralmente de grandeza, envolvendo situações de superpoderes ou habilidades especiais que interessam ao bem-estar de toda humanidade. Neste sentido observou-se que o delírio girava em torno de um projeto, porém não dizia qual era, mas haveria de beneficiar a família e a sua comunidade. Também se observou a participação excessiva nas atividades religiosas, onde a paciente costumava se expor publicamente, ora abraçando demasiadamente às pessoas, ora falando ao microfone, e geralmente com um discurso incoerente e vago. Cheia de otimismo, com um comportamento espalhafatoso, chegou a organizar almoços, palestras, decorações de vários ambientes (Filho, et al,2000).

Mesmo a família se opondo, a paciente viajou para São Paulo para comprar roupas, com o argumento que seria um grande investimento, um grande negócio, o que na verdade se tornou mais uma despesa. Segundo Comer (2003) as pessoas com mania parece querer estímulos, envolvimento e companhia constante. Cheias de entusiasmo, conseguem achar amigos novos e velhos, interesses antigos e mal percebem que seu estilo social é opressivo, dominador e excessivo. De fato, isto ocorreu com a paciente, uma vez que a mesma fez inúmeros contatos, inclusive para outros estados. O seu comportamento era ativo, andava com rapidez, falava às vezes rápido e alto, e nas suas conversas, tentava se passar por esperta. Vestia-se de modo extravagante, e às vezes dava objetos pessoais a terceiros. Como ela não dava atenção quando os outros tentavam moderá-la, interromper seus surtos de compra ou impedi-la de investir dinheiro de maneira imprudente, ela acabou se endividando, por causa dos seus surtos incontinentes de compras.

Na entrevista foi perguntado o que ela sentiu durante o episódio maníaco, ela respondeu; *“eu sentia alegria (moria) sic”*, e sobre o aumento de energia e sobre a produtividade; *“eu me sentia encorajada, e o que tinha para fazer eu fazia, não ligava para o que as pessoas diziam*

ou pensavam” sic. Nota-se a falta de juízo crítico, e a alegria, que em algumas situações este aspecto pode favorecer a não-adesão do paciente ao tratamento, uma vez que não há consciência do estado mórbido no paciente maníaco, é como se ele estivesse numa festa, e alguém quisesse medicá-lo por ele estar “alegre”.

Segundo Dornelles (2005) algumas pessoas podem relutar em desistir da experiência de hipomania e mania. A energia aumentada, a euforia, a auto-estima elevada pode ser muito agradável e desejável. Os indivíduos com frequência recordam este aspecto da experiência e minimizam ou negam os aspectos devastadores subsequentes da mania, ou a prolongada “desmoralização” de um episódio depressivo, como resultados eles relutam em tomar medicamentos que previnam elevações no humor. A paciente diz sentir muita falta do dinamismo de antes, e nega a fase episódica depressiva. Quando foi perguntado quanto tempo havia ocorrido à primeira crise, ela respondeu; *“há aproximadamente dois anos atrás, e depois de lá pra cá eu melhorei” sic,* neste período, porém, ela havia evoluído da mania para um episódio depressivo, embora leve. O episódio da mania foi considerado o período mais difícil tanto para a paciente, quanto para a família.

As conseqüências do transtorno

“Eu sou mais quietinha, eu achei mais difícil passar pelo período da mania. Depois que passava, eu percebia que tinha sido inconveniente, eu me perguntava; meu Deus por que eu fiz isto? Eu pensava em voltar atrás quando exagerava” sic. Nota-se a angústia gerada na paciente. Neste período, os pacientes apresentam um sofrimento físico e psíquico imensurável e podem acumular perdas irreversíveis nos relacionamentos afetivos, nos estudos e no trabalho. Isto pode significar um alto índice de separação, de repetência, incapacidade de adquirir uma profissão, perda do emprego, invalidez precoce ou mesmo morte (Filho, et al, 2003). A maioria dos pacientes maníacos não consegue beneficiar-se das intervenções psicoterapicas no meio de episódio, pois a essência da mania reside na negação de problemas. Entretanto, depois que o paciente se tenha tornado eutímico em decorrência da estabilização, as intervenções psicoterapicas podem ser muito eficazes tanto na prevenção de episódios futuros quanto em lidar com sentimentos de vergonha e de culpa associados a conduta embaraçosa que tenha ocorrido durante o episódio(Kaplan & Sadock,1999).

O índice de separação conjugal, no geral aumenta com o transtorno. Neste caso, em discussão, segundo o cônjuge houve uma maior aproximação de ambos.

“Na nossa família sempre houve amor, o aconchego. No caso da doença todos se aproximaram, mas no meu caso, parece que o meu amor aumentou, e hoje a amo mais do que antes, parece que as lutas nos aproximaram mais um do outro” sic.

Para o cônjuge, o episódio maníaco também foi vivenciado como o período mais difícil; *“a primeira fase foi difícil, mas pelo menos nós estávamos juntos, mas nesta última crise foi mais difícil, por causa da euforia, chegou a hora que não teve mais jeito, e aí ela teve que ser internada, e lá ela me ligava dizendo que eu não a amava” sic.* Durante o período da mania a paciente foi internada pela família, o que gerou muito sofrimento;

“há eu me sentia arrasado, por que veja bem, eu estava lutando e só Deus sabia que eu não queria deixá-la ali, por mim eu jamais a levaria para lá, mas chegou um momento que eu não tive como ficar com ela em casa, tive que internar, e chegou o ponto... (ele chorou), quando fui visitá-la a primeira vez, foi muito difícil, mas eu consegui. Na segunda vez, não teve jeito, eu tive que trazê-la” sic.

Segundo Comer (2003) as pessoas deprimidas costumam perder o desejo de levar adiante suas atividades rotineiras, relatam a falta de motivação, iniciativa e espontaneidade. Existem casos que algumas pessoas não querem fazer nada, nem trabalhar, nem se alimentar, etc. este estado é descrito como “paralisia da vontade”. Geralmente as pessoas costumam ser menos ativas e menos produtivas. Passam mais tempo sozinhas e podem ficar de coma por longos períodos. Elas podem andar e falar mais devagar, parecendo relutantes e sem energia.

No relato, acima, do cônjuge, ele faz referência a primeira crise, com a prevalência do episódio depressivo em comparação com a segunda crise, com a mania (é importante observar que a primeira crise foi um episódio hipomaníaco e depressivo, e a segunda com episódios maníacos e depressivos). Disse ele; *“a primeira foi difícil, mas pelo menos estávamos juntos, mas esta última foi mais difícil...” sic,* é interessante observar que, com todo aspecto de sofrimento ou prejuízo no funcionamento social da paciente no período depressivo, a mania foi considerada avassaladora, com proporções ameaçadoras à ordem familiar, afetiva, etc.

As declarações feitas pela paciente neste período demonstram um juízo comprometido, e isto era visto de uma forma ameaçadora pelo esposo; *“... ela me ligava dizendo que estava sofrendo, e ainda dizia que eu não a amava. Eu me sentia arrasado” sic.*

Sentimentos como tristeza, angústia, vergonha, culpa e sensação de impotência, etc, permeiam a vida do paciente bipolar, como também da sua família. Durante a internação da paciente, o seu esposo se sentia, às vezes, culpado por tê-la hospitalizado. Em outra situação a culpa foi relacionada à parte financeira;

“Tinha vezes que eu sentia culpa. Porque eu deveria ter prevenido enquanto estava mais novo, eu deveria ter oferecido algo melhor para ela, no caso uma casa. Ela durante a crise jogou isto em rosto, que ela tinha um poder aquisitivo bom, e não foi bem administrado. Então ela fez isto... mas já passou e não quero que ela se sinta culpada” sic.

É de suma importância que estes sentimentos sejam devidamente administrados, tanto pela família como pelo paciente, neste caso, contudo o papel da psicoterapia torna-se valioso, pois objetiva também proporcionar a estes uma maior compreensão destes sentimentos e também da dinâmica da patologia.

No discurso da paciente é possível observar o conflito vivenciado por ela; *“depois que passava eu percebia que tinha sido inconveniente, eu me perguntava; meu Deus, porque fiz isto? Eu pensava em voltar atrás quando exagerava” sic*, e em outras situações, sentimentos talvez, como ressentimento. Quando foi perguntado quem a internou, a sua resposta foi incompleta; *“eu sei quem foi...” sic*, não falou o nome das pessoas. Esta resposta pode ter sido devido ao fato da internação ter ocorrido no ápice da mania e por isso ela não ter um bom domínio cognitivo, e ter somente algumas vagas lembranças, ou por ela ter ficado ressentida por ter sido internada pelos seus familiares mais próximos, e mais queridos (seu esposo, sua filha, sua nora, e sua irmã), outro fator interessante é que a entrevista foi realizada no mesmo mês que a paciente saiu da clínica, então se tratava de uma situação recente, por se tratar de uma situação assim é de se esperar que a paciente, especialmente a que não aceitou a condição mórbida, tenha resquícios de “mágoa”; *“ me senti inútil, principalmente na clínica, eu não esperava, eu me senti diminuída, eu pensava que não precisava estar lá. Ainda continuo achando que não precisava ter sido internada, mas entendo que a minha família só queria o meu bem “sic”.*

O episódio depressivo na segunda crise

Durante a segunda crise no período depressivo, o episódio foi adequadamente tratado, diminuindo o sofrimento psicossocial da paciente. Sobre a perda do interesse pela vida ela respondeu; *“não perdi o interesse pela vida, foi só uma angústia, acredito que tenha sido bem assistida, visto que a medicação foi eficaz a ponto de evitar uma depressão mais grave. Eu me senti debilitada, agora me sinto disposta” sic.* Segundo Comer (2003) a duração de um

episódio depressivo maior também é variável. Um episódio não tratado dura seis meses ou mais, na maioria dos casos existe uma remissão completa dos sintomas, retornando o funcionamento ao nível pré-morbido normal. Observou-se de uma forma geral que tanto a paciente como o esposo enfatizaram mais o episódio maníaco do que o depressivo, não significando contudo, que este não tenha implicado em prejuízos clinicamente significativos no seu funcionamento social, ou outras áreas importantes da vida do sujeito.

O tratamento

Concernente ao tratamento da paciente, envolveu uma internação, acompanhamento ambulatorial e um atendimento numa clínica psicológica. O paciente passa a viver com a doença sintomática e crônica, com o estigma que a acompanha, com a “incerteza” da medicação e com os seus efeitos colaterais. Quanto ao atendimento pela psicologia, a paciente relatou; *“só fui uma vez, por causa do convênio”* sic. A falta de serviços psicossociais destinados aos portadores de doença mental é uma das barreiras encontradas pelos usuários.

A paciente não teve acompanhamento psicológico no decorrer das duas crises, a não ser o período em que esteve internada em uma clínica particular, e mesmo assim o suporte psicológico, segundo a família, foi muito superficial. É notória a importância dos serviços psicossociais associados ao tratamento farmacológico, e nisto está implícito a presença de uma equipe multidisciplinar, que trabalhe em harmonia, com respeito aos diversos tipos de saber, e enriquecer-se para apoiar tanto o paciente quanto a família. Embora a presença de equipe multidisciplinar seja obrigatória em serviços de saúde mental, sabe-se que ainda, em alguns serviços isto não saiu do papel, que geralmente trabalham com uma quantidade mínima de profissionais e que nem sempre atuam harmonicamente. Isto é desastroso tanto para os técnicos que acabam se sobrecarregando, como para os usuários que ficam privados de um tratamento apropriado.

Na clínica onde a paciente foi internada, ela demonstrou o seu desagrado com o ambiente social e físico; *“havia muitas pessoas drogadas que quebravam o espelho do banheiro. A clínica era limpinha, mais ainda vi algumas baratas por lá, e também tinha muitos pernilongos. As pessoas fumavam muito e por tudo isto fiz várias reclamações”* sic. Segundo Dornelles (2005) durante a fase maníaca, um ambiente calmo e estruturado é ideal. Estímulos, como televisão, vídeos, músicas e até conversas animadas podem intensificar processos de pensamento e atividade maníaca.

Como o ambiente da clínica era heterogêneo, para atender os diversos tipos de pacientes com os respectivos diagnósticos, havia sala de televisão, de jogos, e etc., contudo a proximidade dos ambientes era grande, o que fazia com que o som da sala de entretenimentos incomodasse quem queria descansar assistir televisão, etc., além disso, os fumantes fumavam livremente por diversos ambientes, o que intensificava ainda mais a hostilidade da paciente, considerando o ambiente clínico ameaçador.

Quanto ao cônjuge o seu pensamento à respeito da estrutura para o acolhimento e tratamento em saúde mental, ele acredita que este ainda apresenta-se despreparado tanto para atender o paciente como também a família;

“eu acho que não tem lugar nenhum que esteja preparado para ajudar a recuperar essa doença, principalmente a rede pública, o tratamento é pior do que o particular, inclusive nas internações. Disseram-me que eles amarram o paciente, me disseram que é terrível” sic. Neste discurso observa-se a frustração do cônjuge com o tratamento dispensado a sua esposa, como também é possível perceber o conceito negativo que ele tem do atendimento na rede hospitalar pública.

Outro aspecto relevante é a questão econômica do paciente, que geralmente não tem condições financeiras de arcar com os valores exorbitantes, geralmente fora dos padrões da maioria das pessoas, e apenas uma parcela mínima da sociedade se privilegia de um tratamento mais adequado. *“Eu às vezes sentia culpa, porque eu deveria ter prevenido enquanto...” sic,* é possível observar também em outros trechos da entrevista a preocupação do cônjuge com a questão financeira, é importante lembrar que neste período já havia um histórico de endividamento oriundo do período maníaco. Não é de se admirar que ele tivesse este comportamento, visto que os valores da internação, consultas, remédios, tudo contribuía para uma sobrecarga das finanças da família, e para quitar essas despesas foi necessário, inclusive à venda de um veículo, e outros objetos.

Os medicamentos aparecem neste cenário como uma das maiores barreiras enfrentadas pela paciente e família. Sabe-se da tamanha importância dos fármacos para o tratamento do bipolar. São usados tanto para controlar a crise como para prevenir recaída. Com todos os benefícios advindos dos fármacos, contudo ainda há muito que avançar para se obter um tratamento devidamente estruturado. Sobre esta questão o esposo considerou como um dos principais obstáculos para um tratamento eficaz;

“Encontramos muita dificuldade quanto ao tratamento, especialmente com a medicação. Lá na clínica eles não acertavam o remédio, eles passavam um remédio hoje, e amanhã já era

outro, eles iam trocando de remédio... essa aventura faz o paciente sofrer e a família também, então tudo isto é muito difícil” sic.

Este processo é bastante complexo, uma vez que envolve pesquisas para poder avançar no aprimoramento dos fármacos, e também uma orientação qualificada ao paciente sobre o tratamento, o qual proporcionará o conhecimento dos usuários, as inúmeras limitações psicossociais e medicamentosas, levando-os a uma participação mais efetiva, proporcionando a adesão ao tratamento, mesmo sabendo das suas incertezas, e que ainda assim, existem muitos benefícios. *“Eles explicaram por alto, na clínica, o que era a doença. O que eles falaram foi tão superficial, não se aprofundaram muito. Eu esperava que eles conversassem em particular com a gente, procurando nos ensinar. Eu acho que se a família fosse bem acompanhada seria melhor” sic.*

A orientação e a assistência, e o apoio para o paciente e para a família, fazem parte também do tratamento. A aderência ao tratamento é fundamental e, bastam alguns dias de interrupção da medicação ou diminuição para que o paciente apresente exacerbações dos sintomas e mais períodos de novas crises. A boa relação médico-paciente, esclarecendo dúvidas, pedindo socorro nas crises, discutindo fatores estressores, ajuda no melhor prognóstico (Dornelles, et al, 2005).

A família no contexto terapêutico

Além destas questões, observa-se também a importância da família neste contexto terapêutico. É a família que na maioria das vezes procura atendimento para o seu membro adoecido, e é ela também quem o acompanhará durante o seu tratamento, e por fim o receberá de volta no seu ambiente. No caso da família desta paciente entrevistada, a importância do acompanhamento familiar foi destacado inúmeras vezes. *“Eu acho que se a família fosse acompanhada seria bem melhor. No caso de acompanhar o tratamento para saber se o paciente está tomando adequadamente a medicação, se estes estão fazendo efeito, e se não tiver mudá-los, marcar outra consulta, e isto deixou a desejar” sic.*

Neste sentido é importante trabalhar a competência da família, pois geralmente no seu desespero se acha impotente. Geralmente o ambiente desses familiares é permeado por vários sentimentos decorrentes do preconceito, da exclusão, e pelas inúmeras barreiras encontradas no decorrer do tratamento. Aproximar-se dessas famílias implica entrar em contato com sentimentos de dor e sofrimento. Às vezes se sentem paralisadas, fechadas em um universo tenso, reduzido, carentes de informação qualificada e de amparo social, etc.

Os familiares também precisam de ajuda, necessitam de acolhimento, necessitam da escuta e da informação acerca do transtorno, passando a entender melhor o sujeito e as configurações da doença. Criar um vínculo terapêutico com a família é também importante, e, além disso, potencializar suas capacidades. O processo terapêutico em parceria com a família torna-se mais eficiente, mesmo porque o indivíduo em tratamento está inserido numa família, e esta precisa de uma base, de um suporte. Em termos de capacidade da família, de ajudar no processo terapêutico, observou-se na família da paciente, um ambiente de muita amorosidade, compreensão e apoio mútuo.

“Eu passei a confiar em Deus. Esse tratamento do bipolar... acho que ele precisa de um apoio da família, da compreensão, do aconchego do lar, o melhor tratamento é a aproximação da família junto com a parte médica. A doença nos aproximou mais” sic. O Sr. Pedro relatou que seus filhos e netos ficaram muito próximos da paciente, principalmente durante e após a internação, e ele considera que isto foi fundamental para recuperação da mesma.

9. Conclusão

Revolta, tristeza, caos, desordem, frustrações, medo. Como entender essa dor? Como curar esta ferida? Como elaborar sentimentos tão intensos e paralisantes? A presença de um psicoterapeuta, por exemplo, numa equipe multidisciplinar, é de suma importância, tendo em vista o suporte psicológico dispensado ao sujeito, como também a sua família. Proporcionar um espaço de escuta, de acolhimento, trabalhar as demandas familiares. Conflitos inerentes a cada família, como a agressividade, questões referentes à medicação. Sabe-se que a psicoterapia pode contribuir na adesão do tratamento e na prevenção de recaídas. Infelizmente pacientes e familiares sofrem durante anos, acumulando ressentimentos, queda no poder aquisitivo e dificuldades na aceitação do diagnóstico e do tratamento. No caso, por exemplo, da psicoterapia de grupo, em conjunto com a psicofarmacologia, possibilita a adesão, a adaptação a uma doença crônica, regulação da auto-estima e manejo de problemas conjugais, bem como outras questões psicossociais. Os grupos de apoio fornecem também, informações úteis sobre o THB e seu tratamento. Ouvir as experiências de outras pessoas que estão lutando com questões como a negação versus aceitação da necessidade de medicamentos, problemas com efeitos colaterais, e como suportar outros aspectos associados à doença e ao seu tratamento (Dornelles, et al, 2005).

Romper com o pessimismo e com a imagem de imutabilidade que envolve todos os participantes (profissionais, pacientes, parentes, amigos) torna-se também uma questão prioritária. Neste sentido, o trabalho de reabilitação psicossocial passaria a ser entendido como um processo visando reabilitar e desenvolver novas atitudes e comportamentos nos pacientes, mas também nos familiares e nos técnicos, de maneira a promover movimentos inovadores de produção de trocas afetivas e de sociabilidade (Melman, 2001).

Finalizando a entrevista, foi perguntado a paciente o que ela diria para alguém que estivesse vivenciando o transtorno, e ela respondeu; “*seja otimista*” sic, e para os cuidadores; “*aconselharia que eles cuidassem da pessoa com paciência, carinho e amor*” sic, e quanto ao relato do cônjuge; “*que toda família, se já unida, tem que se unir mais ainda*” sic. Por tudo isto, o otimismo dito pela paciente é necessário a todos os envolvidos nesse processo terapêutico, e não só otimismo, mas também a determinação para superar as inúmeras adversidades encontradas no percurso do tratamento que por enquanto é longo e crônico, e, sobretudo o entusiasmo de se celebrar cada avanço da ciência, do ser humano, ou seja, da sua

dignidade, das relações de respeito, de amorosidade, enfim festejar cada conquista seja ela na ciência, no sujeito, família, etc, seja aonde for, o que importa é estar sempre aberto para mudanças, e, sobretudo saber recebê-las.

10. Referências Bibliográficas

KNAPP, Paulo. Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

DAVISON, Gerald, C.JOHN, Nele, M. Psicologia do Comportamento Especial. 8 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

DORNELLES, Cláudia, MONTEIRO, Cristina, ORTIZ, Irineo. Diretrizes para o Tratamento de Transtornos Psiquiátricos-American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

BATISTA, Dayse. trad. DSM-IV-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

COMER, Ronald. J. Psicologia do Comportamento Especial. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

DOMINGUES, Maria Lúcia. Trad. CID-10-Critérios Diagnósticos para Pesquisa.Organização Mundial de Saúde.Porto Alegre:Artes Médicas,1998.

HOLMES, David S. Psicologia dos Transtornos Mentais. trad.COSTA,Sandra.2 ed.Porto Alegre: Artes Médicas,1997.

FILHO, Eustachio Portela Nunes, BUENO, João Romildo, NARDI, Antônio gídio. Psiquiatria e Saúde Mental: Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais.1 ed.São Paulo: Atheneu,2000.

NETO, Alfredo Cataldo, GAUER, Gabriel José Chittó, FURTADO, Nina Rosa. Psiquiatria para Estudantes de Medicina.Porto Alegre:Epicurs,2003.

KAY, Jerald, TASMAN, Allon, LIEBERMAN, Jeffrey. A.Psiquiatria: Ciência Comportamental e fundamentos clínicos.1 ed.São Paulo:ed.Manole,2002.

KAPLAN, Harold.I, SADOCK, Benjamim J; trad.BATISTA, Dayse. Tratado de Psiquiatria. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul LTDA, 1999.

MELMAN, Jonas. Família e Doença Mental: Repensando a Relação entre Profissionais de Saúde e Familiares. São Paulo: ed. Escrituras, 2001.

D'INCAO, Maria Ângela. Doença Mental e Sociedade: Uma Discussão Interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, 1992.